



Univerza v Mariboru

Medicinska fakulteta

Dekanove nagrade študentom Medicinske Fakultete Univerze v Mariboru

ODNOS ŠTUDENTOV MEDICINE DO DUŠEVNIH BOLEZNI

ATTITUDES OF MEDICAL STUDENTS TOWARDS MENTAL ILLNESSES

Mentorica: izred. prof. dr. Hojka Gregorič Kumperščak, dr. med.,

Somentorica: dr. Anja Plemenitaš Ilješ, dr. med.

Avtorici: Klara Vaupotič, Špela Uplaznik

IZVLEČEK

NAMEN. Duševne bolezni so pomemben svetovni javnozdravstveni problem, saj lahko povečajo obolevnost za nekaterimi drugimi kroničnimi obolenji in celo povečajo smrtnost. Duševne bolezni posameznika omejujejo in povzročajo izčrpavajoče razmere, ki negativno vplivajo na kakovost njegovega življenja. Poleg tega pa ljudje z duševnimi boleznimi spadajo med najbolj stigmatizirane in ranljive člane družbe ter pogosto trpijo zaradi diskriminacije na različnih področjih. Stigma pa tudi vpliva na iskanje ustrezne zdravstvene pomoči. Poglavitni namen naše raziskave je ugotoviti, kakšen je splošen odnos študentov Medicinske fakultete Univerze v Mariboru do duševnih bolezni, ali je prisotna stigma ter ali se njihov odnos morebiti spreminja skozi šestletno medicinsko izobraževanje.

HIPOTEZA. Želeli smo ugotoviti odnos študentov Medicinske fakultete Univerze v Mariboru do duševnih bolezni in prisotnost stigme med njimi ter preveriti zastavljeno hipotezo: odnos študentov medicine do duševnih bolezni se tekom izobraževanja pozitivno spremeni.

METODE. Za zbiranje podatkov smo uporabili neeksperimentalno kvantitativno metodo zbiranja podatkov. Empirični podatki so zbrani s pomočjo strukturiranega vprašalnika. V vzorec smo vključili študente Medicinske fakultete Univerze v Mariboru. V raziskavo smo vključili 200 anketirancev. Rezultate smo statistično obdelali s statističnim računalniškim programom SPSS 25 (IBM Corp., Armonk, NY). Uporabili smo metode opisne statistike, tj. odstotke, povprečno vrednost, standardni odklon, frekvence. Uporabili smo tudi ANOVA-test. Statistično značilno povezanost in razlike smo preverjali pri 5-odstotni stopnji tveganja.

REZULTATI. Ugotovili smo večinsko pozitiven odnos anketirancev do bolnikov z duševno boleznijo. V prvem delu vprašalnika, ki vsebuje štiri sklope, smo ugotovili, da se študentje močno strinjajo s pozitivnimi trditvami in ne strinjajo z negativnimi trditvami ($PV=3,93$; $SO=0,34$; $p=0,046$). Večjih odstopanj med posameznimi letniki nismo zasledili, najbolj pozitiven odnos pa so izrazili šesti letniki. V četrtem delu vprašalnika, ki se nanaša na specifične duševne bolezni, pa smo zaznali precejšnjo razpršenost podatkov.

ZAKLJUČKI. Rezultati kažejo na splošno pozitiven odnos študentov medicine do duševnih bolezni. Večinsko menijo, da bi morali duševnim boleznim posvečati več pozornosti in bolnike vključiti v skupnost. Pretiranega stigmatizirajočega odnosa anketirancev do duševnih bolezni nismo zaznali, opazili smo le minimalno stigo glede nasilnosti psihiatričnih bolnikov. Prav tako smo ugotovili, da se večina študentov šestega letnika strinja, da so

predmet Psihijatrija in klinične vaje nekoliko spremenili njihov pogled na duševne bolezni. Tudi izsledki tujih študij poudarjajo velik pomen predmeta Psihijatrija pri zmanjševanju stigme. Omenjeni rezultati so potrdili našo hipotezo, saj imajo študenti medicine pozitiven odnos do duševnih bolezni, ki se po opravljanju predmeta Psihijatrija in kliničnih vaj še izboljša. Kljub temu bo na tem področju v prihodnosti potrebnega še kar nekaj dela in izobraževanja za izboljšanje statusa duševnih bolezni, tako med študenti medicine in zdravniki kot tudi med laično populacijo.

KLJUČNE BESEDE: duševna bolezen, stigma, odnos študentov medicine

ABSTRACT

PURPOSE. Mental illnesses represent a significant world public health problem. They can increase the incidence of some other chronic diseases and so elevate their mortality. Mental illnesses can be limiting and cause debilitating conditions that negatively affect the quality of life. Also, people with a mental illness are among the most stigmatized and vulnerable members of society and often suffer from discrimination in various areas of their life. Stigma also has an impact on seeking appropriate medical care. The main intention of our research study was to determine the attitude of students of Faculty of Medicine University of Maribor towards mental illnesses, the presence of stigma among them, and if either of them change throughout their six years of medical education.

HYPOTHESIS. We wanted to determine the attitude of students of Faculty of Medicine University of Maribor towards mental illnesses and the presence of stigma among them, and ultimately verify our hypothesis: the attitude of medical students towards mental illnesses change for the better throughout their medical study.

METHODS. A non-experimental quantitative data collecting method was used. Empirical data were collected using a structured questionnaire. Medical students of the Maribor University were included in the sample. Two hundred survey respondents were included. The results were statistically processed using the statistical computer program SPSS 25 (IBM Corp., Armonk, NY). Descriptive statistics methods, i.e. percentages, mean value, standard deviation, frequencies were used, as also ANOVA test. Statistically significant correlations and differences were checked at a 5% risk level.

RESULTS. Mostly positive attitude of students towards patients with a mental illness was found. In the first part of the questionnaire, which contains four components in its entirety, we discovered that students strongly agree with positive statements and do not agree with the negative statements regarding mental illnesses (MEAN VALUE=3,93; STANDARD DEVIATION=0,34; $p=0,046$). No significant discrepancies between individual undergraduate years were observed; the sixth-year students expressed the most positive attitude. In the fourth part of the questionnaire, which refers to specific mental illnesses, a significant dispersion of data was observed.

CONCLUSION. Results show an overall positive attitude of medical students towards mental illnesses. The majority thinks that more attention to mental illnesses should be paid and include patients in the community. No excessive stigmatizing attitude was detected, only a minimal stigma regarding the violent tendencies of psychiatric patients was observed. We also found that most sixth-year students agree that the subject of Psychiatry and clinical practice somewhat changed their view on mental illnesses. The results of international studies also emphasize the great importance of the subject of Psychiatry in reducing stigma. We have confirmed our hypothesis as the students have a positive attitude towards mental illnesses, which improves further after completing the subject of Psychiatry and clinical practice. In the future, more attention and education will be needed to improve the status of mental illnesses, both among medical students and doctors, as well as among the general population.

KEY WORDS: mental illness, stigma, students' attitude

KAZALO VSEBINE

1. TEORETIČNI UVOD.....	7
1.1. DUŠEVNO ZDRAVJE	7
1.1.1. RAZPOLOŽENJSKE MOTNJE.....	7
1.1.2. PSIHOTIČNE MOTNJE	8
1.1.3. ANKSIOZNE MOTNJE.....	9
1.1.4. OSEBNOSTNE MOTNJE	10
1.2. STIGMA.....	12
1.2.1. STIGMATIZACIJA LJUDI Z DUŠEVNIMI BOLEZNIMI	12
1.2.2. TIPI STIGME DUŠEVNIH BOLEZNI	13
1.2.3. VZROKI STIGMATIZACIJE	13
1.2.4. POSLEDICE STIGMATIZACIJE	15
1.2.5. NAČINI ZMANJŠEVANJA STIGME	16
1.3. ŠTUDIJ MEDICINE.....	16
2. MATERIAL IN METODE.....	17
2.1. NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA.....	17
2.2. RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	17
2.3. RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	18
2.3.1. METODE IN TEHNIKE ZBIRANJA PODATKOV	18
2.3.2. OPIS MERSKEGA INSTRUMENTA	18
2.3.3. OPIS VZORCA.....	19
2.3.4. OPIS POTEKA RAZISKAVE IN OBDELAVE PODATKOV.....	20
3. REZULTATI.....	20
4. RAZPRAVA	36
4.1. ODNOS DO OSEB Z DUŠEVNIMI BOLEZNIMI	36
4.1.1. AVTORITARNOST	36
4.1.2. DOBROHOTNOST	37
4.1.3. DRUŽBENA OMEJENOST.....	38
4.1.4. IDEOLOGIJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA V SKUPNOSTI	39
4.2. STIGMA.....	40
4.3. POZNAVANJE IN STALIŠČA DO SPECIFIČNIH DUŠEVNIH BOLEZNI	41
4.3.1. POZNAVANJE DUŠEVNIH BOLEZNI.....	41
4.3.2. STALIŠČA DO DUŠEVNIH BOLEZNI	41
4.4. STIGMA SPECIFIČNIH DUŠEVNIH BOLEZNI	42

4.5. OMEJITVE RAZISKAVE IN ZAKLJUČNI VTISI	44
LITERATURA	45
ZAHVALA.....	50
DODATKI	51

KAZALO TABEL

1.) Tabela 1: Opis vzorca (n=200)	19
2.) Tabela 2: Splošen odnos do oseb z duševnimi boleznimi (CAMI-lestvica) – trditve	21
3.) Tabela 2.1: Splošen odnos do oseb z duševnimi boleznimi (CAMI-lestvica) – statistične vrednosti	23
4.) Tabela 2.2: Splošen odnos do oseb z duševnimi boleznimi (CAMI-lestvica) – statistične vrednosti sklopov trditvev z uporabo obrnjenih vrednosti negativnih trditvev	25
5.) Tabela 3: Prisotnost stigme duševnih boleznih (CAMI-lestvica) – trditve	27
6.) Tabela 3. 1.: Prisotnost stigme duševnih boleznih (CAMI-lestvica) – statistične vrednosti	28
7.) Tabela 4: Študentje, ki so opravljali predmet Psihiatrija	30
8.) Tabela 5: Študentje, ki so srečali osebo z duševno boleznijo v kliničnem okolju.....	30
9.) Tabela 6: Študentje, ki so srečali osebo z duševno boleznijo v osebnem okolju.....	30
10.) Tabela 7: Študentje, ki vedo, kaj je depresija/manija	30
11.) Tabela 8: Študentje, ki vedo, kaj je osebnostna motnja	30
12.) Tabela 9: Študentje, ki vedo, kaj je anksiozna motnja	31
13.) Tabela 10: Študentje, ki vedo, kaj je psihotična motnja	31
14.) Tabela 11: Trditve o specifičnih duševnih boleznih.....	32
15.) Tabela 12: Ugotavljanje prisotnosti stigme specifičnih duševnih boleznih (depresija, anksiozna motnja, manija, shizofrenija, osebnostna motnja) – trditve	33
16.) Tabela 12.1: Ugotavljanje prisotnosti stigme specifičnih duševnih boleznih (depresija, anksiozna motnja, manija, shizofrenija, osebnostna motnja) – statistične vrednosti.....	34

1. TEORETIČNI UVOD

1.1. DUŠEVNO ZDRAVJE

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je definirala, da zdravje ni le odsotnost bolezni, ampak ga lahko definiramo kot splošno dobro počutje, ki vključuje občutek izpolnjenosti in izkoriščenost vseh posameznikovih potencialov (1). Duševno zdravje je kompleksno, sestavljajo ga različna področja, ki jih lahko delimo na čustveno, psihološko in socialno dobro počutje. Čustveno ravnovesje vključuje veselje, zanimanje za življenje in zadovoljstvo; psihološko ravnovesje predstavljajo zadovoljstvo z večino delov lastne osebnosti, zmožnost upravljanja z vsakodnevnimi odgovornostmi, dobri medsebojni odnosi in zadovoljstvo s svojim življenjem; socialno ravnovesje vključuje dobro funkcioniranje, prispevek družbi, integracijo v družbo, mišljenje, da družba postaja boljše okolje za vse ljudi, in razumevanje načina delovanja družbe. Definicija duševnega zdravja pa je vedno pod vplivom kulture (2).

Termin duševna bolezen se nanaša na vse duševne motnje in je definiran kot kontinuirane abnormalne spremembe v mišljenju, razpoloženju ali vedenju v povezavi s stisko in okrnjenim funkcioniranjem. Duševne bolezni so pomemben svetovni javnozdravstveni problem, saj so povezane z drugimi kroničnimi boleznimi, slednje tudi povečajo njihovo obolevnost in umrljivost (3). Duševne bolezni so vse pogostejše pri odraslih, tako v razvitih kot nerazvitih predelih sveta. SZO je napovedal, da bodo do leta 2030 duševne bolezni vodilna svetovna obolenja (4).

Pri nas uporabljamo za diagnosticiranje duševnih bolezni Evropsko klasifikacijo bolezni MKB-10 (5), mestoma pa se naslanjamo tudi na Ameriško klasifikacijo bolezni DSM-5 (6).

1.1.1. RAZPOLOŽENJSKE MOTNJE

Afektivne oz. razpoloženske motnje so skupina duševnih bolezni, kjer je glavni odklon motnja v razpoloženju. Razpoloženje je v odklonu od eutimije lahko privzdignjeno (manija, hipomanija) ali nižano (depresivne epizode). Razpoloženske motnje delimo v dve glavni skupini: unipolarna depresija in bipolarna motnja (7).

1.1.1.1. DEPRESIJA

MKB-10 (5) navaja, da je za bolnika z depresivno epizodo značilno nižano razpoloženje, zmanjšanje energije in zmanjšanje aktivnosti. Med depresivne simptome uvršča: vztrajno

znižano razpoloženje, motnje spanja in apetita, zmanjšano sposobnost za uživanje, zanimanje in koncentracijo, izrazito utrujenost, upad samospoštovanja, prisotnost krivde in občutkov ničvrednosti ter psihomotorično upočasnjenost ali nemir.

Brez zdravljenja je depresija lahko kronična, ponavljajoča se motnja in je glede na dolžino trajanja lahko pomembno povezana z invalidnostjo. Pogosto so lahko depresija in telesne bolezni komorbidne, kar lahko povzroča slabšo kvaliteto življenja in izide telesnih bolezni, večje funkcionalne prikrajšave in smrtnost ter večje zdravstvene stroške in invalidnost v primerjavi s pojavom samostojne depresije ali telesne bolezni (8).

1.1.1.2. BIPOLARNA MOTNJA

Bipolarna motnja razpoloženja predstavlja skupino več psihiatričnih bolezni, pri katerih je v ospredju patološko razpoloženje, ki ga spremlja vegetativna in psihomotorična simptomatika (9). MKB-10 (5) navaja kriterije za diagnozo bipolarnе motnje tipa I, ko ima bolnik vsaj eno manično epizodo (značilno abnormalno zvišano razpoloženje ali razdražljivost), ki traja vsaj en teden. Za bipolarno motnjo tipa II je značilna vsaj ena depresivna epizoda in vsaj ena hipomanična epizoda; za ciklotimijo pa menjavanje epizod blage depresije in hipomanije. Za manično epizodo so značilni privzdignjeno, ekspanzivno in/ali iritabilno razpoloženje, grandioznost in samopovečevanje, zmanjšana potreba po spanju, logoroičnost, beg idej ali občutek, da misli preHITEVAJO ena drugo, odkrenljivost, ko se pozornost usmerja na nepomembne zunanje dogodke, povečana aktivnost v smislu doseganja ciljev v socialnem okolju, družbi, službi in na spolnem področju, psihomotorična razrvanost, intenzivno ukvarjanje z aktivnostmi v smislu zadovoljitve potreb, ki predstavljajo veliko nevarnost za hude posledice – nesmiselne poslovne odločitve in investicije ter seksualna indiskretnost (6).

Bipolarna motnja je pogosta, resna in kronična duševna bolezen. Po ocenah prevalece prizadene 2,6–6,5 % populacije. Nihanje razpoloženja iz hipomanije, manije ali depresije je pogosto ohramljajoč. Ocenjuje se, da lahko bolniki, pri katerih je potrebna hospitalizacija, preživijo tudi 20 % svojega življenja v razpoloženjskih odklonih in 50 % življenja ne dosegajo kriterijev za evtimijo ali polno funkcionalnost (9). Posledice nezdravljene ali neustrezno zdravljene bipolarnе motnje so praviloma hude. Okoli 25–50 % bolnikov z bipolarno afektivno motnjo poskuša vsaj enkrat v življenju narediti samomor in 15–20 % bolnikov konča življenje s samomorom (10).

1.1.2. PSIHOTIČNE MOTNJE

MKB-10 (5) navaja razdelitev psihotičnih motenj na shizofrenijo, shizotipsko motnjo, akutne in prehodne psihotične motnje, blodnjavo motnjo ter shizoafektivne motnje.

1.1.2.1. SHIZOFRENIJA

Shizofrenija sodi med najhujše duševne bolezni, saj pomembno in dolgotrajno vpliva na človekovo duševnost ter njegovo sprejemanje sebe in okolice, okrne njegovo vsakodnevno funkcioniranje in povzroča posamezniku pomembno oškodovanje (11).

Po MKB-10 (5) ločimo različne podtipe shizofrenije: paranoidna, herbefrenska, katatonska, nediferencirana, residualna in enostavna. Diagnozo shizofrenije po MKB-10 lahko postavimo po enem ali več mesecih prisotnosti zahtevanih simptomov. V grobem ločimo pozitivne in negativne simptome shizofrenije. Pozitivni simptomi so blodnje (največkrat nanašalne in preganjalne) ali halucinacije (najpogosteje slušne kot glasovi). Negativni simptomi pa so pomanjkanje volje (hipobulija ali abulija – zmanjšanje ali izguba v cilj usmerjenih aktivnosti) in energije, zastrt afekt, teralogija (upad oz. zmanjšanje spontanega govora ali težnje po govoru, ki je postal prazen, reven in osiromašen) in motorične motnje. Pri shizofreniji se lahko pojavljajo tudi kognitivni simptomi, kot so moten delovni spomin ter motnje učenja, pozornosti, zbranosti, načrtovanja in izvršilnih funkcij. Prisotni so lahko tudi razpoloženski simptomi, kot so izguba motivacije, socialni umik, pomanjkanje empatije, znižano razpoloženje (večinoma sekundarno) ter dezorganizacijski simptomi, kot sta spremenjeno vedenje in govor. Prav tako sta pogosti odsotnost uvida v bolezen (bolnik je prepričan, da je zdrav) in povišana stopnja samomorilnosti.

Življenjska pogostost (prevalenca) shizofrenije je med 0,5 in 1 % (12). Motnja se lahko predvsem pri moškem spolu razvije že v mladostništvu ter iztira razvojne cilje izobrazbe, družine in dela, kar vodi do pomembnega upada funkcionalnosti in invalidnosti ter s tem tudi skrajša življenjsko dobo bolnika (11).

1.1.3. ANKSIOZNE MOTNJE

MKB-10 (5) razdeli anksiozne motnje na organsko tesnobno motnjo, fobične anksiozne motnje, panično motnjo, obsesivno kompulzivno motnjo, stresne in prilagoditvene motnje, generalizirano anksiozno motnjo, mešano anksiozno motnjo in depresivno motnjo. Anksiozne motnje spadajo med najpogostejše duševne bolezni in med življenjem prizadenejo več kot 28 % populacije. Kot diagnostična skupina je precej heterogena in obsega motnje, za katere je najznačilnejša anksioznost oz. tesnoba (13).

1.1.3.1. GENERALIZIRANA ANKSIOZNA MOTNJA

Generalizirana anksiozna motnja (GAM) spada med najpogostejše anksiozne motnje in je močno komorbidna z drugimi boleznimi. GAM je definiran kot vztrajna prekomerna in neobvladljiva tesnoba in zaskrbljenost glede vsakodnevnih dogodkov. Poleg tega je GAM povezan z nefleksibilnimi vzorci kognitivnih, afektivnih, psiholoških in nevrobioloških procesov. Posamezniki z GAM imajo velikokrat težave z medsebojnimi odnosi (14).

1.1.3.2. SOCIALNA FOBIIJA

Pri socialni anksiozni motnji oz. socialni fobiji je prisoten intenziven strah pred socialnimi situacijami, ki bi lahko vključevale interakcijo z drugimi, ponižanje ali sram pred drugimi in kritiko s strani drugih. Takšne situacije povzročajo posameznikom s socialno fobijo hudo stisko in motijo njihovo funkcioniranje. Posamezniki je lahko strah pred specifičnimi situacijami (npr. govorno nastopanje) ali generalizirano pred mnogimi socialnimi situacijami in interakcijami (npr. začenjanje in vzdrževanje pogovora, postavljanje vprašanj, interakcije ena na ena, interakcije v skupinah), zato se tovrstnih situacij izogibajo ali jih vzdržijo z izjemno tesnobo in stisko. Posameznik s socialno fobijo strah pogosto prepozna kot pretiranega ali nerazumljivega. Ko je izpostavljen neželenim situacijam, ima lahko prisotne tudi fizične simptome, kot so palpitacije, potenje, oteženo dihanje, tresenje in zardevanje (15).

1.1.4. OSEBNOSTNE MOTNJE

Osebnostne motnje so opredeljene kot trajni vzorec notranjega doživljanja in vedenja, ki močno odstopa od pričakovanj posameznikove kulture. Osebnostne motnje se pričnejo izražati v mladostništvu ali zgodnji odrasli dobi. Te motnje na podlagi ameriške klasifikacije razvrščamo v tri skupine, ki temeljijo na skupnih dimenzijah (6).

Skupina A ali nenavadno-ekscentrična skupina vsebuje naslednje osebnostne motnje: paranoidna osebnostna motnja, shizoidna osebnostna motnja in shizotipska osebnostna motnja. Zanje je značilno globoko nezaupanje, naklonjenost izolaciji, nezmožnost doživljanja širokega spektra čustev, močna nagnjenost k izkrivljanju zaznav in informacij, nenavadno in/ali magično mišljenje, nenavaden zunanji izgled ter ekscentrično ali bizarno vedenje (16).

Skupina B zajema osebnostne motnje dramatično-emocionalnih dimenzij: antisocialna osebnostna motnja, borderline/mejna osebnostna motnja, histrionična osebnostna motnja in narcistična osebnostna motnja. Zanje je značilno neupoštevanje običajnih pričakovanj družbe ali družbenih odnosov, pomanjkanje empatije do drugih, impulzivnost,

razdražljivost, nihanje razpoloženja, neodgovorno vedenje, prevarantstvo, težavni medosebni odnosi, zloraba psihoaktivnih snovi, težave z obvladovanjem čustev, nagnjenost k samouničevalnemu vedenju, želja, biti ves čas v središču pozornosti, in občutek manjvrednosti, ki se izraža kot grandioznost ali samouničevanje (16).

Skupina C vsebuje osebnostne motnje tesnobno-prestrašenih dimenzij: izogibajoča osebnostna motnja, odvisnostna osebnostna motnja in obsesivno-kompulzivna osebnostna motnja. Posamezniki se težko spopadajo s stresnimi dogodki – njihova presoja se slabša s povečevanjem stresa. Lahko so manipulativni in impulzivni, lahko se samopoškodujejo ter grozijo s samomorom, ko so jezni ali psihično preobremenjeni (16).

Posamezniki z osebnostno motnjo imajo velike težave, pogosto trpijo in imajo težavne medsebojne odnose. Na življenjske spremembe se nefleksibilno odzovejo, so slabo prilagodljivi in slabo odporni na stres (17).

1.1.4.1. BORDERLINE OSEBNOSTNA MOTNJA

Posamezniki z borderline ali mejno osebnostno motnjo imajo izjemno nestabilno samopodobo in medosebne odnose, prav tako so lahko močno impulzivni v različnih okoliščinah. Njihovi medosebni odnosi so pogosto intenzivni in nestabilni ter skačejo med skrajnostma ljubezen-sovrastvo, poleg tega pa so ves čas v skrbeh, da bodo zapuščeni. Pogosto vzorec impulzivnega vedenja zajema zlorabo drog in alkohola, epizode prenajedanja in zapravljanja denarja ter tvegane spolne odnose. Poleg tega se pogosto samopoškodbeno ali samomorilno vedejo. Posamezniki lahko pogosto nihajo v razpoloženju in so temperamentni, nimajo dobre predstave o osebni identiteti ali smislu življenja (18).

1.1.4.2. NARCISTIČNA OSEBNOSTNA MOTNJA

Posamezniki s to motnjo so grandiozni – imajo se za nadrejene ostalim in prepričani so, da si zaslužijo občudovanje drugih – in sebični, brez skrbi za potrebe drugih. So prepričani, da bi morali biti posebej obravnavani in občudovani; pogosto so arogantni, izkoriščajo druge in ne upoštevajo potreb drugih. Posamezniki z narcistično osebnostno motnjo pogosto fantazirajo, da imajo visok status in zavidajo uspešnejšem (18).

1.1.4.3. SHIZOIDNA OSEBNOSTNA MOTNJA

Posamezniki s to osebnostno motnjo so samotarji, hladni in oddaljeni. Drugim se lahko zdijo samovšečni ali zasanjani. Pogosto imajo slabše socialne spretnosti in nimajo ne želje po tesnih medosebnih odnosih niti v njih ne uživajo. Menijo, da na svetu nimajo mesta in so

hitro preobremenjeni z različnimi zunanjimi dražljaji. Njihova fiktivna želja je doseči samotni stolp, kjer bi bili na varnem pred drugimi. Delujejo po metodi izogibanja in distanciranja ter brezbržnosti in oddaljenosti. Primanjkuje jim socialnih spretnosti, prav tako poredko doživljajo močna čustva (19).

1.2. STIGMA

SZO stigmo opredeljuje kot "znak sramu, sramote ali neodobravanja", zaradi katerega je posameznik zavržen, diskriminiran in izključen iz sodelovanja na številnih družbenih področjih (20). Stigma je močan družbeni proces, za katerega so značilni označevanje, stereotipiziranje in izločitev, ki vodijo do izgube statusa in do diskriminacije (21). Izraz stigma razumemo kot zaznamovanost zaradi neke lastnosti, po kateri se posameznik razlikuje od večine ljudi, tako da ima on sam kot tudi ljudje, ki ga obdajajo, to lastnost za odklonsko (22). Poenostavljeno je stigma odziv posameznikovega okolja na drugačnost. Če posameznik ali skupina ljudi ne dosega norm, ki jih določa družba, postane stigmatiziran in začne tudi čutiti posledice te stigme. Tako nastanejo predsodki o sebi in drugih, ki ne dosežajo družbenih norm. Skoraj vse človeške razlike je mogoče stigmatizirati. Zaradi ene ali več lastnosti, po kateri se posameznik ali skupina loči od večine ljudi, ga družba dojema kot manjvrednega in ga izloči (23). Poznamo tri pomembne sestavine stigme, in sicer, čustveno sestavino strah, kognitivno sestavino stereotipiziranje in vedenjsko sestavino družbenega nadzora oziroma zadržanost (22).

1.2.1. STIGMATIZACIJA LJUDI Z DUŠEVNIMI BOLEZNIMI

Duševne bolezni posameznika omejujejo in mu povzročajo izčrpavajoče razmere, ki negativno vplivajo na kakovost njegovega življenja, njegovo produktivnost in medosebne odnose. Poleg tega pa ljudje z duševnimi boleznimi sodijo med najbolj stigmatizirane in ranljive člane družbe ter trpijo zaradi diskriminacije na različnih področjih življenja (24). Ljudje z duševnimi boleznimi se srečujejo z dvema vrstama težav. Na eni strani sama duševna bolezen s svojimi simptomi pomembno slabša kvaliteto njihovega vsakdanjika. Po drugi strani pa se srečujejo s predsodki in stigmo s strani družbe, v kateri živijo (25). Stigma, povezana z duševnimi boleznimi, vključno s tistimi, ki obstajajo v zdravstvenem sistemu in med izvajalci zdravstvenih storitev, je bila opredeljena kot glavna ovira pri iskanju pomoči, ustreznega zdravljenja ter okrevanja. Stigma vpliva tudi na vedenje zdravstvenih delavcev pri iskanju pomoči in negativno vpliva na njihovo delovno okolje (26).

1.2.2. TIPI STIGME DUŠEVNIH BOLEZNI

Najpogosteje obravnavana in najpogostejša je družbena oziroma javna stigma. Družbena stigma je strukturirana v določeni družbi in ustvarja ovire za osebe z duševno ali vedenjsko motnjo. Da je strukturirana, pomeni, da je ta stigma prepričanje velike družbene frakcije, v kateri so osebe s stigmatiziranim stanjem manjvredne. Ta vrsta stigme je vpeta v družbeni okvir, da bi ustvarila manjvredne skupine. Povzroči lahko neenakomeren dostop do storitev zdravljenja in do zadovoljevanja osnovnih potreb (27).

Naslednji tip stigme je samo-stigma oziroma "self-stigma", ki opisuje proces, v katerem posameznik z duševno boleznijo ponotranji stigo in doživlja zmanjšano samopodobo in samo-učinkovitost, kar omejuje njegove možnosti za ozdravitev. Socialni psihologi menijo, da se ta proces začne, še preden človek zboli za duševno boleznijo, ker se v tem obdobju uči in ponotranji kulturno razširjene stereotipe o takih boleznih (28). Pri samo-stigmi lahko spoznanje, da je stigma prisotna v družbi, vpliva na posameznika, tudi če le-ta ni bil neposredno stigmatiziran. Tako lahko stalen vpliv družbene stigme vpliva na to, da se posameznik počuti krivo glede svojega stanja (27). Nekatere teorije poudarjajo, da so pričakovanja posameznika, da bo stigmatiziran, kot tudi dejanska stigmatizacija dejavniki, ki vplivajo na psihosocialno počutje. V tem kontekstu predvsem strah pred stigmatizacijo pripomore k temu, da se človek počuti stigmatiziranega (27).

Obstaja pa tudi stigma duševnih boleznih med zdravstvenimi delavci. V novozelandski študiji so ugotovili, da so se nekateri bolniki počutili obsojane s strani zdravstvenih delavcev zaradi svoje duševne bolezni (29). Posamezniki z duševno boleznijo so morda tudi prikrajšani za kakovostno oskrbo, ko zdravstveni delavci izvedo za njihovo bolezen, v primerjavi z bolniki brez duševne bolezni. Teorije o tej vrsti stigme so še vedno zelo omejene, vendar pa določena literatura vseeno ponuja vpogled v njen razvoj. Na neki način se lahko stigma zdravstvenih delavcev razvije enako kot družbena. Zdravstveni delavci pri delu razvijejo svoja mnenja in pristranskost ali celo izgorelost, zlasti pri delu z ljudmi s hudimi duševnimi boleznimi (27).

1.2.3. VZROKI STIGMATIZACIJE

Vzroki stigmatizacije duševnih boleznih so številni in kompleksni. Eni glavnih vzrokov zanje so nepoučenost in neznanje o duševnih boleznih kot tudi splošna prepričanja in stereotipi o tem, da so ljudje z duševnimi boleznimi nevarni, nepredvidljivi ali nasilni (22). Čeprav se znanje o duševnih boleznih izboljšuje, svetovna literatura vseeno kaže na to, da ljudje dojemajo duševno bolne kot nevarne. Najpogostejša predstava ljudi o duševni bolezni je, da

le-ta vodi k nepredvidljivemu vedenju in izgubi kontrole (30). V znanstveni literaturi je dokazano nasprotno, da povezava med večino duševnih bolezni in nasilnim vedenjem ne obstaja in je odnos do ljudi z duševnimi boleznimi večinoma povezan s pristranskimi predsodki in/ali stereotipi (31). V preteklosti je v splošni populaciji veljalo, da duševne bolezni posamezniku onemogočajo normalno funkcioniranje in močno zmanjšujejo njegovo delovanje (32). Zgodovinski razlog za stigmatizacijo je tudi dejstvo, da so psihiatri tistega časa trdili, da so duševne bolezni neozdravljive. Takšno razmišljanje pa se je v manjšem obsegu ohranilo vse do današnjih časov (22).

V družbi je še vedno prisotno prepričanje, da mora biti med bolnimi in zdravimi nekakšna meja. Med ljudmi obstaja strah, da bodo nekoč sami prestopili to mejo. Posledično je prisoten strah pred duševnimi boleznimi in to vodi v stigmatizacijo duševno bolnih. V ozadju stigmatizacije duševnih bolezni je lahko narcistična čustvena zadovoljitev, ki ruši pregrade racionalne samokritike (33). Posameznik s tem potrjuje samega sebe, se počuti močnejšega in s soglasjem mišljenja privilegirane skupine diskreditira druge, torej v našem primeru ljudi z duševno boleznijo (34). Eden izmed vzrokov je tudi zavajanje medijev, saj le-ti velikokrat prikazujejo ljudi z duševnimi boleznimi na neustrezen način, in sicer kot nasilne, nemoralne ljudi, posiljevalce ali morilce z več osebnostmi. Enako velja tako za informativne oddaje kot tudi za zabavno industrijo nanizank in filmov (22). Na odnos do ljudi z duševnimi boleznimi pa vplivajo seveda tudi sama postavitve diagnoze in stranski učinki zdravil, ki jih morajo prejemati za izboljšanje stanja. Postavitve diagnoze velikokrat vpliva na spremembo mnenja okolice o posamezniku in na podelitev oznake temu posamezniku. Ljudje namreč v dojemanje takšne osebe vključijo negativne asociacije in predsodke ter jo začnejo zavračati (22).

Na prepričanja o duševnem zdravju pomembno vpliva tudi kultura. Dojemanje duševnih bolezni pa vpliva na posameznikovo vedenje pri iskanju pomoči. Tihomorski otočani menijo, da so duševne bolezni odraz družinskih konfliktov. Judje dojemajo duševno bolezen kot priložnost za prejem božjih sporočil, odpuščanje in za izboljšanje duše. Nekatere kulture, na primer jugovzhodni Azijci, zaznavajo, da so za težave duševnega zdravja odgovorne nadnaravne sile, in verjamejo, da so le-te posledica jeze ali zanikanja duha ali božanstva. Ta fenomen nadnaravnega vzroka pa ni omejen le na Azijo. Tudi v nekaterih zahodnih kulturah je prisotno verjetje v tovrstne razlage. Študija, izvedena v Švici z duševnimi bolniki, je odkrila prepričanja, da so demoni glavni vzrok težav z duševnim zdravjem. Južnoazijska študija je pokazala, da tamkajšnji ljudje dojemajo duševne bolezni kot naravni del trpljenja, ki je za njih vnaprej določeno. Kulturne razlike obstajajo ne glede na etiologijo duševnih težav in vzdrževalnih dejavnikov. Azijske raziskave so odkrile prepričanja, da somatski in

organski dejavniki vodijo do čustvenih težav, zato ima prednost fizično zdravljenje. Kitajska kultura si težave v zvezi z duševnim zdravjem in njihove vzroke razlaga kot neravnovesje kozmičnih sil, prednostno zdravljenje pa je vzpostavitev ravnovesja prek medosebnih odnosov, prehrane, vadbe in kognicije. Podobne izsledke je pokazala tudi druga študija iz Nigerije (35).

1.2.4. POSLEDICE STIGMATIZACIJE

Ljudje z duševno boleznijo se srečujejo s posledicami stigme, ki vplivajo tako na socialni kot psihološki vidik njihovega življenja. Stigma je povezana s čustvi, kot so občutek sramu, občutek drugačnosti od drugih, manjvrednost, nizka samopodoba, občutek zavračanja in tesnobe. Mnoge študije kažejo, da imajo duševni bolniki zaradi prepričanja, da jih bo družba diskriminirala, slabšo kvaliteto življenja (36). Dolgotrajne posledice stigmatizacije lahko privedejo do ovir, kot so težave pri iskanju zaposlitve, težave pri izobraževanju in pri iskanju partnerja (23). Ni toliko pomembno, ali bolniki stigmatizacijo dejansko občutijo ali pa si jo le predstavljajo oziroma jo predvidevajo, v obeh primerih so namreč prikrajšani pri družbenih stikih, iskanju zaposlitve in življenjski kakovosti (22). Bolnik pa lahko stigmo uporabi tudi kot izgovor za izogibanje odgovornosti ali kot vzrok njegovega neuspeha (23).

Stigma, povezana z duševnimi boleznimi, pa vpliva tudi na kakovost zdravstvene oskrbe takšnih bolnikov. Stigma ustvarja ovire pri iskanju zdravstvene pomoči, vpliva na prekinitev zdravljenja ter na slabšo psihično in fizično oskrbo. Predvsem stigma s strani zdravstvenega osebja je eden glavnih dejavnikov, da bolniki ne poiščejo pomoči za svoje duševne probleme. Slaba oskrba telesnih težav oseb z duševnimi boleznimi je še ena posledica stigmatizacije. Duševni bolniki pogosto izkusijo ovire pri izpolnjevanju potreb po telesni negi, vključno s tem, da njihovih simptomov, ki niso povezani z duševnim stanjem, ne jemljejo resno (26).

Stigmatizacija ima velik vpliv tudi na zdravstvene delavce pri iskanju pomoči glede duševnih težav. To lahko povzroči preveliko zanašanje na samozdravljenje, nizko podporo s strani sodelavcev – vključno z obsojanjem sodelavcev, če bi se njihove duševne stiske razkrile – in povečano tveganje za samomor. Duševna bolezen pa vpliva tudi na zmanjšanje produktivnosti na delovnem mestu, zato je še pomembneje razmišljati o vplivu stigme v tem kontekstu. Na primer, začetna nepripravljenost iskanja pomoči lahko povzroči zmanjšanje produktivnosti, kar lahko privede do potrditve stereotipov s strani sodelavcev in kar ima za posledico nadaljnjo nepripravljenost poiskati pomoč (26).

Državne zakonodaje ljudi z duševnimi boleznimi večinoma ne zapostavljajo na direkten način, vendar jim postavljajo ovire in bremena pri enakopravni vključitvi v skupnost.

Marsikje zakonodaja na področju duševnega zdravja ni urejena, vendar v nekaterih primerih tudi sprejetje zakonodaje ne zagotavlja zaščite bolnikovih pravic (22).

1.2.5. NAČINI ZMANJŠEVANJA STIGME

Strategije spreminjanja stigme so razvrščene v tri skupine: edukacija, protest in stiki (25). Pomemben razlog za stigmatiziranje duševnih bolnikov je predvsem neizobraženost o duševnih boleznih (37). Raziskave so pokazale, da imajo ljudje, ki bolje razumejo duševne bolezni, manj predsodkov o duševnih bolnikih in jih ne diskriminirajo toliko kot drugi (25). Zelo koristni so ukrepi za ozaveščanje širše javnosti. Protistigmatizacijski programi ozaveščanja so običajno večplastni in so namenjeni povečevanju javnega profila problematike duševnega zdravja (37).

Zagovorniške dejavnosti ("advocacy") so usmerjene v (ne)pravičnost, ki jo ustvarjajo družbene strukture z namernim ali nenamernim omejevanjem pravic posameznikov z duševnimi boleznimi. SZO opredeljuje zagovorništvo kot sredstvo za povečevanje ozaveščenosti o pomenu duševnega zdravja in zagotavljanje, da o duševnem zdravju razmišlja tudi vlada. Zagovorništvo uporablja številne tehnike, vključno z ozaveščanjem, razširjanjem informacij, izobraževanjem, usposabljanjem, medsebojno pomočjo, svetovanjem, posredovanjem in obrambo. Dela na tem, da ljudem z duševnimi boleznimi zagotavlja pravice in svoboščine, ki jih nudi zakonodaja, ter zagotavlja odškodnine za nepravilne postopke (37).

Protest je reaktivna strategija (25). Intervencije, ki uporabljajo protest, pa so namenjene zatiranju stigme z ugovorom ali pritožbo. Pogosto so protesti usmerjeni na strukturno raven ter poskušajo spremeniti organizacijsko vedenje in prakse. V preteklosti so bili uporabljeni z namenom odstranitve žaljivih izdelkov s polic, spremembe marketinških strategij za filme ter odstranitve žaljivih vsebin iz televizijskih in zabavnih medijev (37).

Stigma se še zmanjšuje, če se člani splošne javnosti srečajo z osebami z duševno boleznijo, ki so sposobne ohraniti delovna mesta ali živeti normalno življenje v skupnosti (25). Večji družbeni stik s člani stigmatizirane skupine bi lahko odpravil napačno dojemanje in posploševanje ter zmanjšal predsodke in diskriminacijo (37).

1.3. ŠTUDIJ MEDICINE

Študij medicine je izobraževalna pot do poklica zdravnik, na kateri se pridobi pomembno znanje iz vseh specialnosti medicine. Kurikulum medicinskih fakultet veliko doprinese k oblikovanju odnosa bodočih zdravnikov do ljudi z duševnimi boleznimi. Seznanjanje in soočanje študentov medicine z duševnimi boleznimi pri predmetu Psihijatrija so že raziskovale nekatere tuje študije. Več jih je pokazalo, da so ravno spoznavanje psihiatrije in srečanja s bolniki v okviru klinične prakse ključno sredstvo pri boju proti stigmati in za sprejemanje duševnih bolezni (38-40).

Ker je nepoučenost pomemben dejavnik pri predsodkih do duševnih bolezni, smo želeli preveriti, kako se odnos spreminja med študijem medicine. Glede na podatke drugih študij, tako domačih kot tujih, smo želeli raziskati, kakšen je odnos do duševnih bolezni in tudi stigma med študenti Medicinske fakultete Univerze v Mariboru.

2. MATERIAL IN METODE

2.1. NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA

Namen raziskovalne naloge je ugotoviti odnos študentov Medicinske fakultete Maribor do duševnih bolezni in prisotnost stigme med njimi.

Cilj 1: Ugotoviti splošen odnos študentov medicine do oseb z duševnimi boleznimi.

Cilj 2: Ugotoviti morebitno prisotnost stigme duševnih bolezni med študenti medicine.

Cilj 3: Ugotoviti razlike v odnosu do oseb z duševno boleznijo glede na letnik študija.

Cilj 4: Ugotoviti razlike v prisotnosti stigme glede na stik z duševno boleznijo.

2.2. RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

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

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

Raziskovalno vprašanje 3: Kakšne so razlike v odnosu do oseb z duševno boleznijo pri študentih medicine glede na letnik študija, ki ga obiskujejo?

Raziskovalno vprašanje 4: Ali predmet Psihijatrija in klinične vaje v petem letniku spremenita odnos študentov do duševnih bolezni in zmanjšata stigmato?

2.3. RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

2.3.1. METODE IN TEHNIKE ZBIRANJA PODATKOV

Za zbiranje podatkov smo uporabili neeksperimentalno kvantitativno metodo zbiranja podatkov. Empirične podatke smo zbrali s pomočjo strukturiranih vprašalnikov. V teoretičnem delu pa smo uporabili deskriptivno metodo s pregledom slovenske in tuje strokovne literature.

Literaturo smo iskali po različnih podatkovnih bazah, kot so Pubmed, BMJ Journals, Springer Link itd. Pridobili smo jo tudi preko spletnega bibliografskega sistema COBBIS, drugih diplomskih in raziskovalnih nalog. Vključili smo tudi članke iz Zdravstvenega vestnika in Medicinskih razgledov. Uporabili smo še vire, ki smo jih pridobili preko Google iskalnika, in gradivo iz knjižnice Medicinske fakultete Maribor.

Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede v slovenskem in angleškem jeziku: duševna bolezen, stigma, stigmatizacija, odnos do stigmatiziranih, študenti medicine in stigmatizacija, zdravniki in stigmatizacija, "mental illness", "stigma of mental illnesses", "attitudes to mental illnesses", "medical students and stigmatization", "doctors and stigmatization". Omejili smo se na novejšo literaturo, mlajšo od 10 let, z nekaj izjemami, ki so se nam zdele pomembne.

2.3.2. OPIS MERSKEGA INSTRUMENTA

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

V prvem sklopu smo za ugotavljanje odnosa do oseb z duševno boleznijo uporabili CAMI-lestvico (angl. "Community Attitudes Towards The Mentally Ill"), ki sta jo zasnovala Taylor & Dear (1981). Vprašalnik je bil že preveden v slovenski jezik, zato smo uporabili prevedeno različico (41). Vsebuje 40 trditev, ki so razdeljene na štiri sklope/dimenzije, in sicer sklop avtoritarnosti, dobrohotnosti, družbene omejenosti in ideologije duševnega zdravja. Anketiranci so označili stopnjo strinjanja na 5-stopenjski Likertovi lestvici (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam). Glede na zastarel način poimenovanja smo prilagodili eno trditev in jo posodobili na aktualne razmere. Vrednost Cronbach alfa je bila 0,90, kar predstavlja visoko zanesljivost.

V drugem sklopu smo za ugotavljanje stigme duševnih bolezni uporabili vprašalnik iz raziskave Stigma duševnih bolezni: Primerjava stališč bolnikov in študentov v Sloveniji (42). Vprašalnik vsebuje 14 trditev, s katerimi smo primerjali stereotipna in diskriminatorna prepričanja ter socialno distanco vključenih anketirancev. Avtorji vprašalnika so izbrali trditve glede na slovensko kulturno ozadje. Te vključujejo najpogostejše stereotipe o bolnikih z duševno boleznijo. Uporabili so 5-stopenjsko Likertovo lestvico, na kateri so anketiranci označili stopnjo strinjanja (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam). Višje vrednosti kažejo na bolj negativen odnos do oseb z duševno boleznijo.

V tretjem sklopu smo zajeli demografske podatke (starost, spol, letnik študija) in preverili, ali študentje vedo, kaj pomeni posamezna duševna bolezen, in kakšen je odnos do izbranih sklopov duševnih bolezni. Zbrali smo jih na podlagi zaprtih vprašanj.

V četrtem sklopu smo uporabili vprašalnik, ki smo ga oblikovali sami. Z njim smo preverjali, kakšen odnos imajo anketiranci do specifičnih duševnih bolezni. Tudi v tem sklopu smo uporabili 5-stopenjsko Likertovo lestvico, na kateri so anketiranci označili stopnjo strinjanja (5 – s trditvijo se popolnoma strinjam, 4 – s trditvijo se strinjam, 3 – s trditvijo se niti ne strinjam niti se ne strinjam, 2 – s trditvijo se ne strinjam, 1 – s trditvijo se sploh ne strinjam).

2.3.3. OPIS VZORCA

Uporabili smo nenaključni, namenski vzorec. Vprašalnik je bil namenjen študentom Medicinske fakultete Univerze v Mariboru – MFUM, in sicer študentom prvega, drugega, tretjega, četrtega, petega in šestega letnika rednega študija.

Razdelili smo 250 vprašalnikov, nazaj smo dobili 200 rešenih vprašalnikov in le-te ovrednotili. Največ rešenih vprašalnikov smo dobili od študentov drugega (23,5 %) in četrtega (23,5 %) letnika, najmanj pa od študentov prvega letnika (7,5 %). 76 % vprašalnikov so rešile študentke in 24 % vprašalnikov študenti naše fakultete. Razporeditev spolov se tudi ujema z dejansko zastopnostjo žensk in moških na fakulteti.

V raziskavi so sodelovali študenti vseh starostnih skupin, stari od 19 do 39 let.

1.) Tabela 1: Opis vzorca (n=200)

		n	%
SPOL	Ženski	152	76,0
	Moški	48	24,0

LETNIK ŠTUDIJA	1. letnik	15	7,5
	2. letnik	47	23,5
	3. letnik	41	20,5
	4. letnik	47	23,5
	5. letnik	24	12,0
	6. letnik	26	13,0

LEGENDA: n: velikost vzorca

2.3.4. OPIS POTEKA RAZISKAVE IN OBDELAVE PODATKOV

Raziskava je potekala na začetku leta 2020, po predhodni pridobitvi soglasij s strani Komisije za medicinsko etiko (KME) UKC Maribor (št. dopisa: UKC-MB-KME-94-1/19).

Vprašalnike smo v natisnjeni obliki razdelili študentom od prvega do šestega letnika na MF UM.

Rezultate smo statistično obdelali s statističnim računalniškim programom SPSS 25 (IBM Corp., Armonk, NY). Uporabili smo metode opisne statistike, tj. odstotke, povprečno vrednost, standardni odklon in frekvence. Prav tako smo uporabili ANOVA-test za primerjavo povprečja več skupin in hi-kvadrat test zaradi nekaj kliničnih značilnosti, ki so bile kategorične. Statistično značilno povezanost in razlike smo preverjali pri 5-odstotni stopnji tveganja. Rezultate smo predstavili pisno in v tabelah.

3. REZULTATI

V tabeli 2.1. smo s pomočjo CAMI-lestvice pridobili podatke o splošnem odnosu študentov MF UM do oseb z duševno boleznijo. Rdeče obarvane celice v tabeli predstavljajo trditve, katerih nižja vrednost pomeni bolj pozitiven odnos do oseb z duševnimi boleznimi; zeleno obarvane celice v tabeli pa predstavljajo trditve, katerih nižja vrednost pomeni bolj negativen odnos do oseb z duševnimi boleznimi. Trditve v tabeli 2.1. vsebujejo 4 dimenzije: 1. AVTORITARNOST (trditve 1–10; o manj- /enakovrednosti oseb z duševnimi boleznimi, potreba po prisilnem ravnanju), 2. DOBROHOTNOST (trditve 11–20; o (ne)razumevajočem in (ne)sočutnem pogledu na posameznike z duševno boleznijo), 3. DRUŽBENA OMEJENOST (trditve 21–30; o prepričanju, da osebe z duševno boleznijo (ne) predstavljajo grožnjo družbi in da se jim je/ni treba ogniti) in 4. IDEOLOGIJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA V SKUPNOSTI (trditve 31–38; o mnenju, ki (ne) priznava terapevtsko prednost skupnosti in (ne)sprejemanje oskrbe izven institucij).

2.) Tabela 2: Splošen odnos do oseb z duševnimi boleznimi (CAMI-lestvica) – trditve

1. <u>AVTORITARNOST</u> Eden od glavnih razlogov za duševno bolezen je pomanjkanje samodiscipline in volje.
2. Najboljši način za obravnavo oseb z duševnimi boleznimi je zdravljenje na zaprtem oddelku.
3. Na osebah z duševnimi boleznimi je nekaj posebnega, zaradi česar se jih z lahkoto loči od normalnih ljudi.
4. Tako, ko nekdo pokaže znake duševne bolezni, bi moral biti hospitaliziran.
5. Osebe z duševnimi boleznimi potrebujejo enak nadzor in disciplino kot majhni otroci.
6. Duševna bolezen je kot vse druge bolezni.
7. Osebe z duševnimi boleznimi ne bi smele biti družbeni izobčenci.
8. Varovanje javnosti pred osebami z duševnimi boleznimi bi moralo biti manj poudarjeno.
9. Psihiatrične bolnišnice so zastarel način za zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi.
10. Skoraj vsak lahko zboli za duševno boleznijo.
11. <u>DOBROHOTNOST</u> Osebe z duševno boleznijo so bile predolgo tarča posmeha.
12. Država bi morala nameniti več sredstev za oskrbo in zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi.
13. Kot družba bi morali biti veliko bolj tolerantni do oseb z duševnimi boleznimi.

14. Naše psihiatrične bolnišnice so bolj podobne ječam kot kraju, kjer se osebe z duševnimi boleznimi zdravijo.
15. Naša odgovornost je, da nudimo najboljšo oskrbo osebam z duševnimi boleznimi.
16. Osebe z duševno boleznijo si ne zaslužijo našega sočutja.
17. Osebe z duševnimi boleznimi predstavljajo breme za našo družbo.
18. Povečanje sredstev za zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi pomeni trošenje davkoplačevalskega denarja.
19. Za osebe z duševnimi boleznimi je že na voljo dovolj storitev.
20. Najbolje se je izogibati osebam z duševnimi težavami.
21. <u>DRUŽBENA OMEJENOST</u> Osebe z duševnimi boleznimi ne bi smele imeti nobene odgovornosti.
22. Osebe z duševnimi boleznimi bi morale biti ločene od ostale skupnosti.
23. Oseba bi bila neumna, če bi se podala v resno zvezo s partnerjem (osebo), ki je imel duševno bolezen, četudi si je že popolnoma opomogel.
24. Za soseda ne bi hotel imeti nekoga, ki je imel duševno bolezen.
25. Kdor je imel duševno bolezen, ne bi smel biti v državni službi.
26. Osebam z duševnimi boleznimi ne bi smeli krati njihovih osebnih pravic.
27. Osebe z duševnimi boleznimi je potrebno spodbujati, da prevzamejo odgovornosti običajnega življenja.
28.

Nihče nima pravice, da izključi osebe z duševnimi boleznimi iz njihove stanovanjske skupnosti.
29. Osebe z duševnimi boleznimi predstavljajo veliko manjšo nevarnost, kot misli večina ljudi.
30. Večina žensk, ki se je nekoč zdravila v psihiatrični bolnišnici, lahko opravlja delo varuške.
31. <u>IDEOLOGIJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA V SKUPNOSTI</u> Občani bi morali sprejeti lokacijo ustanov za paciente z duševnimi boleznimi v njihovi soseski, saj te služijo potrebam krajevne skupnosti.
32. Najboljša terapija za večino oseb z duševnimi boleznimi je, da so vključene v skupnost.
33. Kolikor je mogoče, bi morali storitve za paciente z duševnimi boleznimi zagotavljati v ustanovah, ki so del skupnosti.
34. Če oskrbo oseb z duševnimi boleznimi zagotavljamo v stanovanjskih soseskah, s tem ne ogrožamo drugih stanovalcev.
35. Nobenega razloga ni, da bi se stanovalci bali oseb, ki v njihovo sosesko prihajajo zaradi storitev v zvezi z duševnimi boleznimi.
36. V stanovanjskih soseskah ne bi smelo biti ustanov za osebe z duševnimi boleznimi.
37. Prebivalci krajevne skupnosti se upravičeno upirajo temu, da bi zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi omogočili v njihovi skupnosti.
38. Morda je z vidika terapije res koristno, da osebe z duševnimi boleznimi živijo v krajevnih skupnostih, toda to predstavlja preveliko tveganje za stanovalce.

3.) Tabela 2.1: Splošen odnos do oseb z duševnimi boleznimi (CAMI-lestevica) – statistične vrednosti

TRDITVE	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L1-L6
---------	----	----	----	----	----	----	-------

	n=15		n=47		n=41		n=47		n=24		n=26		n=200	
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO
1.	1,8	0,6	2,2	1,0	2,1	0,7	2,2	1,0	2,3	0,7	1,7	0,9	2,1	0,9
2.	2,1	0,8	2,0	0,7	1,8	0,7	1,8	0,8	1,9	0,7	1,6	0,7	1,9	0,7
3.	2,4	1,0	2,1	0,7	2,1	0,9	2,2	0,9	2,3	0,8	1,9	0,8	2,2	0,8
4.	1,9	0,8	1,6	0,7	1,7	0,7	1,6	0,6	2,0	0,9	1,6	0,7	1,7	0,7
5.	2,2	0,7	2,4	0,9	2,3	0,9	1,9	0,8	2,3	0,8	1,8	0,7	2,2	0,8
6.	2,7	1,0	2,7	1,2	3,3	1,2	3,1	1,2	3,3	1,2	3,3	1,3	3,1	1,2
7.	4,3	0,6	4,3	1,1	4,5	0,8	4,5	0,7	4,4	0,8	4,5	0,8	4,4	0,8
8.	3,3	0,9	3,1	0,8	3,3	0,8	3,3	1,0	3,4	0,8	3,3	1,1	3,3	0,8
9.	2,4	0,8	3,0	0,9	2,7	0,9	2,6	1,0	2,5	0,8	2,4	1,0	2,7	0,3
10.	4,1	0,9	4,1	0,9	4,3	0,8	4,3	0,7	3,9	1,0	4,3	0,7	4,2	0,8
11.	4,1	0,9	4,3	0,7	4,4	0,6	4,3	0,8	4,3	0,8	4,6	0,6	4,3	0,8
12.	3,9	0,6	4,1	0,7	4,0	0,7	4,1	0,7	4,0	1,0	4,4	0,8	4,1	0,7
13.	4,3	0,6	4,5	0,5	4,3	0,6	4,3	0,5	4,3	0,6	4,3	0,8	4,3	0,6
14.	3,1	1,1	3,1	0,8	3,1	0,9	3,0	0,9	1,7	0,6	2,4	0,9	2,8	1,0
15.	4,4	0,6	4,3	0,6	4,5	0,6	4,4	0,6	4,5	0,5	4,4	0,8	4,4	0,6
16.	1,1	0,3	1,3	0,6	1,4	0,8	1,3	0,5	1,3	0,5	1,2	0,5	1,3	0,6
17.	2,1	0,9	2,2	0,9	2,3	1,0	2,3	1,1	2,6	0,7	2,1	1,1	2,3	1,0
18.	2,2	1,1	1,6	0,7	1,9	0,8	1,8	0,8	2,0	0,8	1,5	0,7	1,8	0,8
19.	2,4	0,9	2,4	0,7	2,6	0,7	2,4	0,7	2,4	0,6	2,0	0,8	2,4	0,7
20.	1,9	0,7	1,6	0,7	1,9	0,9	1,8	0,7	1,8	0,6	1,6	0,7	1,7	0,7
21.	1,9	0,9	2,0	0,8	2,0	0,6	1,8	0,7	2,0	0,7	1,8	0,8	1,9	0,7
22.	1,6	0,9	1,4	0,5	1,8	0,7	1,7	0,7	1,8	0,7	1,7	0,7	1,7	0,7
23.	1,5	0,5	1,7	0,8	1,5	0,8	1,7	0,7	1,8	0,8	1,5	0,7	1,6	0,8
24.	1,8	0,9	1,8	0,8	1,8	1,1	2,0	0,9	2,1	0,9	1,8	0,9	1,9	0,9
25.	1,9	0,8	1,8	0,7	1,8	0,8	2,0	0,8	2,3	0,8	1,5	0,7	1,9	0,8
26.	4,4	0,6	4,1	1,1	4,4	0,9	3,9	1,3	4,4	0,6	4,6	0,6	4,3	1,0
27.	4,2	0,6	4,1	0,7	4,2	0,7	4,4	0,8	4,3	0,6	4,4	0,7	4,3	0,7
28.	4,2	0,8	4,1	0,8	3,8	0,9	4,1	0,9	3,9	0,8	4,1	0,8	4,0	0,9
29.	4,1	0,6	3,7	0,9	3,9	0,8	3,6	0,9	3,8	0,9	4,2	0,8	3,8	0,8
30.	3,3	0,5	2,9	0,8	3,2	0,9	3,0	0,8	3,1	0,7	3,3	0,9	3,1	0,8
31.	3,3	0,8	3,3	0,8	3,6	0,7	3,5	1,0	3,3	0,9	3,9	0,8	3,5	0,9
32.	3,9	0,7	4,0	0,6	3,9	0,6	3,9	0,8	3,9	0,8	4,0	0,8	4,0	0,7
33.	3,6	0,9	3,9	0,5	4,0	0,7	4,0	0,8	4,0	0,6	4,2	0,6	4,0	0,7
34.	3,5	1,0	3,6	0,7	3,4	0,8	3,4	0,9	3,3	0,7	3,7	0,9	3,5	0,8
35.	3,3	1,2	3,6	0,8	3,5	0,8	3,5	0,9	3,6	0,8	3,8	1,0	3,6	0,9
36.	2,2	1,0	2,0	0,8	1,9	0,6	2,3	0,9	2,1	0,5	1,8	0,8	2,1	0,8
37.	2,6	0,9	2,3	0,8	2,1	0,8	2,4	0,8	2,3	0,8	2,0	0,8	2,3	0,8
38.	2,6	0,9	2,6	0,9	2,3	0,9	2,5	1,0	2,3	0,7	2,1	0,8	2,4	0,9

LEGENDA: L1=1. letnik, L2=2. letnik, L3=3. letnik, L4=4. letnik, L5=5. letnik, L6=6. letnik, L1-L6=1.-6. letnik, n: velikost vzorca, PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon. Vrednosti na lestvici: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam.

4.) Tabela 2.2: Splošen odnos do oseb z duševnimi boleznimi (CAMI-lestvica) – statistične vrednosti sklopov trditvev z uporabo obrnjenih vrednosti negativnih trditvev

TRDITVE - DIMENZIJE	L1 n=15		L2 n=47		L3 n=41		L4 n=47		L5 n=24		L6 n=26		L1-L6 n=200	
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO
1.-10.	3,75	0,34	3,71	0,39	3,87	0,33	3,89	0,36	3,79	0,30	4,05	0,41	3,84	0,37
11.-20.	3,98	0,35	4,09	0,35	4,00	0,33	4,06	0,37	4,13	0,36	4,30	0,45	4,09	0,37
21.-30.	4,15	0,45	4,03	0,43	4,08	0,47	3,97	0,49	3,96	0,39	4,22	0,49	4,05	0,46
31.-38.	3,53	0,71	3,68	0,43	3,76	0,45	3,65	0,64	3,67	0,43	3,96	0,60	3,71	0,54
1.-38.	3,87	0,37	3,89	0,31	3,94	0,30	3,91	0,35	3,90	0,30	4,14	0,42	3,93	0,34

LEGENDA: L1=1. letnik, L2=2. letnik, L3=3. letnik, L4=4. letnik, L5=5. letnik, L6=6. letnik, L1-L6=1.-6. letnik, n: velikost vzorca, PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon. Vrednosti na lestvici: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam.

Pri vsakem letniku smo izračunali povprečje pri vseh trditvah CAMI-lestvice. Nižje povprečje (bližje minimalni oceni na lestvici, tj. 1) pri rdeče obarvanih trditvah kaže na bolj pozitiven odnos do oseb z duševno boleznijo, pri zeleno obarvanih trditvah pa nižje povprečje kaže na bolj negativen odnos do oseb z duševnimi boleznimi.

Ker so pozitivne in negativne trditve po posameznih sklopih pomešane, smo za lažje ugotavljanje splošnega odnosa anketirancev do specifičnih dimenzij, s katerimi se ukvarjajo posamezni sklopi, vrednosti negativnih trditvev ustrezno obrnili, tako da smo lahko izračunali povprečne vrednosti posameznih sklopov kot celote (tabela 2.2.).

V 1. sklopu trditvev (trditve 1–10, dimenzija AVTORITARNOST) je v povprečju ocena strinjanja s pozitivnimi in nestrinjanja z negativnimi trditvami PV=3,84 (SO=0,37, p=0,005) in kaže na splošen pozitiven odnos študentov vseh letnikov do oseb z duševno boleznijo (tabela 2.2.). Dve trditvi, pri katerih smo ugotovili najbolj pozitiven odnos, sta: "Takoj, ko nekdo pokaže znake duševne bolezni, bi moral biti hospitaliziran." (trditvev 4; PV=1,7; SO=0,7) in "Osebe z duševnimi boleznimi ne bi smele biti družbeni izobčenci." (trditvev 7; PV=4,4; SO=0,8). Najbolj neodločen odnos so študenti vseh letnikov pokazali pri trditvi "Duševna bolezen je kot vse druge bolezni." (trditvev 6; PV=3,1; SO=1,2). Pri slednji trditvi je vidno tudi neenotno mnenje študentov v posameznih letnikih – pri vseh letnikih, razen pri 1. letniku, je za to trditvev vrednost SO 1,2 ali višja.

V 2. sklopu trditvev (trditve 11–20, dimenzija DOBROHOTNOST) je v povprečju ocena strinjanja s pozitivnimi in nestrinjanja z negativnimi trditvami PV=4,09 (SO=0,37, p=0,027)

in v splošnem kaže pozitiven odnos študentov medicine vseh letnikov do oseb z duševno boleznijo. Še posebej pozitiven odnos študentov vseh letnikov smo zaznali pri 11., 13., 15. in 16. trditvi. 11. trditev se glasi: "Osebe z duševno boleznijo so bile predolgo tarča posmeh". Povprečje vseh letnikov pri tej trditvi znaša 4,3 (SO=0,8); študenti se torej s trditvijo v visokem odstotku strinjajo. Trditev 13: "Kot družba bi morali biti veliko bolj tolerantni do oseb z duševnimi boleznimi." (PV=4,3; SO=0,6). Pri 15. trditvi: "Naša odgovornost je, da nudimo najboljšo oskrbo osebam z duševnimi boleznimi." je bilo povprečje vseh letnikov 4,4 (SO=0,6) in pri trditvi 16: "Osebe z duševno boleznijo si ne zaslužijo našega sočutja." 1,3 (SO=0,6). Zelo neopredeljeni pa so bili študentje pri trditvi 14: "Naše psihiatrične bolnišnice so bolj podobne ječam kot kraju, kjer se osebe z duševnimi boleznimi zdravijo." (PV=2,8; SO=1,0). Neopredeljeni so bili predvsem 1. letniki, pri katerih SO znaša 1,1. Precejšnja razpršenost podatkov oziroma neenotno mnenje se je pojavilo tudi pri 17. trditvi, kjer je skupni SO vseh letnikov znašal 1,0. Trditev 17 se glasi: "Osebe z duševnimi boleznimi predstavljajo breme za našo družbo."

V 3. sklopu trditev (trditve 21–30, dimenzija DRUŽBENA OMEJENOST) je v povprečju strinjanja s pozitivnimi in nestrinjanja z negativnimi trditvami PV=4,05 (SO=0,46, p=0,232) in ponovno kaže na splošen pozitiven odnos študentov vseh letnikov do oseb z duševno boleznijo.

Pri treh trditvah smo ugotovili zelo pozitiven odnos vseh letnikov: "Osebe z duševnimi boleznimi bi morale biti ločene od ostale skupnosti." (trditev 22; PV=1,7; SO=0,7); "Oseba bi bila neumna, če bi se podala v resno zvezo z osebo, ki je imela duševno bolezen, četudi si je že popolnoma opomogla." (trditev 23; PV=1,6; SO=0,8) in "Osebam z duševnimi boleznimi ne bi smeli kratiti njihovih osebnih pravic." (trditev 26; PV=4,3; SO=1,0). Pri tej trditvi so bili študenti 4. letnika precej neenotnega mnenja (SO=1,3). Zelo neodločeni so bili študenti vseh letnikov glede trditve: "Večina žensk, ki se je nekoč zdravila v psihiatrični bolnišnici, lahko opravlja delo varuške." (trditev 30; PV=3,1; SO=0,8).

V 4. sklopu trditev (trditve 31–38, dimenzija IDEOLOGIJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA V SKUPNOSTI) je v povprečju strinjanja s pozitivnimi in nestrinjanja z negativnimi trditvami PV=3,71 (SO=0,54, p=0,133) in ponovno kaže na splošno pozitiven odnos študentov do oseb z duševnimi boleznimi. Posebej pozitiven odnos smo zaznali pri dveh trditvah: "Najboljša terapija za večino oseb z duševnimi boleznimi je, da so vključene v skupnost." (trditev 32; PV=4,0; SO=0,7) in "Kolikor je mogoče, bi morali storitve za paciente z duševnimi boleznimi zagotavljati v ustanovah, ki so del skupnosti." (trditev 33; PV=4,0, SO=0,7). Dokaj neopredeljeni so bili študentje pri trditvi 34: "Nobenega razloga ni, da bi se stanovalci bali oseb, ki v njihovo soseseo prihajajo zaradi storitev v zvezi z duševnimi boleznimi." (PV=3,5,

SO=0,8). Najbolj neopredeljeni za omenjeno trditev so bili 5. letniki (PV=3,3 SO=0,7), medtem ko so bili 1. letniki precej neenotnega mnenja (SO=1,0). Na pozitivno naravnost do duševnih boleznih kaže tudi trditev 36: "V stanovanjskih soseskah ne bi smelo biti ustanov za osebe z duševnimi boleznimi.", s katero se naši študentje niso strinjali (PV=2,1, SO=0.8).

Glede na rezultate vseh štirih sklopov lahko sklepamo, da se študentje vseh letnikov močno strinjajo s pozitivnimi trditvami in ne strinjajo z negativnimi trditvami (PV=3,93; SO=0,34, p=0,046) vseh štirih dimenzij (avtoritarnost, dobrohotnost, družbena omejenost, ideologija duševnega zdravja v skupnosti), kar kaže na zelo dober splošni odnos do oseb z duševnimi boleznimi (tabela 2.2.).

Večjih odstopanj glede strinjanja in nestrinjanja s trditvami med študenti v posameznih letnikih ni bilo, najpogosteje pa so najbolj pozitiven odnos izrazili študenti 6. letnika (najvišji PV za vsako dimenzijo v tabeli 2 je pri L6).

Večjih odstopanj glede strinjanja in nestrinjanja s trditvami med anketiranimi študenti vseh letnikov skupaj tudi ni bilo. Le pri trditvi: "Duševna bolezen je kot vse druge bolezni." je bilo vidno neenotno mnenje med študenti (trditev 6; L1-L6 SO=1,2).

Rezultati dveh trditev so med vsemi anketiranci še posebej izražali pozitiven odnos do oseb z duševno boleznijo. To sta trditev: "Osebe z duševnimi boleznimi ne bi smele biti družbeni izobčenci.", ki spodbuja vključevanje oseb z duševno boleznijo v skupnost (trditev 7, L1-L6 PV=4,4), in trditev: "Naša odgovornost je, da nudimo najboljšo oskrbo osebam z duševnimi boleznimi.", ki spodbuja aktiven pristop do zdravljenja in pomoči pri teh osebah (trditev 15, L1-L6 PV=4,4).

V tabeli 3.1. smo pri študentih MF UM glede na trditve pridobili podatke o stereotipnih diskriminatornih prepričanjih in o socialni distanci do ljudi z duševno boleznijo, s katerimi smo ugotovili, v kolikšni meri je med študenti prisotna stigma duševnih boleznih.

5.) Tabela 3: Prisotnost stigme duševnih boleznih (CAMI-lestevica) – trditve

1. Ljudje z duševnimi boleznimi so nevarnejši od drugih ljudi.
2. Ljudje z duševno boleznijo lahko koga napadejo.
3. Duševna bolezen je nalezljiva.

4. Ljudje z duševnimi boleznimi se ne znajo obnašati.
5. Ljudje z duševnimi boleznimi so manj sposobni v primerjavi z drugimi ljudmi.
6. Ljudje z duševnimi boleznimi so sami krivi za svojo bolezen.
7. Bojim se živeti v sosedstvu z osebo, ki ima neko duševno bolezen.
8. Če bi imel/a moj/a sostanoval/ec/ka neko duševno bolezen, bi se odselil/a.
9. Če bi imel/o moj/e fant/dekle duševno bolezen, bi prekinila/prekinil razmerje.
10. Za družbo je bolje, da osebe z duševno boleznijo nimajo otrok.
11. Za družbo je bolje, da ljudje z duševno boleznijo ne delajo z otroki in adolescenti.
12. Ljudi z duševnimi boleznimi lahko prepoznam že na prvi pogled.
13. Če bi lahko odločal/a, bi osebe z duševno boleznijo čim dlje obdržal/a v psihiatrični bolnišnici.
14. Počutil/a bi se osramočen/o, če bi moji prijatelji ugotovili, da ima kdo v moji družini duševno bolezen.

6.) Tabela 3. 1.: Prisotnost stigme duševnih boleznih (CAMI-lestvica) – statistične vrednosti

TRDITVE	L1 n=15		L2 n=47		L3 n=41		L4 n=47		L5 n=24		L6 n=26		L1-L6 n=200	
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO
1.	3,1	0,8	3,4	0,9	3,3	0,8	3,3	0,7	3,1	0,8	3,7	1,0	3,3	0,8
2.	2,2	0,7	2,4	0,8	2,8	0,9	2,5	0,7	2,2	0,7	2,8	0,9	2,5	0,8
3.	4,8	0,4	4,7	0,8	4,8	0,6	4,7	0,8	4,8	0,5	4,9	0,3	4,8	0,6
4.	3,9	0,6	3,9	0,8	3,9	0,9	3,8	0,9	3,6	0,7	3,9	0,8	3,8	0,8
5.	4,2	0,8	3,8	0,9	3,8	0,9	3,6	1,0	3,4	0,7	3,7	0,7	3,7	0,9
6.	4,4	0,7	4,5	0,6	4,5	0,7	4,4	0,7	4,4	0,6	4,7	0,5	4,5	0,7
7.	4,1	0,9	4,0	0,8	4,0	0,9	4,0	0,8	3,7	0,7	4,0	0,9	4,0	0,8
8.	4,1	0,8	4,1	0,9	4,3	0,7	3,9	0,8	4,1	0,7	4,0	0,8	4,1	0,8
9.	4,3	0,7	3,9	1,0	4,1	0,8	4,0	1,0	3,9	0,9	4,0	0,9	4,0	0,9
10.	3,9	0,7	3,9	1,0	3,9	1,0	3,7	0,9	3,3	0,9	3,5	0,7	3,7	0,9
11.	3,7	1,0	3,4	0,9	3,5	1,0	3,4	1,0	3,3	0,8	3,5	0,8	3,5	0,9
12.	4,3	0,8	4,3	0,8	4,3	0,9	4,1	0,9	4,0	0,7	4,3	0,7	4,2	0,8

13.	4,2	0,9	4,3	0,8	4,3	0,7	4,1	0,9	4,1	0,8	4,4	0,7	4,2	0,8
14.	4,4	0,9	4,1	0,9	4,5	0,9	4,4	0,8	4,3	0,9	4,5	0,8	4,4	0,9
1.-14.	4,0	0,4	3,9	0,5	4,0	0,4	3,8	0,5	3,7	0,4	4,0	0,4	3,9	0,5

LEGENDA: L1=1. letnik, L2=2. letnik, L3=3. letnik, L4=4. letnik, L5=5. letnik, L6=6. letnik, L1-L6=1.-6. letnik, n: velikost vzorca, PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon. Vrednosti na lestvici: 1 – se popolnoma strinjam, 2 – strinjam se, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se ne strinjam, 5 – sploh se ne strinjam.

Ponovno smo pri vsakem letniku izračunali povprečje pri vseh trditvah CAMI-lestvice. Nižje povprečje pri trditvah (bližje minimalni oceni na lestvici, tj. 1) kaže na večjo prisotnost stigme oseb z duševno boleznijo pri anketiranih študentih. Vidimo lahko, da je povprečna vrednost odgovorov anketiranih študentov 3,9 (SO=0,5), se pravi, da se anketiranci v povprečju ne strinjajo s trditvami (tabela 3.1.), torej je prisotnost stigme oseb z duševno boleznijo nizka.

S tremi trditvami se študenti vseh letnikov izrazito ne strinjajo: "Duševna bolezen je nalezljiva." (trditev 3; PV=4,8; SO=0,6); "Ljudje z duševnimi boleznimi so sami krivi za svojo bolezen." (trditev 6; PV=4,5; SO=0,7) in "Počutil/a bi se osramočen/o, če bi moji prijatelji ugotovili, da ima kdo v moji družini duševno bolezen." (trditev 14; PV=4,4; SO=0,9). Glede trditve "Ljudje z duševnimi boleznimi so nevarnejši od drugih ljudi." so bili študenti vseh letnikov precej neodločeni (trditev 1; PV=3,3; SO=0,8). Študenti vseh letnikov pa so blago prisotnost straha pred osebami z duševno boleznijo pokazali pri strinjanju s trditvijo "Ljudje z duševno boleznijo lahko koga napadejo." (trditev 2; PV=2,5; SO=0,8). S trditvijo "Ljudje z duševnimi boleznimi so manj sposobni v primerjavi z drugimi ljudmi." (trditev 5) se študenti vseh letnikov sicer niso strinjali, je pa vidno večje odstopanje v povprečnih vrednostih med letniki – najmanj so se s trditvijo strinjali študenti 1. letnika (PV=4,2; SO=0,8), sledijo študenti 2. in 3. letnika, nato študenti 6. letnika, za njimi študenti 4. letnika in nazadnje študenti 5. letnika (PV=3,4; SO=0,7). Med študenti pa v posameznih letnikih pri nobeni trditvi ni bilo prisotnega večjega odstopanja (najvišja vrednost SO je 1,0) (tabela 3.1.).

V tabelah 4-10 smo zbrali podatke o tem, koliko anketirani študenti poznajo specifične duševne bolezni (depresijo, manijo, osebnostne motnje, anksiozne motnje in psihotične motnje), ali so že obiskovali predmet Psihatrija in ali so se že srečali z osebo z duševno boleznijo v osebnem ali kliničnem okolju.

Največ študentov, ki so sodelovali v raziskavi, je ženskega spola (76,0 % žensk in 24,0 % moških), kar odraža realno sliko, saj je večina študentov MF UM ženskega spola.

Največ študentov, ki so sodelovali v raziskavi, je iz 2. in 4. letnika (L2=23,5 % in L4=23,5 %), najmanj pa iz 1. letnika (L1=7,5 %).

7.) Tabela 4: Študentje, ki so opravljali predmet Psihatrija

	L1 n=15	L2 n=47	L3 n=41	L4 n=47	L5 n=24	L6 n=26	L1-L6 n=200
	%	%	%	%	%	%	%
NE	100,0	100,0	92,7	95,7	0,0	0,0	72,5
DA	0,0	0,0	7,3	4,3	100,0	100,0	27,5

8.) Tabela 5: Študentje, ki so srečali osebo z duševno boleznijo v kliničnem okolju

	L1 n=15	L2 n=47	L3 n=39	L4 n=47	L5 n=24	L6 n=26	L1-L6 N=198
	%	%	%	%	%	%	%
NE	80,0	87,2	66,7	14,9	0,0	0,0	43,4
DA	20,0	12,8	33,3	85,1	100,0	100,0	56,6

9.) Tabela 6: Študentje, ki so srečali osebo z duševno boleznijo v osebnem okolju

	L1 n=15	L2 n=47	L3 n=41	L4 n=45	L5 n=24	L6 n=26	L1-L6 N=198
	%	%	%	%	%	%	%
NE	0,0	8,5	17,1	17,8	12,5	11,5	12,6
DA	100,0	91,5	82,9	82,2	87,5	88,5	87,4

10.) Tabela 7: Študentje, ki vedo, kaj je depresija/manija

	L1 n=15	L2 n=45	L3 n=41	L4 n=47	L5 n=24	L6 n=26	L1-L6 N=198
	%	%	%	%	%	%	%
NE	0,0	8,9	0,0	6,4	0,0	0,0	3,5
DA	100,0	91,1	100,0	93,6	100,0	100,0	96,5

hi-kvadrat=8,784; p=0,118

11.) Tabela 8: Študentje, ki vedo, kaj je osebnostna motnja

	L1 n=15	L2 n=45	L3 n=41	L4 n=47	L5 n=24	L6 n=26	L1-L6 N=198
	%	%	%	%	%	%	%
NE	20,0	33,3	34,1	12,8	0,0	3,8	19,7
DA	80,0	66,7	65,9	87,2	100,0	96,2	80,3

hi-kvadrat=22,147; p<0,001

12.) Tabela 9: Študentje, ki vedo, kaj je anksiozna motnja

	L1 n=15	L2 n=46	L3 n=41	L4 n=47	L5 n=24	L6 n=26	L1-L6 N=199
	%	%	%	%	%	%	%
NE	0,0	8,7	2,4	14,9	4,2	0,0	6,5
DA	100,0	91,3	97,6	85,1	95,8	100,0	93,5

hi-kvadrat=9,954; p=0,077

13.) Tabela 10: Študentje, ki vedo, kaj je psihotična motnja

	L1 n=15	L2 n=45	L3 n=41	L4 n=47	L5 n=24	L6 n=26	L1-L6 N=198
	%	%	%	%	%	%	%
NE	13,3	26,7	12,2	21,3	4,2	7,7	16,2
DA	86,7	73,3	87,8	78,7	95,8	92,3	83,8

hi-kvadrat=9,062; p=0,107

Predmet Psihatrija so opravili vsi študentje 5. in 6. letnika (L5=100,0 % in L6=100,0 %).

Vsi študenti 5. in 6. letnika (L5=100,0 %, L6=100,0 %) so med študijem videli različne duševne bolezni v kliničnem okolju, saj so že opravili predmet Psihatrija, ki poteka v zimskem semestru 5. letnika. Tudi velika večina študentov 4. letnika (L4=85,1 %) že ima klinične izkušnje z duševnimi boleznimi, študenti preostalih treh letnikov pa manj.

Večina študentov iz vseh letnikov se je že srečala z duševno boleznijo v svojem osebnem okolju (L1-L6=87,4 %).

Precejšnji delež študentov MF UM vseh letnikov ve, kaj pomeni, da ima nekdo depresijo/manijo (L1-L6=96,5 %). Enako velja tudi za anksioznost, za katero je večina študentov prav tako odgovorila pritrdilno na vprašanje, ali vedo kaj pomeni (L1-L6=93,5 %). Ti dve duševni bolezni sta tudi najbolj poznani širši družbi.

Nekoliko manjši delež študentov pa ve, kaj pomeni, da ima nekdo osebno motnjo (L1-L6=80,3 %). Pri statistični analizi smo opazovali statistično pomembnost (hi-kvadrat=22,147; $p < 0,001$). Študenti 2. in 3. letnika bi v statistično manjšem deležu prepoznali osebno motnjo v primerjavi z ostalimi letniki (L2=66,7 % in L3=65,9 %). Največ študentov, ki vedo kaj pomeni osebna motnja, pa je iz 5. in 6. letnika (L5=100,0 %, L6=96,2 %), morda tudi, ker zaradi predmeta Psihatrija o tovrstnih motnjah več vedo in jih morda tudi lažje prepoznajo, prav tako pa imajo več kliničnih izkušenj od študentov

preostalih letnikov. Glede na neenakomerno razpršenost podatkov po letnikih ob statistični pomembnosti, ne moremo delati nobenih drugih zaključkov.

Podobno je s psihotično motnjo, kjer so študenti 1., 2., 3. in 4. letnika v manjšem deležu obkrožili DA (torej, da vedo, kaj pomeni, da ima nekdo psihotično motnjo) v primerjavi s študenti 5. in 6. letnika. Študenti 2. letnika so najmanjkrat označili DA (L2=73,3 %), študenti 5. letnika pa največkrat (L5=95,8 %).

V tabeli 11 smo natančneje opredelili stališče anketiranih študentov do specifičnih duševnih bolezni.

14.) Tabela 11: Trditve o specifičnih duševnih boleznih

TRDITVE	L1 n=14	L2 n=46	L3 n=40	L4 n=47	L5 n=24	L6 n=26	L1-L6 n=196
	%	%	%	%	%	%	%
A - Vse motnje enako ohromijo funkcionalnost pacienta.	14,3	23,9	30,0	21,3	8,3	26,9	22,3
B - Najtežje so psihotične in razpoloženjske motnje.	42,9	50,0	37,5	48,9	41,7	30,8	43,1
C - Osebnostne motnje niso duševne motnje.	7,1	4,3	2,5	12,8	25,0	3,8	8,6
D - Najtežje so anksiozne motnje.	7,1	4,3	5,0	0,0	0,0	0,0	2,5
E - Nič od naštetega.	28,6	17,4	25,0	17,0	25,0	38,5	23,4

hi-kvadrat=27,276; p=0,128

Pri študentih 1.-4. letnika smo opazili zelo podobna mnenja glede trditev – vsi so se najbolj strinjali s trditvijo: "Najtežje so psihotične in razpoloženjske motnje." (trditev B; L1=42,9 %; L2=50 %; L3=37,5 %; L4=48,9 %), najmanj pa jih je izbralo trditev: "Najtežje so anksiozne motnje." (trditev D; L1=7,1 %; L2=4,3 %; L4=0 %) ali trditev: "Osebnostne motnje niso duševne motnje." (trditev C; L3=2,5 %).

Na sploh je skoraj polovica vseh anketiranih študentov izbrala trditev: "Najtežje so psihotične in razpoloženske motnje." (trditev B; L1–L6=43,1 %), najmanj pa jih je izbralo trditev: "Najtežje so anksiozne motnje." (trditev D; L1–L6=2,5 %). Skoraj desetina vseh anketiranih študentov je izbrala trditev: "Osebnostne motnje niso duševne motnje." (trditev C; L1–L6=8,6 %). Druga najpogosteje izbrana trditev med anketiranimi študenti je bila: "Nič od naštetega." (trditev E; L1–L6=23,4 %) in tretja: "Vse motnje enako ohromijo funkcionalnost pacienta." (trditev A; L1–L6=22,3 %).

Zaskrbljujoče je, da kar četrtina študentov 5. letnika meni, da osebnostne motnje niso duševne motnje, in so izbrali trditev: "Osebnostne motnje niso duševne motnje." (trditev C; L5=25 %).

Študenti 6. letnika so edini, ki niso v največjem številu izbrali trditve: "Najtežje so psihotične in razpoloženske motnje." (trditev B; L6=30,8 %), temveč trditev: "Nič od naštetega." (trditev E; L6=38,5 %).

V tabeli 12.1. smo s pomočjo CAMI-lestvice zbrali podatke o tem, koliko je pri anketiranih študentih prisotna stigma specifičnih duševnih bolezni (depresija, manija, osebnostne motnje, anksiozne motnje in psihotične motnje) ter kakšno je njihovo mnenje o primernosti osebe z duševno boleznijo, da bi opravljala zdravniški poklic, in o vplivu opravljanja predmeta Psihija na njihov odnos do duševnih bolezni.

15.) Tabela 12: Ugotavljanje prisotnosti stigme specifičnih duševnih bolezni (depresija, anksiozna motnja, manija, shizofrenija, osebnostna motnja) – trditve

1. Neprijetno bi se mi bilo družiti z osebo z manično epizodo, ker je lahko v svojem vedenju preveč ekstrovertirana.
2. Osebi s shizofrenijo se raje ne približujem, ker lahko hitro postane agresivna.
3. Osebe z depresijo bi morale nehati biti žalostne in se potruditi bolj pozitivno razmišljati.
4. Osebe z anksiozno motnjo v mnogih situacijah čisto brez potrebe pretiravajo.
5. Osebe z osebnostno (borderline, narcistično, shizoidno ...) motnjo so v glavnem naporne in nepredvidljive.

6. Osebe z depresijo ne morejo brez pomoči same vplivati na spremembo svojega počutja.
7. Do osebe z bipolarno motnjo ne bi imel predsodkov.
8. Osebo z anksioznostjo bi hotel bolje spoznati in se jo truditi razumeti.
9. Posamezniki z osebnostno motnjo niso sami krivi, da so takšni, kakršni so.
10. Osebe s shizofrenijo se ne bi bal.
11. Posameznik z duševno motnjo ne more biti zdravnik.
12. ODGOVORIJO ŠTUDENTJE/TKE 6. LETNIKA: Po opravljenih obveznostih iz predmeta Psihatrija se je moj pogled na duševne motnje spremenil.

16.) Tabela 12.1: Ugotavljanje prisotnosti stigme specifičnih duševnih bolezni (depresija, anksiozna motnja, manija, shizofrenija, osebnostna motnja) – statistične vrednosti

TRDITVE	L1 n=15		L2 n=47		L3 n=41		L4 n=47		L5 n=24		L6 n=26		L1-L6 n=200		F	p*
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
1.	2,6	1,0	2,5	0,8	2,7	0,9	3,0	0,9	2,9	0,9	2,3	1,0	2,7	0,9	2,354	0,042
2.	2,5	0,9	2,5	0,8	2,6	1,0	2,6	1,0	2,5	0,7	2,2	0,9	2,5	0,9	0,653	0,659
3.	2,2	1,1	2,3	1,0	2,6	1,2	2,7	1,3	2,3	1,0	1,8	1,0	2,4	1,1	2,696	0,022
4.	2,3	0,9	2,1	1,0	2,2	1,2	2,5	1,2	2,4	1,1	1,9	1,0	2,3	1,1	1,425	0,217
5.	2,8	0,8	3,0	0,9	3,0	0,9	3,4	1,0	3,2	1,0	2,7	1,0	3,1	1,0	2,261	0,050
6.	3,1	1,2	3,3	1,0	3,0	1,0	3,0	1,1	3,4	0,9	3,1	1,0	3,1	1,0	1,044	0,393
7.	3,7	1,0	3,7	1,0	3,5	1,1	3,5	0,9	3,5	1,2	3,8	1,0	3,6	1,0	0,611	0,692
8.	3,9	1,2	3,7	1,0	3,8	1,2	3,6	1,2	3,8	0,8	4,0	1,0	3,8	1,1	0,432	0,826
9.	4,1	1,1	3,9	1,1	3,8	1,1	3,6	1,0	4,1	1,0	3,9	1,0	3,9	1,1	0,941	0,456
10.	3,6	0,8	3,0	0,8	3,3	1,0	3,3	1,0	3,3	0,9	3,4	0,8	3,3	0,9	1,201	0,310
11.	2,5	1,0	2,9	1,0	2,8	0,9	2,9	1,2	2,6	1,0	2,4	0,9	2,8	1,0	1,243	0,291

LEGENDA: L1=1. letnik, L2=2. letnik, L3=3. letnik, L4=4. letnik, L5=5. letnik, L6=6. letnik, L1-L6=1.-6. letnik, n: velikost vzorca, PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon, F: vrednost F-testa, p*: enofaktorska analiza variance. Vrednosti na lestvici: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam.

Četrty vprašalnik sestavljajo trditve, ki smo jih izoblikovali sami. V rezultatih smo zaznali precejšnje razpršenost podatkov, SO pri večini trditev presega ali je enako 1,0.

Študentje vseh letnikov so bili precej neodločenega mnenja pri treh trditvah: "Neprijetno bi se mi bilo družiti z osebo z manično epizodo, ker je lahko v svojem vedenju preveč ekstrovertirana." (trditev 1; PV=2,7, SO=0,9), "Osebe z osebnostno (borderline, narcistično, shizoidno ...) motnjo so v glavnem naporene in nepredvidljive." (trditev 5; PV=3,1, SO=1,0) in "Osebe z depresijo ne morejo brez pomoči same vplivati na spremembo svojega počutja." (trditev 6; PV=3,1, SO=1,0). Pri 6. trditvi so bili študenti 1. letnika zelo neenotnega mnenja z SO=1,2. Pri 1. trditvi smo zaznali statistično pomembno razliko v povprečju med študenti 4. in 6. letnika (4. letnik PV=3,0; 6. letnik PV=2,3; razlika v povprečju je 0,7). Razlika v povprečnih vrednostih pa se je pojavila tudi pri 5. trditvi, kjer je bilo odstopanje v povprečju za 0,7 spet pri študentih 4. in 6. letnika (PV 4. letnik 3,4; PV 6. letnik 2,7).

Pri 3. trditvi: "Osebe z depresijo bi morale nehati biti žalostne in se potruditi bolj pozitivno razmišljati." so bili študentje na meji med tem, ali se strinjajo ali so neodločeni s PV 2,4. Pojavila se je tudi neenotnost mnenj z SO študentov vseh letnikov 1,1. Najbolj pritrtilno so se na trditev odzvali študenti 6. letnika s povprečjem 1,8, najbolj odklonilno pa študenti 4. letnika s povprečjem 2,7. Razlika v povprečju med študenti 4. in 6. letnika je bila kar 0,9. Najbolj neenotni so bili glede slednje trditve študenti 4. letnika (SO=1,3) in 3. letnika (SO=1,2).

Najbolj pozitiven odnos študentov vseh letnikov smo zaznali pri trditvah 8 in 9. Pri 8. trditvi: "Osebo z anksioznostjo bi hotel bolje spoznati in se jo truditi razumeti." je bil PV študentov vseh letnikov 3,8, SO pa 1,1, kar znova kaže na razpršenost podatkov. Najbolj neenotnega mnenja so bili pri dani trditvi študenti 1., 2. in 4. letnika (vsi so imeli SO=1,2). Pri 9. trditvi: "Posamezniki z osebnostno motnjo si niso sami krivi, da so takšni, kakršni so." znaša PV študentov vseh letnikov 3,9, SO pa 1,1.

Do 12. trditve so se opredelili samo študenti 6. letnika, saj se trditev nanaša na opravljen predmet Psihatrija: "Po opravljenih obveznostih iz predmeta Psihatrija se je moj pogled na duševne motnje spremenil.". Povprečje je znašalo 3,62, SO pa 1,0. Večina se torej strinja, da se je njihov pogled na duševne bolezni z opravljenim predmetom spremenil (38,5 % jih je odgovorilo, da se s trditvijo strinjajo, 30,8 % pa je neodločenih).

4. RAZPRAVA

Z našo raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšen je odnos študentov medicine do oseb z duševno boleznijo. Zajeli smo študente medicine različnih letnikov, pri katerih smo s pomočjo vprašalnika preverjali, ali med študijem medicine spremenijo svoj odnos do duševnih bolezni. Zanimala nas je tudi prisotnost stigme.

Rezultati raziskave so pokazali, da imajo anketirani študenti na splošno zelo dober odnos in med njimi tudi ni prisotne stigme duševnih bolezni. Naši rezultati se skladajo z ugotovitvami nekaterih drugih raziskav, kjer ugotavljajo na splošno dober odnos študentov do oseb z duševno boleznijo, ki se po opravljanju predmeta psihiatričnega področja – izobraževanje in klinična praksa – še izboljša (39, 40, 43), kar je potrdila tudi raziskava, narejena v Kitajski (44).

Rezultate naše raziskave smo razdelili na štiri dele. V prvem delu smo s trditvami CAMI-lestvice ugotavljali splošen odnos do oseb z duševnimi boleznimi, v drugem smo s trditvami CAMI-lestvice ugotavljali prisotnost stigme duševnih bolezni, v tretjem smo ugotavljali poznavanje in stališča do specifičnih duševnih bolezni ter v četrtem prisotnost stigme specifičnih duševnih bolezni, mnenje o primernosti oseb z duševno boleznijo in sposobnosti opravljanja zdravniškega poklica ter vpliv opravljanja predmeta Psihatrija na odnos do duševnih bolezni.

4.1. ODNOS DO OSEB Z DUŠEVNIMI BOLEZNIMI

Raziskovali smo splošen odnos do oseb z duševnimi boleznimi. To smo razdelili na štiri dimenzije oz. sklope glede na specifične dejavnike: avtoritarnost, dobrohotnost, družbena omejenost in ideologija duševnega zdravja v skupnosti.

4.1.1. AVTORITARNOST

V tem sklopu trditev smo ugotavljali, ali imajo anketirani študenti manjvreden odnos do oseb z duševno boleznijo in ali do njih zahtevajo prisilno ravnanje. Rezultati so pokazali, da se anketiranim študentom osebe z duševno boleznijo ne zdijo manjvredne in jih ni potrebno nemudoma hospitalizirati. Ugotovljen je bil zelo pozitiven odnos, brez prisotnosti pokroviteljstva, pri čemer bi anketiranci zagovarjali mnenje, da je potrebno z osebami z duševno boleznijo ravnati kot z otrokom.

Pomembno je, da ovržemo zmotno prepričanje, da so osebe z duševno boleznijo manjvredne, saj je duševna bolezen neselektivna – prizadene lahko kogarkoli, ne glede na

starost, spol, geografsko lokacijo, dohodek, socialni status, raso/etnično pripadnost, religijo/spiritualnost, spolno usmerjenost ali kulturno ozadje (45).

Glede na rezultat raziskave lahko potrdimo tudi pozitivno ocenjeno prepričanje bodočih zdravnikov, da vsake osebe z duševno boleznijo ni potrebno hospitalizirati, saj bi v prihodnje radi čim več bolnikov z duševno boleznijo zdravili izven bolnišnic. Pilotska raziskava s Psihiatrične klinike v Ljubljani je pokazala, da bolniki, vključeni v psihiatrično skupnostno obravnavo, višje ocenjujejo kakovost oz. zadovoljstvo s svojim življenjem na skoraj vseh področjih. Bolniki, vključeni v skupnostno obravnavo, funkcionirajo bolje na vseh področjih, čeprav psihopatološka simptomatika enako vztraja na enakem nivoju kot pri hospitaliziranih (46).

Zanimivo je, da so bili študenti vseh letnikov precej neodločeni glede trditve, ali je duševna bolezen enaka kot vse druge bolezni. Rezultati kažejo, da se anketiranim študentom duševne bolezni ne zdijo popolnoma enakovredne telesnim boleznim. V prihodnje si želimo na področju problematike duševnih bolezni izenačiti pozornost, ki so jo deležne telesne bolezni. Želimo si izpostaviti pomembnost duševnega zdravja kot takega in kot sestavnega dela pri ohranjanju dobrega telesnega zdravja, saj je med njima dvosmerna povezava. Znana je stara modrost, da ni splošnega zdravja brez psihičnega zdravja, novejša dognanja pa kažejo, da sta dobro telesno počutje in aerobna vadba nujno potrebna za duševno zdravje (47). Rezultati študije so pokazali, da ima duševno zdravje direkten in indirekten vpliv na fizično zdravje ter obratno. V sklopu duševnega zdravja imajo velik vpliv na telesno zdravje predvsem življenjske odločitve in socialne interakcije. S telesnim zdravjem pa duševno zdravje ohranjamo in krepimo predvsem s telesno aktivnostjo ter odsotnostjo fizičnih simptomov (48). Telesna aktivnost je povezana tako z zmanjšanjem števila simptomov duševnih bolezni kot tudi s pojavnostjo duševnih bolezni in izboljšanim duševnim zdravjem (49). V drugi študiji je bilo tudi ugotovljeno, da je prisotno večje tveganje za pojav duševne bolezni (najpogosteje depresije ali anksiozne motnje) pri osebi, ki ima telesne simptome, ne glede na to, ali so ti nepojasnjeni, posledica kronične telesne bolezni ali kombinacija obeh; pri čemer slednja predstavlja največje tveganje. Poleg tega tveganje narašča z večanjem števila telesnih simptomov (50).

4.1.2. DOBROHOTNOST

V tem sklopu smo ugotavljali, v kolikšni meri so anketiranci razumevajoči in sočutni do oseb z duševno boleznijo. Ugotovili smo, da na splošno študentje medicine menijo, da bi morali bolnikom z duševnimi boleznimi posvečati več pozornosti in jim dati na voljo več storitev,

saj so bili predolgo zatirani in obsojani s strani družbe. Anketiranci menijo, da moramo osebam z duševno boleznijo nuditi najboljšo oskrbo in da so bile osebe z duševnimi boleznimi predolgo tarča posmeha. To kaže predvsem, da se tudi bodoči zdravniki zavedajo problematike stigme, povezane z duševnimi boleznimi, in se najverjetneje zavzemajo za spremembe na tem področju v prihodnosti. Čeprav je odnos naših študentov medicine do duševnih bolezni spodbuden, to še ne odraža dejanske slike celotne družbe. Švedska študija je ugotovila, da se odnos do duševnih bolezni od leta 1976 do leta 2014 ni bistveno spremenil. V letu 2014 je skoraj četrtnina populacije še vedno menila, da ljudje z duševnimi boleznimi storijo več nasilnih dejanj kot ostali. Ugotovili so tudi, da imajo ljudje z nižjo stopnjo izobrazbe bolj negativne poglede na duševne bolezni kot ljudje z višjo stopnjo izobrazbe. Mlajši anketiranci so imeli bolj pozitiven odnos kot starejše starostne skupine. Psihoterapija je bila in je še vedno zelo cenjena, farmakološko zdravljenje pa manj (51).

Ugotavljali smo precejšnjo neopredeljenost pri trditvi, ali so naše psihiatrične bolnišnice podobne ječam. Vzrok za to bi lahko bil ta, da večina študentov nižjih letnikov še ni imela priložnosti vpogleda v zdravljenje v psihiatrični bolnišnici, in tako lahko njihova podoba tega zdravljenja izvira iz predsodkov, stigme in stereotipov. Glede na omenjeno trditev so pozitivnejši odnos do psihiatričnega zdravljenja pokazali študenti 5. in 6. letnika, ki so že opravljali klinične vaje na psihiatričnem oddelku.

Razlogi za stigmatizacijo psihiatričnega zdravljenja so številni. Kot poudarjata Strbad in Švab, je poleg neznanja in nepoučenosti eden izmed razlogov za to tudi obravnava duševnih bolnikov v preteklosti (22). Nekoč so namreč duševne bolezni razlagali kot obsedenost s hudičem. V sredini 19. stoletja so postale psihiatrične bolnišnice humanizirane, bolniki pa manj fizično omejeni. Preden se je psihiatrija razvila kot medicinska disciplina, je bilo hospitaliziranje posameznikov z duševnimi boleznimi bolj socialno stigmatizirajoče kot terapevtsko dejanje (52). Z evolucijo legitimizacije psihiatričnega zdravljenja se je le-to izkazalo kot nepogrešljivo, saj preprečuje samomore in pomaga posameznikom v krizi. Mestoma ostaja psihiatrična hospitalizacija še vedno sporna tema. Ker so študenti starejših letnikov izrazili pozitivnejši odnos do duševnih bolezni, lahko sklepamo, da klinična praksa in soočenje s psihiatričnimi bolniki najverjetneje spremenita pogled študentov iz sorazmerno negativne podobe s predsodki v bolj pozitiven in razumevajoč odnos, kar je zelo spodbudno. To dokazujejo tudi tuje raziskave (53, 54), ki ugotavljajo, da imajo klinične vaje pozitiven vpliv na odnos študentov medicine do psihiatrije in duševnih bolezni.

4.1.3. DRUŽBENA OMEJENOST

V tem sklopu smo ugotavljali, ali po mnenju študentov osebe z duševno boleznijo predstavljajo grožnjo družbi in se jim je treba izogniti. Ugotovili smo, da imajo pozitivno mnenje o osebah z duševno boleznijo, in sicer, da družbi ne predstavljajo grožnje in se jim ni potrebno izogibati. Menili so celo, da jih je potrebno bolj vključevati v skupnost in jih sprejemati v medsebojne odnose.

Literatura navaja, da bi morali pozitivno mnenje razširiti na splošno populacijo, saj se osebam z duševno boleznijo godi krivica zaradi zmotnega prepričanja, da so pogosto nasilne. Pregled literature kaže, da ustrezno zdravljene osebe z duševno boleznijo ne predstavljajo večjega tveganja za nasilje kot splošna populacija. Nasilno vedenje je lahko pogosteje prisotno pri bolnikih, ki imajo diagnosticirano osebnostno motnjo, v soodvisnosti z zlorabo drog (55). V naši družbi je duševna bolezen kot dejavnik nasilja prevečkrat poudarjena, kar potencira že obstoječo stigmo duševnih bolezni. Večja družbena sprejemljivost oseb z duševno boleznijo je povezovana z manj verbalnega nasilja, nasilja proti objektom, nasilja proti sebi in fizičnega nasilja do drugih (56). Znano je, da prisotnost duševne bolezni lahko oteži ohranjanje dobrih medsebojnih odnosov, kar lahko posledično poslabša sam potek bolezni, saj slabi medsebojni odnosi posameznikom povzročajo stisko (še posebej pri osebah z odvisnostno, borderline in izogibajočo osebnostno motnjo, pri osebah s panično motnjo, posttravmatsko stresno motnjo, depresijo in socialno fobijo) (57).

Rezultati naše raziskave so pokazali, da si osebe z duševno boleznijo zaslužijo spoštovanje njihovih osebnih pravic. Večina anketirancev pa je bila neodločena, ali bi osebi z duševno boleznijo zaupali pri varovanju otrok. To bi lahko bila posledica mnenja, da tovrsten poklic predstavlja preveliko odgovornost za takšne osebe. Anketirance tako skrbi za varnost otrok v smislu, da takšne osebe ne bi zmoгле dovolj dobro skrbeti za otroka ali pa bi celo lahko bil izpostavljen nasilju. Po našem vedenju še ni ustrezne literature za to področje, zato bi to lahko bila tema, ki bi jo bilo v prihodnje smiselno raziskati.

4.1.4. IDEOLOGIJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA V SKUPNOSTI

V tem sklopu smo ugotavljali, kakšen je odnos anketirancev do pomena terapij za osebe z duševno boleznijo in kakšno je njihovo sprejemanje oskrbe teh oseb izven institucij. Naši rezultati so pokazali, da anketiranci večinsko menijo, da bi morali biti duševni bolniki vključeni v skupnost in da bi morali storitve za bolnike z duševnimi boleznimi zagotavljati v ustanovah, ki so del skupnosti.

V preteklosti je bila psihiatrična hospitalizacija povezana s stigmo duševnih bolezni, zato so bili duševni bolniki dalj časa zadržani v bolnišnicah izven skupnosti. Veljalo je prepričanje,

da naj zdravljenje poteka v teh ustanovah večino časa, ob tem da zdravljenje ni bilo učinkovito. Svetovna organizacija za duševno zdravje je spodbudila oblikovanje javnozdravstvenih politik po vsem svetu, da bi zmanjšala število psihiatričnih postelj in jih nadomestila z ustanovami, kjer bi se bolniki zdravili v skupnosti (58). Brazilska raziskava je izpostavila, da ostajajo izziv takšnega zdravljenja predvsem bolniki s hujšimi in dolgotrajnimi duševnimi boleznimi, ki so odvisni od splošnih programov ter socialnega varstva in integriranih storitev (59).

Rezultati so po drugi strani pokazali na neopredeljenost anketirancev pri vprašanju, ali pri zdravljenju v skupnosti bolniki z duševnimi boleznimi ogrožajo druge sostanovalce. Predvidevali smo, da študentje na začetku študija nimajo dovolj kliničnih izkušenj in znanja s tega področja ter da pri njih prevlada privzgojen strah pred duševnimi bolniki. Kot smo v prejšnjem delu ob raziskovanju stigme že omenili, v javnem dojemanju ostajajo duševne bolezni in nasilje tesno prepleteni, velik del stigme, povezane z duševno boleznijo, pa je posledica nagnjenosti k povezavi duševne bolezni s pojmom nevarnosti. To dojemanje še povečujejo mediji s pretirano senzacionalnostjo nasilnih zločinov, ki jih storijo osebe z duševno boleznijo, zlasti množičnih streljanj. Osredotočajo se predvsem na duševne bolezni, pri čemer pa ne upoštevajo dejstva, da veliko večino nasilja v družbi povzročajo ljudje brez duševnih bolezni (60).

4.2. STIGMA

V tem sklopu smo želeli ugotoviti, v kolikšni meri je med anketiranimi študenti prisotna stigma duševnih bolezni, ter preveriti prisotnost diskriminatornih prepričanj o osebah z duševno boleznijo in socialno distanco anketirancev do njih.

Rezultati so pokazali zelo nizko prisotnost stigme in zelo pozitiven odnos do oseb z duševno boleznijo pri študentih vseh letnikov medicine pri večini trditev. Povsem se strinjajo, da duševne bolezni niso nalezljive, za njihovo pojavnost ni selektivnega tveganja, so enako pomembne kot telesne bolezni in niso sramotne. Pri raziskavi študentov, pri katerih so preverjali disfunkcionalno prepričanje, da je duševna bolezen nalezljiva, se je strah, da se bodo našli duševne bolezni, zmanjšal po opravljenem tečaju patološke psihologije, saj je ta imel ugoden učinek na njihovo dojemanje samega sebe (61). Pomembno čustvo je tudi sram, saj je ta zaradi stigme še posebej prisoten v družinah, kjer ima bližnji sorodnik zdravstvene težave zaradi alkohola, drog ali duševnih bolezni (62).

Naši rezultati kažejo, da se študentje vseh letnikov nekoliko bojijo oseb z duševno boleznijo zaradi potenciala nasilnosti. Tega pa ni mogoče zaslediti v literaturi, saj glede na pregled

le-te pri osebah z duševno boleznijo nasilje ni pogostejše in ne povzročajo večjega števila kaznivih dejanj kot splošna populacija (55, 63). Vzrok za takšno zmotno predstavo anketirancev so lahko tudi mediji, saj ti še bolj izpostavljajo kazniva dejanja, kadar je storilec oseba z duševno boleznijo – zaradi večje pozornosti in zanimanja. Škodljivo je tudi, da v splošnem prepričanju mnogi simptomi in načini vedenja oseb z duševno boleznijo veljajo za antisocialne in zločinske, saj lahko to posledično vodi v napačno dojetje vzročnih zvez med duševno boleznijo in zločinstvom (63). Določene duševne bolezni so lahko povezane z večjim tveganjem za kaznivo dejanje, če osebe z duševno boleznijo, bolj nagnjene k nasilju, ne prejema ustrezne zdraviljenja, aktivno doživljajo blodnje ali imajo že dolgotrajno paranojo. Ob tem tveganje za kaznivo dejanje povečajo tudi zloraba psihoaktivnih snovi, brezposelnost, brezdomstvo in sekundarni učinki duševne bolezni, npr. kognitivne okvare. Vseeno se ti primeri kaznivih dejanj pojavljajo v manjšem deležu kot nesmiselna nasilna dejanja, ki jih zagrešijo zločinci, delujoči iz zgolj kriminalne namere. Pomemben dejavnik dvoumne povezave med duševnimi boleznimi in zločinstvom je lahko nepravilno označevanje zločincev kot posameznikov z duševno boleznijo, saj družba na splošno gleda na težave z vedenjem kot na simptom psihiatrične bolezni (63).

4.3. POZNAVANJE IN STALIŠČA DO SPECIFIČNIH DUŠEVNIH BOLEZNI

4.3.1. POZNAVANJE DUŠEVNIH BOLEZNI

Preverjali smo, koliko študentov se je v kliničnem okolju že srečalo z duševno boleznijo in kako poznajo duševne bolezni. Ugotovili smo, da predvsem študenti petih in šestih letnikov, ki so že opravili predmet Psihatrija in izvedli klinične vaje, bolje poznajo specifične in predvsem težje duševne bolezni, kot so psihotična motnja in osebnostne motnje. Večina študentov vseh letnikov pozna depresivno in anksiozno motnjo. Ti dve duševni bolezni sta v primerjavi z ostalimi duševnimi boleznimi tudi najbolj poznani laični populaciji in največkrat tematika razprav o duševnem zdravju, medtem ko so ostale širši javnosti manj poznane.

4.3.2. STALIŠČA DO DUŠEVNIH BOLEZNI

V tem sklopu smo ugotavljali, kakšno stališče imajo anketirani študenti do specifičnih duševnih bolezni, kot so razpoloženske motnje, psihotične motnje, anksiozne motnje in osebnostne motnje. Rezultati kažejo, da približno polovica študentov iz letnikov, v katerih še niso opravljali predmeta Psihatrija, meni, da so psihotične in razpoloženske motnje težje, anksiozne motnje pa lažje. To mnenje deli tudi podoben odstotek anketirancev vseh letnikov. Sklepamo lahko, da imajo študentje dobro predstavo, saj raziskave kažejo, da med težke duševne bolezni, ki povzročajo resne funkcionalne okvare, spadajo shizofrenija in

shizoafektivna motnja ter bipolarna motnja in depresija s psihotičnimi lastnostmi. Poleg naštetih motenj včasih v kategorijo težkih duševnih bolezni prištevamo tudi osebnostne motnje in odvisnosti od psihoaktivnih snovi (64). Znano je tudi, da bolniki z anksiozno motnjo redkeje potrebujejo hospitalizacijo (65), so pa po drugi strani lahko funkcionalno ohromljeni na daljši rok (66).

Velik del vseh anketirancev se je težko opredelil, ali so vse duševne bolezni enako težavne. Vzrok za to bi lahko bilo pomanjkanje znanja o specifičnih duševnih boleznih in posledično neodločnost glede ocene njihove težavnosti predvsem pri 1.–4. letniku.

Zanimiv je bil tudi podatek, da je malo manj kot desetina anketiranih študentov prepričanih, da osebnostne motnje niso duševne bolezni. Poleg pomanjkanja znanja o duševnih boleznih bi lahko bil razlog za to tudi to, da se diagnoza osebnostnih motenj v ameriški klasifikaciji DSM-5 (6) nahaja na drugem nivoju diagnoz. Poleg tega pa se diagnoza osebnostnih motenj postavlja vse pogosteje in posledično nekatere diagnoze odstranjujejo iz klasifikacij (npr. narcistična osebnostna motnja).

4.4. STIGMA SPECIFIČNIH DUŠEVNIH BOLEZNI

V tem sklopu nas je zanimal odnos do specifičnih duševnih bolezni ter do katerih izmed njih imajo anketiranci največ predsodkov in nerazumevanja ter do katerih manj. Ugotavljali smo neenotna mnenja pri trditvah, da so osebe z osebnostno motnjo naporene in nepredvidljive. Sklepamo lahko, da so osebnostne motnje dokaj zapletene in nerazumljene ter manj poznane. To potrjujejo tudi raziskave, saj ljudje z osebnostno motnjo velikokrat niso deležni ustreznega telesnega zdravljenja zaradi svoje vedenjske težavnosti (67). V literaturi je največ raziskanega za borderline osebnostno motnjo, za katero so značilni patološki medosebni in vedenjski simptomi, ki vplivajo na slabši odnos s svojim zdravnikom. Medicinsko osebje kaže več predsodkov in bolj odklonilen odnos do tega tipa osebnostne motnje kot do preostalih duševnih bolezni (68). Zaradi tega bi se morali v prihodnje truditi za destigmatizacijo osebnostnih motenj in tako izboljšati zdravstveno oskrbo kot tudi psihiatrično zdravljenje tovrstnih bolnikov.

Na podlagi naših rezultatov smo ugotavljali, da se študenti niso znali opredeliti, ali imajo osebe z depresijo vpliv na spremembo svojega razpoloženja. Sklepamo lahko, da problematika razpoloženjskih motenj ni zadostno razumljena. Znano je namreč, da v določenih primerih ljudje z depresijo nimajo direktnega vpliva na svojo bolezen in počutje, zato je pri njih potrebno uvesti psihoterapevtsko ali farmakološko zdravljenje (6). Depresija lahko vpliva na vse vidike posameznikovega življenja preko sprememb medsebojnih odnosov,

socialnega življenja, poklicne kariere in občutka lastne vrednosti. Zmotno je družbeno prepričanje, da je depresija nekaj, kar lahko preboliš sam. Depresija se postavlja ob bok drugim telesnim boleznim in brez zdravljenja ne izgine sama od sebe (69).

Na podlagi rezultatov lahko sklepamo na pozitiven odnos anketirancev do duševnih bolnikov, saj bi želeli bolje spoznati osebo z anksiozno motnjo in bi se jo trudili razumeti. Večinsko mnenje anketirancev je bilo, da osebe z osebnostno motnjo niso same krive, da so takšne, kakršne so. Anksiozna motnja velja za eno izmed lažjih duševnih bolezni, zato imajo verjetno ljudje do nje manj predsodkov. Pozitiven odnos do vzroka za osebnostne motnje je spodbudna ugotovitev, kar potrjuje tudi biološko ozadje z genetsko podlago in specifičnimi anatomskimi značilnostmi možganov pri posameznikih z osebnostnimi motnjami tipa B, kot so na primer abnormalnosti v superiornem frontalnem korteksu in amigdali ter povečanem volumnu stratum (70).

Iz rezultatov lahko povzamemo, da je bilo večje razumevanje izraženo do lažjih duševnih bolezni, kot je na primer anksiozna motnja, in nekoliko manjše do težjih duševnih bolezni, kot so shizofrenija in osebnostne motnje. Čeprav je stigma univerzalna, ostaja vprašanje, ali so narava in posledice stigme podobne pri vseh duševnih boleznih. Zaenkrat je težko podati končen odgovor, saj je premalo študij preučilo to vprašanje, a dejstvo je, da se stigma razlikuje glede na diagnozo. Na splošno je stigma povezana z boleznijo, ki se kaže v vedenjskih motnjah in socialno nenavadnem obnašanju (71). Raziskava pri študentih je pokazala, da je stigmatizacija večja pri diagnozi shizofrenija v primerjavi z depresijo. Avtorji raziskave so poudarjali, da so na prepričanje o duševni bolezni vplivale tudi družbene norme. Glede na zaznane družbene norme, je treba oblikovati primerna sporočila, ki lahko pomagajo zmanjšati stigmatizacijo duševnih bolezni (72).

Ob preverjanju mnenja anketirancev, ali je posameznik z duševno boleznijo lahko tudi zdravnik, smo dobili nasprotujoče si odgovore. Iz tega lahko sklepamo, da je še vedno prisotna določena stigma duševnih bolezni. Na drugi strani je prisotno mišljenje, da morajo biti zdravniki brez kakršnih koli napak, ob čemer se pozablja, da so tudi zdravniki le ljudje s številnimi težavami, o katerih pa zaradi narave svojega poklica in stremljenja k profesionalnosti velikokrat ne spregovorijo ali se morda bojijo zavrnitve s strani kolegov. Študija ugotavlja, da so zdravniki opisovali elemente kulture nerealnih pričakovanj do sebe in drugih, sloneč na tem, da morajo vedeti vse o vsem in ne smejo delati napak. Veliko zdravnikov je poročalo tudi o pomanjkanju čustvene varnosti na delovnem mestu in minimiziranju znakov težav z duševnim zdravjem (73). Indijska raziskava je opisovala, da občutno velik delež zdravnikov doživlja stres, depresijo in izgorelost, kar je povezano z

dolgim delovnim časom in interakcijami, tako z bolniki kot kolegi (74). Prav zaradi tovrstnih ugotovitev bi bilo smiselno v prihodnje nameniti večjo pozornost duševnemu zdravju zdravnikov in poskrbeti za varno okolje, v katerem lahko zdravniki svoje duševne težave brez strahu izrazijo in so zanje tudi ustrezno zdravljeni. Stabilno psihično stanje medicinskega osebja namreč vodi v boljše medosebne odnose in tudi boljše odnose z bolniki ter posledično v boljše izide zdravljenja.

Zanimal nas je tudi odnos študentov medicine šestega letnika z vidika eventualnih sprememb po tem, ko opravijo klinične vaje in izpit iz predmeta Psihatrija v petem letniku. Večina se sicer strinja s tem, da se je njihov odnos spremenil, vendar se pri dotični trditvi znaten del študentov šestih letnikov ni znal konkretno opredeliti. Meta-analiza je pokazala močan učinek kliničnega izobraževanja psihiatrije na stigmo duševnih bolezni. Poudarili so vlogo predmeta psihiatrije kot ključnega sestavnega dela učnega načrta za izkustveno učenje in kot nujno sredstvo za boj proti stigmati (39). V drugi raziskavi so raziskovali vpliv 8-tedenske psihiatrične klinične prakse na odnos študentov do psihiatrije in stigme duševnih bolezni. Ugotovili so, da se stigmatizirajoči pogledi na duševne bolezni po izobraževanju znatno zmanjšajo, vendar je povprečna ocena pri nadaljnjem spremljanju ostala blizu nevtralne vrednosti, saj so med prakso pogledi na nekaterih področjih postali celo bolj negativni (24).

4.5. OMEJITVE RAZISKAVE IN ZAKLJUČNI VTISI

Poudariti je treba, da je bila raziskava omejena na zgolj eno fakulteto. Pridobljeni vzorec je naključen in relativno majhen. Odgovori na vprašanja so morda lahko neiskreni. Poleg tega nismo pridobili enakomernega števila anketirancev po letnikih študija.

Na koncu lahko povzamemo, da so študenti vseh letnikov medicine precej poenotnega mnenja in imajo iz različnih zornih kotov zelo pozitiven odnos do oseb z duševnimi boleznimi. Nimajo pokroviteljskega odnosa, temveč so do njih sočutni, jih želijo vključiti v družbo in se zavedajo pozitivne terapevtske vrednosti le-tega. Od vseh študentov imajo najpozitivnejši odnos študenti 6. letnika, ki so že poslušali predavanja in opravili klinične vaje ter tudi opravili izpit pri predmetu Psihatrija, tako da so o duševnih boleznih najboljše poučeni. Anketirani študenti so bili neenotnega mnenja le o tem, ali so duševne bolezni enakovredne telesnim boleznim, iz česar lahko sklepamo, da je na tem področju še potrebno delo in izobraževanje za izboljšanje statusa duševnih bolezni.

LITERATURA

1. WHO. Mental health: strengthening our response 2018 [cited 2020 july]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
2. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association*. 2015;14(2):231-3.
3. Younger DS. Epidemiology of Childhood and Adult Mental Illness. *Neurologic clinics*. 2016;34(4):1023-33.
4. Fogarty F, McCombe G, Brown K, Van Amelsvoort T, Clarke M, Cullen W. Physical health among patients with common mental health disorders in primary care in Europe: a scoping review. *Irish journal of psychological medicine*. 2020:1-17.
5. Svetovna zdravstvena organizacija. Mednarodna kasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. deseta revizija ed. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2005.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual*. 5th ed. Washington, DC: APA Press; 2013.
7. Ellenbroek B, Youn J. Chapter 7 Affective Disorders. *Gene-Environment Interactions in Psychiatry*: Elsevier 2016.
8. Kang HJ, Kim SY, Bae KY, Kim SW, Shin IS, Yoon JS, et al. Comorbidity of depression with physical disorders: research and clinical implications. *Chonnam medical journal*. 2015;51(1):8-18.
9. Harvey A, Soehner A, Buysse D. Chapter 138 Bipolar Disorder *Principles and Practice of Sleep Medicine*: Elsevier 2017.
10. Jamison KR. Suicide and bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 2000;61 Suppl 9:47-51.
11. Haller CS, Padmanabhan JL, Lizano P, Torous J, Keshavan M. Recent advances in understanding schizophrenia. *F1000prime reports*. 2014;6:57.
12. Gelder M, Andreasen N, Lopez-Ibor J. *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Geddes J, editor. Oxford, New York: Oxford University Press; 2009.
13. Vahabzadeh A, Gillespie C, Ressler K. Chapter 37 - Fear-Related Anxiety Disorders and Post-Traumatic Stress Disorder. *Neurobiology of Brain Disorders*: Elsevier 2015.
14. Newman M, Cho S, Kim H. Worry and Generalized Anxiety Disorder: A Review. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology* Elsevier 2017.
15. Magee L. Traumatic Injuries and Body Image. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*: Elsevier 2012.
16. Van Voorhis P, Salisbury E. Chapter 6 Diagnosis and Assessment of Criminal Offenders. *Correctional Counseling and Rehabilitation*: Elsevier 2014.
17. Skodol AE. Personality disorders: a burden in the community, neglected in the clinic? *The Journal of clinical psychiatry*. 2015;76(11):e1482-4.
18. Ashton M. Chapter 8 Personality Disorders *Individual Differences and Personality*: Elsevier; 2018.
19. Shulman R. Chapter 18 The Psychiatric Approach to Headache. *Headache and Migraine Biology and Management* Elsevier 2015.

20. Subramaniam M, Abdin E, Picco L, Pang S, Shafie S, Vaingankar JA, et al. Stigma towards people with mental disorders and its components - a perspective from multi-ethnic Singapore. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2017;26(4):371-82.
21. Nyblade L, Stockton MA, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Lean RM, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC medicine*. 2019;17(1):25.
22. Strbad M, Švab V. Stigmatizacija in psihiatrija. *Medicinski razgledi*. 2005;44:147-54.
23. Kuklec V. Stigmatizacija pacientov z različnimi diagnozami s strani zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N*. 2010;44(3):195-201.
24. Lyons Z, Janca A. Impact of a psychiatry clerkship on stigma, attitudes towards psychiatry, and psychiatry as a career choice. *BMC medical education*. 2015;15:34.
25. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association*. 2002;1(1):16-20.
26. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare management forum*. 2017;30(2):111-6.
27. Ahmedani BK. Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *Journal of social work values and ethics*. 2011;8(2):41-416.
28. Rossler W. The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices. *EMBO reports*. 2016;17(9):1250-3.
29. Liggins J, Hatcher S. Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. *General hospital psychiatry*. 2005;27(5):359-64.
30. Walker I, Read J. The differential effectiveness of psychosocial and biogenetic causal explanations in reducing negative attitudes toward "mental illness". *Psychiatry*. 2002;65(4):313-25.
31. Mannarini S, Rossi A. Assessing Mental Illness Stigma: A Complex Issue. *Frontiers in psychology*. 2018;9:2722.
32. Švab V. *Obravnava v skupnosti*. Ljubljana: Šent, Slovensko združenje za duševno zdravje; 2015.
33. Švab V. *Duševna bolezen in stigma*. Ljubljana: ŠENT; 2009.
34. Debelak M. *Odnos študentov zdravstvene nege do pacientov z duševno boleznijo: Diplomsko delo: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin*; 2018.
35. Choudhry FR, Mani V, Ming LC, Khan TM. Beliefs and perception about mental health issues: a meta-synthesis. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2016;12:2807-18.
36. Link B, Phelan J, Sullivan G. *Mental and Physical Health Consequences of the Stigma Associated with Mental Illnesses*. The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health: Oxford University Press; 2017.
37. Stuart H. Reducing the stigma of mental illness. *Global mental health*. 2016;3:e17.
38. Epstein LG, Boucher CA, Morrison SH, Connor EM, Oleske JM, Lange JM, et al. Persistent human immunodeficiency virus type 1 antigenemia in children correlates with disease progression. *Pediatrics*. 1988;82(6):919-24.
39. Petkari E, Masedo Gutierrez AI, Xavier M, Moreno Kustner B. The influence of clerkship on students' stigma towards mental illness: a meta-analysis. *Medical education*. 2018;52(7):694-704.
40. Economou M, Kontoangelos K, Peppou LE, Arvaniti A, Samakouri M, Douzenis A, et al. Medical students' attitudes to mental illnesses and to psychiatry before and after the

psychiatric clerkship: Training in a specialty and a general hospital. *Psychiatry research*. 2017;258:108-15.

41. Hvalič Touzery S, Pivač S, Skela Savič B. Splošno duševno počutje zaposlenih v velikih podjetjih Zgornje Gorenjske in njihov odnos do oseb z duševnimi boleznimi. Medpoklicno in medsektorsko povezovanje za razvoj kakovostne in odzivne zdravstvene obravnave. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo; 2016.
42. Strbad M, Švab I, Zalar B, Švab V. Stigma duševne bolezni. Primerjava stališč bolnika in študentov v Sloveniji. *Zdravstveni Vestnik*. 2008;77(8):481-5.
43. Janouskova M, Weissova A, Formanek T, Pasz J, Bankovska Motlova L. Mental illness stigma among medical students and teachers. *The International journal of social psychiatry*. 2017;63(8):744-51.
44. Shen Y, Dong H, Fan X, Zhang Z, Li L, Lv H, et al. What can the medical education do for eliminating stigma and discrimination associated with mental illness among future doctors? effect of clerkship training on chinese students' attitudes. *International journal of psychiatry in medicine*. 2014;47(3):241-54.
45. Parekh R. What Is Mental Illness? : American Psychiatric Association; 2018. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>.
46. Agius M, Bulic Vidnjevic I, Jeric A, Furlan M, Zajdela B, Svab V. The development of community treatment in Slovenia - first outcomes. *Psychiatria Danubina*. 2009;21 Suppl 1:78-80.
47. Logan AC, Jacka FN. Nutritional psychiatry research: an emerging discipline and its intersection with global urbanization, environmental challenges and the evolutionary mismatch. *Journal of physiological anthropology*. 2014;33:22.
48. Ohrnberger J, Fichera E, Sutton M. The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Social science & medicine*. 2017;195:42-9.
49. Bernard P, Dore I, Romain AJ, Hains-Monfette G, Kingsbury C, Sabiston C. Dose response association of objective physical activity with mental health in a representative national sample of adults: A cross-sectional study. *PloS one*. 2018;13(10):e0204682.
50. van Eck van der Sluijs JF, Ten Have M, Rijnders CA, van Marwijk HW, de Graaf R, van der Feltz-Cornelis CM. Mental health care use in medically unexplained and explained physical symptoms: findings from a general population study. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2016;12:2063-72.
51. Mirnezami HF, Jacobsson L, Edin-Liljegren A. Changes in attitudes towards mental disorders and psychiatric treatment 1976-2014 in a Swedish population. *Nordic journal of psychiatry*. 2016;70(1):38-44.
52. Loch AA. Discharged from a mental health admission ward: is it safe to go home? A review on the negative outcomes of psychiatric hospitalization. *Psychology research and behavior management*. 2014;7:137-45.
53. Lyons Z. Impact of the psychiatry clerkship on medical student attitudes towards psychiatry and to psychiatry as a career. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*. 2014;38(1):35-42.
54. De Witt C, Smit I, Jordaan E, Koen L, Niehaus DJH, Botha U. The impact of a psychiatry clinical rotation on the attitude of South African final year medical students towards mental illness. *BMC medical education*. 2019;19(1):114.
55. Rueve ME, Welton RS. Violence and mental illness. *Psychiatry*. 2008;5(5):34-48.

56. Barlati S, Stefana A, Bartoli F, Bianconi G, Bulgari V, Candini V, et al. Violence risk and mental disorders (VIORMED-2): A prospective multicenter study in Italy. *PloS one*. 2019;14(4):e0214924.
57. Girard JM, Wright AGC, Beeney JE, Lazarus SA, Scott LN, Stepp SD, et al. Interpersonal problems across levels of the psychopathology hierarchy. *Comprehensive psychiatry*. 2017;79:53-69.
58. Loch AA. Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: Sao Paulo public mental health system. *Revista brasileira de psiquiatria*. 2012;34(2):185-92.
59. Mechanic D. Mental health services then and now. *Health affairs*. 2007;26(6):1548-50.
60. Varshney M, Mahapatra A, Krishnan V, Gupta R, Deb KS. Violence and mental illness: what is the true story? *Journal of epidemiology and community health*. 2016;70(3):223-5.
61. Commons D, Greenwood KM, Anderson RA. A Preliminary Investigation into Worry about Mental Health: Development of the Mental Health Anxiety Inventory. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2016;44(3):347-60.
62. Ahmedani BK, Kubiak SP, Kessler RC, de Graaf R, Alonso J, Bruffaerts R, et al. Embarrassment when illness strikes a close relative: a World Mental Health Survey Consortium Multi-Site Study. *Psychological medicine*. 2013;43(10):2191-202.
63. Ghiasi N, Azhar Y, Singh J. Psychiatric Illness And Criminality. *StatPearls*. Treasure Island (FL)2020.
64. Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC, Ojajarvi A, Corbiere M, Anema JR. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2017;9:CD011867.
65. Remes O, Wainwright N, Surtees P, Lafortune L, Khaw KT, Brayne C. Generalised anxiety disorder and hospital admissions: findings from a large, population cohort study. *BMJ open*. 2018;8(10):e018539.
66. Loukine L, O'Donnell S, Goldner EM, McRae L, Allen H. Health status, activity limitations, work-related restrictions and level of disability among Canadians with mood and/or anxiety disorders. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada : research, policy and practice*. 2016;36(12):289-301.
67. Ekselius L. Personality disorder: a disease in disguise. *Upsala journal of medical sciences*. 2018;123(4):194-204.
68. Sansone RA, Sansone LA. Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innovations in clinical neuroscience*. 2013;10(5-6):39-43.
69. Behere PB, Kumar K, Behere AP. Depression: Why to talk? *The Indian journal of medical research*. 2017;145(4):411-3.
70. Perugula ML, Narang PD, Lippmann SB. The Biological Basis to Personality Disorders. The primary care companion for CNS disorders. 2017;19(2).
71. Shrivastava A, Johnston M, Bureau Y. Stigma of Mental Illness-1: Clinical reflections. *Mens sana monographs*. 2012;10(1):70-84.
72. Norman RM, Windell D, Manchanda R. Examining differences in the stigma of depression and schizophrenia. *The International journal of social psychiatry*. 2012;58(1):69-78.
73. Stanton J, Randal P. Doctors accessing mental-health services: an exploratory study. *BMJ open*. 2011;1(1):e000017.

74. Grover S, Sahoo S, Bhalla A, Avasthi A. Psychological problems and burnout among medical professionals of a tertiary care hospital of North India: A cross-sectional study. *Indian journal of psychiatry*. 2018;60(2):175-88.

ZAHVALA

Posebna zahvala gre najini mentorici izred. prof. dr. Hojki Gregorič Kumperščak, dr. med., in somentorici asist. dr. Anji Plemenitaš Ilješ, dr. med. Zahvaljujema se za Vajin čas, vse nasvete, popravke in usmeritve, potrpežljivost in podporo pri pisanju najine raziskovalne naloge. Bilo nama je v veliko veselje sodelovati z Vama.

Zahvaljujema se tudi statistiku g. Alojzu Tapajnerju za pomoč pri statistični obdelavi podatkov in nasvete pri interpretaciji rezultatov. Prav tako se zahvaljujema g. Mateju Jazbinšku za lektoriranje najine raziskovalne naloge.

Zahvaljujema se tudi svojim družinama za vse spodbudne besede in podporo pri pisanju.

DODATKI

Tabela 1: Opis vzorca (n=200)

		n	%
SPOL	Ženski	152	76,0
	Moški	48	24,0
LETNIK ŠTUDIJA	7. letnik	15	7,5
	8. letnik	47	23,5
	9. letnik	41	20,5
	10. letnik	47	23,5
	11. letnik	24	12,0
	12. letnik	26	13,0

LEGENDA: n: velikost vzorca.

Tabela 2: Splošen odnos do oseb z duševnimi boleznimi (CAMI lestvica) - trditve

1.

AVTORITARNOST

Eden od glavnih razlogov za duševno bolezen je pomanjkanje samodiscipline in volje.

2.
Najboljši način za obravnavo oseb z duševnimi boleznimi je zdravljenje na zaprtem oddelku.

3.
Na osebah z duševnimi boleznimi je nekaj posebnega, zaradi česar se jih z lahkoto loči od normalnih ljudi.

4.
Tako, ko nekdo pokaže znake duševne bolezni, bi moral biti hospitaliziran.

5.
Osebe z duševnimi boleznimi potrebujejo enak nadzor in disciplino kot majhni otroci.

6.
Duševna bolezen je kot vse druge bolezni.

7.
Osebe z duševnimi boleznimi ne bi smele biti družbeni izobčenci.

8.
Varovanje javnosti pred osebami z duševnimi boleznimi bi moralo biti manj poudarjeno.

9.
Psihiatrične bolnišnice so zastarel način za zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi.

10.
Skoraj vsak lahko zboli za duševno boleznijo.

11.

DOBROHOTNOST

Osebe z duševno boleznijo so bile predolgo tarča posmeha.

12.

Država bi morala nameniti več sredstev za oskrbo in zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi.

13.

Kot družba bi morali biti veliko bolj tolerantni do oseb z duševnimi boleznimi.

14.

Naše psihiatrične bolnišnice so bolj podobne ječam kot kraju, kjer se osebe z duševnimi boleznimi zdravijo.

15.

Naša odgovornost je, da nudimo najboljšo oskrbo osebam z duševnimi boleznimi.

16.

Osebe z duševno boleznijo si ne zaslužijo našega sočutja.

17.

Osebe z duševnimi boleznimi predstavljajo breme za našo družbo.

18.

Povečanje sredstev za zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi pomeni trošenje davkoplačevalskega denarja.

19.

Za osebe z duševnimi boleznimi je že na voljo dovolj storitev.
20. Najbolje se je izogibati osebam z duševnimi težavami.
21. <u>DRUŽBENA OMEJENOST</u> Osebe z duševnimi boleznimi ne bi smele imeti nobene odgovornosti.
22. Osebe z duševnimi boleznimi bi morale biti ločene od ostale skupnosti.
23. Oseba bi bila neumna, če bi se podala v resno zvezo s partnerjem (osebo), ki je imel duševno bolezen, četudi si je že popolnoma opomogel.
24. Za soseda ne bi hotel imeti nekoga, ki je imel duševno bolezen.
25. Kdor je imel duševno bolezen, ne bi smel biti v državni službi.
26. Osebam z duševnimi boleznimi ne bi smeli krati njihovi osebni pravici.
27.

Osebe z duševnimi boleznimi je potrebno spodbujati, da prevzamejo odgovornosti običajnega življenja.

28.
Nihče nima pravice, da izključi osebe z duševnimi boleznimi iz njihove stanovanjske skupnosti.

29.
Osebe z duševnimi boleznimi predstavljajo veliko manjšo nevarnost, kot misli večina ljudi.

30.
Večina žensk, ki se je nekoč zdravila v psihiatrični bolnišnici, lahko opravlja delo varuške.

31.
IDEOLOGIJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA V SKUPNOSTI

Občani bi morali sprejeti lokacijo ustanov za paciente z duševnimi boleznimi v njihovi soseski, saj te služijo potrebam krajevne skupnosti.

32.
Najboljša terapija za večino oseb z duševnimi boleznimi je, da so vključene v skupnost.

33.
Kolikor je mogoče, bi morali storitve za paciente z duševnimi boleznimi zagotavljati v ustanovah, ki so del skupnosti.

34.
Če oskrbo oseb z duševnimi boleznimi zagotavljamo v stanovanjskih soseskah, s tem ne ogrožamo drugih stanovalcev.

35. Nobenega razloga ni, da bi se stanovalci bali oseb, ki v njihovo sosesko prihajajo zaradi storitev v zvezi z duševnimi boleznimi.
36. V stanovanjskih soseskah ne bi smelo biti ustanov za osebe z duševnimi boleznimi.
37. Prebivalci krajevne skupnosti se upravičeno upirajo temu, da bi zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi omogočili v njihovi skupnosti.
38. Morda je z vidika terapije res koristno, da osebe z duševnimi boleznimi živijo v krajevnih skupnostih, toda to predstavlja preveliko tveganje za stanovalce.

Tabela 2.1.: Splošen odnos do oseb z duševnimi boleznimi (CAMI lestvica) - statistične vrednosti

TRDITVE	1. letnik n=15		2. letnik n=47		3. letnik n=41		4. letnik n=47		5. letnik n=24		6. letnik n=26		1.-6. letnik n=200		F	p*
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
1.	1,8	0,6	2,2	1,0	2,1	0,7	2,2	1,0	2,3	0,7	1,7	0,9	2,1	0,9	2,003	0,080
2.	2,1	0,8	2,0	0,7	1,8	0,7	1,8	0,8	1,9	0,7	1,6	0,7	1,9	0,7	1,491	0,194
3.	2,4	1,0	2,1	0,7	2,1	0,9	2,2	0,9	2,3	0,8	1,9	0,8	2,2	0,8	0,981	0,430

4.	1,9	0,8	1,6	0,7	1,7	0,7	1,6	0,6	2,0	0,9	1,6	0,7	1,7	0,7	1,435	0,213
5.	2,2	0,7	2,4	0,9	2,3	0,9	1,9	0,8	2,3	0,8	1,8	0,7	2,2	0,8	2,676	0,023
6.	2,7	1,0	2,7	1,2	3,3	1,2	3,1	1,2	3,3	1,2	3,3	1,3	3,1	1,2	1,833	0,108
7.	4,3	0,6	4,3	1,1	4,5	0,8	4,5	0,7	4,4	0,8	4,5	0,8	4,4	0,8	0,529	0,754
8.	3,3	0,9	3,1	0,8	3,3	0,8	3,3	1,0	3,4	0,8	3,3	1,1	3,3	0,8	0,441	0,819
9.	2,4	0,8	3,0	0,9	2,7	0,9	2,6	1,0	2,5	0,8	2,4	1,0	2,7	0,3	1,775	0,120
10.	4,1	0,9	4,1	0,9	4,3	0,8	4,3	0,7	3,9	1,0	4,3	0,7	4,2	0,8	1,113	0,355
11.	4,1	0,9	4,3	0,7	4,4	0,6	4,3	0,8	4,3	0,8	4,6	0,6	4,3	0,8	1,303	0,264
12.	3,9	0,6	4,1	0,7	4,0	0,7	4,1	0,7	4,0	1,0	4,4	0,8	4,1	0,7	1,232	0,296
13.	4,3	0,6	4,5	0,5	4,3	0,6	4,3	0,5	4,3	0,6	4,3	0,8	4,3	0,6	0,668	0,648
14.	3,1	1,1	3,1	0,8	3,1	0,9	3,0	0,9	1,7	0,6	2,4	0,9	2,8	1,0	12,585	<0,001
15.	4,4	0,6	4,3	0,6	4,5	0,6	4,4	0,6	4,5	0,5	4,4	0,8	4,4	0,6	0,849	0,517
16.	1,1	0,3	1,3	0,6	1,4	0,8	1,3	0,5	1,3	0,5	1,2	0,5	1,3	0,6	1,031	0,401
17.	2,1	0,9	2,2	0,9	2,3	1,0	2,3	1,1	2,6	0,7	2,1	1,1	2,3	1,0	0,845	0,519
18.	2,2	1,1	1,6	0,7	1,9	0,8	1,8	0,8	2,0	0,8	1,5	0,7	1,8	0,8	2,661	0,024
19.	2,4	0,9	2,4	0,7	2,6	0,7	2,4	0,7	2,4	0,6	2,0	0,8	2,4	0,7	1,808	0,113
20.	1,9	0,7	1,6	0,7	1,9	0,9	1,8	0,7	1,8	0,6	1,6	0,7	1,7	0,7	1,494	0,193
21.	1,9	0,9	2,0	0,8	2,0	0,6	1,8	0,7	2,0	0,7	1,8	0,8	1,9	0,7	0,460	0,805
22.	1,6	0,9	1,4	0,5	1,8	0,7	1,7	0,7	1,8	0,7	1,7	0,7	1,7	0,7	1,567	0,171

23.	1,5	0,5	1,7	0,8	1,5	0,8	1,7	0,7	1,8	0,8	1,5	0,7	1,6	0,8	1,224	0,299
24.	1,8	0,9	1,8	0,8	1,8	1,1	2,0	0,9	2,1	0,9	1,8	0,9	1,9	0,9	0,785	0,562
25.	1,9	0,8	1,8	0,7	1,8	0,8	2,0	0,8	2,3	0,8	1,5	0,7	1,9	0,8	2,599	0,027
26.	4,4	0,6	4,1	1,1	4,4	0,9	3,9	1,3	4,4	0,6	4,6	0,6	4,3	1,0	2,249	0,051
27.	4,2	0,6	4,1	0,7	4,2	0,7	4,4	0,8	4,3	0,6	4,4	0,7	4,3	0,7	0,936	0,459
28.	4,2	0,8	4,1	0,8	3,8	0,9	4,1	0,9	3,9	0,8	4,1	0,8	4,0	0,9	0,747	0,589
29.	4,1	0,6	3,7	0,9	3,9	0,8	3,6	0,9	3,8	0,9	4,2	0,8	3,8	0,8	2,198	0,056
30.	3,3	0,5	2,9	0,8	3,2	0,9	3,0	0,8	3,1	0,7	3,3	0,9	3,1	0,8	1,451	0,208
31.	3,3	0,8	3,3	0,8	3,6	0,7	3,5	1,0	3,3	0,9	3,9	0,8	3,5	0,9	2,276	0,049
32.	3,9	0,7	4,0	0,6	3,9	0,6	3,9	0,8	3,9	0,8	4,0	0,8	4,0	0,7	0,243	0,943
33.	3,6	0,9	3,9	0,5	4,0	0,7	4,0	0,8	4,0	0,6	4,2	0,6	4,0	0,7	1,822	0,110
34.	3,5	1,0	3,6	0,7	3,4	0,8	3,4	0,9	3,3	0,7	3,7	0,9	3,5	0,8	0,776	0,568
35.	3,3	1,2	3,6	0,8	3,5	0,8	3,5	0,9	3,6	0,8	3,8	1,0	3,6	0,9	0,646	0,665
36.	2,2	1,0	2,0	0,8	1,9	0,6	2,3	0,9	2,1	0,5	1,8	0,8	2,1	0,8	1,396	0,228
37.	2,6	0,9	2,3	0,8	2,1	0,8	2,4	0,8	2,3	0,8	2,0	0,8	2,3	0,8	1,758	0,123
38.	2,6	0,9	2,6	0,9	2,3	0,9	2,5	1,0	2,3	0,7	2,1	0,8	2,4	0,9	1,497	0,192

LEGENDA: L1=1. letnik, L2=2. letnik, L3=3. letnik, L4=4. letnik, L5=5. letnik, L6=6. letnik, L1-L6=1.-6. letnik, n: velikost vzorca, PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon, F: vrednost F-testa, p*: eno-faktorska analiza variance. Vrednosti na lestvici: 1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 - niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 - strinjam se, 5 - popolnoma se strinjam.

Tabela 2.2.: Splošen odnos do oseb z duševnimi boleznimi (CAMI lestvica) - statistične vrednosti sklopov trditev z uporabo obrnjenih vrednosti negativnih trditev

TRDITVE - DIMENZIJE	L1 n=15		L2 n=47		L3 n=41		L4 n=47		L5 n=24		L6 n=26		L1-L6 n=200		F	p*
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
1.-10. (avtoritarnost)	3,75	0,34	3,71	0,39	3,87	0,33	3,89	0,36	3,79	0,30	4,05	0,41	3,84	0,37	3,504	0,005
11.-20. (dobrohotnost)	3,98	0,35	4,09	0,35	4,00	0,33	4,06	0,37	4,13	0,36	4,30	0,45	4,09	0,37	2,592	0,027
21.-30. (družbena omejenost)	4,15	0,45	4,03	0,43	4,08	0,47	3,97	0,49	3,96	0,39	4,22	0,49	4,05	0,46	1,383	0,232
31.-38. (ideologija duševnega zdravja v skupnosti)	3,53	0,71	3,68	0,43	3,76	0,45	3,65	0,64	3,67	0,43	3,96	0,60	3,71	0,54	1,713	0,133
1.-38.	3,87	0,37	3,89	0,31	3,94	0,30	3,91	0,35	3,90	0,30	4,14	0,42	3,93	0,34	2,305	0,046

LEGENDA: L1=1. letnik, L2=2. letnik, L3=3. letnik, L4=4. letnik, L5=5. letnik, L6=6. letnik, L1-L6=1.-6. letnik, n: velikost vzorca, PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon, F: vrednost F-testa, p: eno-faktorska analiza variance. Vrednosti na lestvici: 1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 - niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 - strinjam se, 5 - popolnoma se strinjam.*

Tabela 2.3.: Splošen odnos do oseb z duševnimi boleznimi (CAMI lestvica) - prikaz v procentih

Sklop	Št.	Trditev	n	PV (L1-L6)	SO (L1-L6)	Sploh se ne strinjam in se ne strinjam %	Popolnoma se strinjam in se strinjam %
AVTORITARNOST	1.	Eden od glavnih razlogov za duševno bolezen je pomanjkanje samodiscipline in volje.	200	2,1	0,9	71,0	6,0
	2.	Najboljši način za obravnavo oseb z duševnimi boleznimi je zdravljenje na zaprtem oddelku.	200	1,9	0,7	82,0	1,0
	3.	Na osebah z duševnimi boleznimi je nekaj posebnega, zaradi česar se jih z lahkoto loči od normalnih ljudi.	200	2,2	0,8	68,0	5,0
	4.	Takoj, ko nekdo pokaže znake duševne bolezni, bi moral biti hospitaliziran.	200	1,7	0,7	87,5	0,5
	5.	Osebe z duševnimi boleznimi potrebujejo enak nadzor in disciplino kot majhni otroci.	200	2,2	0,8	67,0	5,5

	6.	Duševna bolezen je kot vse druge bolezni.	200	3,1	1,2	34,5	40,5
	7.	Osebe z duševnimi boleznimi ne bi smele biti družbeni izobčenci.	200	4,4	0,8	4,0	92,5
	8.	Varovanje javnosti pred osebami z duševnimi boleznimi bi moralo biti manj poudarjeno.	199	3,3	0,8	16,6	38,2
	9.	Psihiatrične bolnišnice so zastarel način za zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi.	200	2,7	0,3	44,5	15,0
	10.	Skoraj vsak lahko zbolí za duševno boleznijo.	200	4,2	0,8	4,0	85,0
DOBROHOTNOST	11.	Osebe z duševno boleznijo so bile predolgo tarča posmeha.	200	4,3	0,8	3,0	88,5
	12.	Država bi morala nameniti več sredstev za oskrbo in zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi.	200	4,1	0,7	1,5	79,0
	13.	Kot družba bi morali biti veliko bolj tolerantni do oseb z duševnimi boleznimi.	200	4,3	0,6	0,5	93,5

	14.	Naše psihiatrične bolnišnice so bolj podobne ječam kot kraju, kjer se osebe z duševnimi boleznimi zdravijo.	199	2,8	1,0	35,6	20,1
	15.	Naša odgovornost je, da nudimo najboljšo oskrbo osebam z duševnimi boleznimi.	200	4,4	0,6	0,0	93,5
	16.	Osebe z duševno boleznijo si ne zaslužijo našega sočutja.	200	1,3	0,6	97,0	1,5
	17.	Osebe z duševnimi boleznimi predstavljajo breme za našo družbo.	200	2,3	1,0	58,0	9,0
	18.	Povečanje sredstev za zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi pomeni trošenje davkoplačevalskega denarja.	200	1,8	0,8	82,0	1,5
	19.	Za osebe z duševnimi boleznimi je že na voljo dovolj storitev.	200	2,4	0,7	54,0	3,5

	20.	Najbolje se je izogibati osebam z duševnimi težavami.	200	1,7	0,7	88,0	2,0
DRUŽBENA OMEJENOST	21.	Osebe z duševnimi boleznimi ne bi smele imeti nobene odgovornosti.	200	1,9	0,7	83,0	3,0
	22.	Osebe z duševnimi boleznimi bi morale biti ločene od ostale skupnosti.	200	1,7	0,7	88,5	0,5
	23.	Oseba bi bila neumna, če bi se podala v resno zvezo s partnerjem (osebo), ki je imel duševno bolezen, četudi si je že popolnoma opomogel.	200	1,6	0,8	93,5	3,5
	24.	Za soseda ne bi hotel imeti nekoga, ki je imel duševno bolezen.	199	1,9	0,9	76,9	5,0
	25.	Kdor je imel duševno bolezen, ne bi smel biti v državni službi.	199	1,9	0,8	80,9	3,0
	26.	Osebam z duševnimi boleznimi ne bi smeli krati njihove osebne pravice.	199	4,3	1,0	6,5	86,9

	27.	Osebe z duševnimi boleznimi je potrebno spodbujati, da prevzamejo odgovornosti običajnega življenja.	199	4,3	0,7	1,5	88,9
	28.	Nihče nima pravice, da izključi osebe z duševnimi boleznimi iz njihove stanovanjske skupnosti.	199	4,0	0,9	5,5	79,9
	29.	Osebe z duševnimi boleznimi predstavljajo veliko manjšo nevarnost, kot misli večina ljudi.	199	3,8	0,8	4,0	64,3
	30.	Večina žensk, ki se je nekoč zdravila v psihiatrični bolnišnici, lahko opravlja delo varuške.	199	3,1	0,8	18,1	27,1
IDEOLOGIJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA V SKUPNOSTI	31.	Občani bi morali sprejeti lokacijo ustanov za paciente z duševnimi boleznimi v njihovi soseški, saj te služijo potrebam krajevne skupnosti.	198	3,5	0,9	9,1	48,0
	32.	Najboljša terapija za večino oseb z duševnimi boleznimi je, da so vključene v skupnost.	199	4,0	0,7	3,0	78,4

	33.	Kolikor je mogoče, bi morali storitve za paciente z duševnimi boleznimi zagotavljati v ustanovah, ki so del skupnosti.	200	4,0	0,7	3,0	81,0
	34.	Če oskrbo oseb z duševnimi boleznimi zagotavljamo v stanovanjskih soseskah, s tem ne ogrožamo drugih stanovalcev.	200	3,5	0,8	9,5	49,0
	35.	Nobenega razloga ni, da bi se stanovalci bali oseb, ki v njihovo sosesko prihajajo zaradi storitev v zvezi z duševnimi boleznimi.	200	3,6	0,9	11,5	57,5
	36.	V stanovanjskih soseskah ne bi smelo biti ustanov za osebe z duševnimi boleznimi.	200	2,1	0,8	76,5	4,5
	37.	Prebivalci krajevne skupnosti se upravičeno upirajo temu, da bi zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi omogočili v njihovi skupnosti.	200	2,3	0,8	61,0	5,5

	38.	Morda je z vidika terapije res koristno, da osebe z duševnimi boleznimi živijo v krajevnih skupnostih, toda to predstavlja preveliko tveganje za stanovalce.	200	2,4	0,9	57,0	11,0
--	-----	--	-----	-----	-----	------	------

LEGENDA: L1-L6=1.-6. letnik, n: velikost vzorca, PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon.

Tabela 3: Prisotnost stigme duševnih bolezni (CAMI lestvica) - trditve

1. Ljudje z duševnimi boleznimi so nevarnejši od drugih ljudi.
2. Ljudje z duševno boleznijo lahko koga napadejo.
3. Duševna bolezen je nalezljiva.
4. Ljudje z duševnimi boleznimi se ne znajo obnašati.
5. Ljudje z duševnimi boleznimi so manj sposobni v primerjavi z drugimi ljudmi.
6. Ljudje z duševnimi boleznimi so sami krivi za svojo bolezen.
7. Bojim se živeti v sosedstvu z osebo, ki ima neko duševno bolezen.

8. Če bi imel/a moj/a sostanoval/ec/ka neko duševno bolezen, bi se odselil/a.
9. Če bi imel/o moj/e fant/dekle duševno bolezen, bi prekinila/prekinil razmerje.
10. Za družbo je bolje, da osebe z duševno boleznijo nimajo otrok.
11. Za družbo je bolje, da ljudje z duševno boleznijo ne delajo z otroki in adolescenti.
12. Ljudi z duševnimi boleznimi lahko prepoznam že na prvi pogled.
13. Če bi lahko odločal/a, bi osebe z duševno boleznijo čim dlje obdržal/a v psihiatrični bolnišnici.
14. Počutil/a bi se osramočen/o, če bi moji prijatelji ugotovili, da ima kdo v moji družini duševno bolezen.

Tabela 3.1.: Prisotnost stigme duševnih bolezni (CAMI lestvica) - statistične vrednosti

TRDITVE	1. letnik n=15		2. letnik n=47		3. letnik n=41		4. letnik n=47		5. letnik n=24		6. letnik n=26		1.-6. letnik n=200		F	p*
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
1.	3,1	0,8	3,4	0,9	3,3	0,8	3,3	0,7	3,1	0,8	3,7	1,0	3,3	0,8	1,487	0,196
2.	2,2	0,7	2,4	0,8	2,8	0,9	2,5	0,7	2,2	0,7	2,8	0,9	2,5	0,8	2,783	0,019
3.	4,8	0,4	4,7	0,8	4,8	0,6	4,7	0,8	4,8	0,5	4,9	0,3	4,8	0,6	0,634	0,674

4.	3,9	0,6	3,9	0,8	3,9	0,9	3,8	0,9	3,6	0,7	3,9	0,8	3,8	0,8	0,462	0,804
5.	4,2	0,8	3,8	0,9	3,8	0,9	3,6	1,0	3,4	0,7	3,7	0,7	3,7	0,9	2,021	0,077
6.	4,4	0,7	4,5	0,6	4,5	0,7	4,4	0,7	4,4	0,6	4,7	0,5	4,5	0,7	0,963	0,442
7.	4,1	0,9	4,0	0,8	4,0	0,9	4,0	0,8	3,7	0,7	4,0	0,9	4,0	0,8	0,656	0,657
8.	4,1	0,8	4,1	0,9	4,3	0,7	3,9	0,8	4,1	0,7	4,0	0,8	4,1	0,8	1,161	0,330
9.	4,3	0,7	3,9	1,0	4,1	0,8	4,0	1,0	3,9	0,9	4,0	0,9	4,0	0,9	0,724	0,606
10.	3,9	0,7	3,9	1,0	3,9	1,0	3,7	0,9	3,3	0,9	3,5	0,7	3,7	0,9	2,517	0,031
11.	3,7	1,0	3,4	0,9	3,5	1,0	3,4	1,0	3,3	0,8	3,5	0,8	3,5	0,9	0,582	0,714
12.	4,3	0,8	4,3	0,8	4,3	0,9	4,1	0,9	4,0	0,7	4,3	0,7	4,2	0,8	0,992	0,424
13.	4,2	0,9	4,3	0,8	4,3	0,7	4,1	0,9	4,1	0,8	4,4	0,7	4,2	0,8	0,470	0,798
14.	4,4	0,9	4,1	0,9	4,5	0,9	4,4	0,8	4,3	0,9	4,5	0,8	4,4	0,9	0,893	0,487
1.-14.	4,0	0,4	3,9	0,5	4,0	0,4	3,8	0,5	3,7	0,4	4,0	0,4	3,9	0,5	1,347	0,246

LEGENDA: L1=1. letnik, L2=2. letnik, L3=3. letnik, L4=4. letnik, L5=5. letnik, L6=6. letnik, L1-L6=1.-6. letnik, n: velikost vzorca, PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon, F: vrednost F-testa, p*: eno-faktorska analiza variance. Vrednosti na lestvici: 1 - se popolnoma strinjam, 2 - strinjam se, 3 - niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 - se ne strinjam, 5 - sploh se ne strinjam.

Tabela 4: Študentje, ki so opravljali predmet Psihiatrija

	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L1-L6
	n=15	n=47	n=41	n=47	n=24	n=26	n=200

	%	%	%	%	%	%	%
NE	100,0	100,0	92,7	95,7	0,0	0,0	72,5
DA	0,0	0,0	7,3	4,3	100,0	100,0	27,5

Tabela 5: Študentje, ki so srečali osebo z duševno boleznijo v kliničnem okolju

	L1 n=15	L2 n=47	L3 n=39	L4 n=47	L5 n=24	L6 n=26	L1-L6 N=198
	%	%	%	%	%	%	%
NE	80,0	87,2	66,7	14,9	0,0	0,0	43,4
DA	20,0	12,8	33,3	85,1	100,0	100,0	56,6

Tabela 6: Študentje, ki so srečali osebo z duševno boleznijo v osebem okolju

	L1 n=15	L2 n=47	L3 n=41	L4 n=45	L5 n=24	L6 n=26	L1-L6 N=198
	%	%	%	%	%	%	%
NE	0,0	8,5	17,1	17,8	12,5	11,5	12,6
DA	100,0	91,5	82,9	82,2	87,5	88,5	87,4

Tabela 7: Študentje, ki vedo, kaj je depresija/manija

	L1 n=15	L2 n=45	L3 n=41	L4 n=47	L5 n=24	L6 n=26	L1-L6 N=198
	%	%	%	%	%	%	%
NE	0,0	8,9	0,0	6,4	0,0	0,0	3,5
DA	100,0	91,1	100,0	93,6	100,0	100,0	96,5

hi-kvadrat=8,784 ; p=0,118

Tabela 8: Študentje, ki vedo, kaj je osebnostna motnja

	L1 n=15	L2 n=45	L3 n=41	L4 n=47	L5 n=24	L6 n=26	L1-L6 N=198
	%	%	%	%	%	%	%
NE	20,0	33,3	34,1	12,8	0,0	3,8	19,7
DA	80,0	66,7	65,9	87,2	100,0	96,2	80,3

hi-kvadrat=22,147 ; p<0,001

Tabela 9: Študentje, ki vedo, kaj je anksiozna motnja

	L1 n=15	L2 n=46	L3 n=41	L4 n=47	L5 n=24	L6 n=26	L1-L6 N=199
	%	%	%	%	%	%	%
NE	0,0	8,7	2,4	14,9	4,2	0,0	6,5
DA	100,0	91,3	97,6	85,1	95,8	100,0	93,5

hi-kvadrat=9,954 ; p=0,077

Tabela 10: Študentje, ki vedo, kaj je psihotična motnja

	L1 n=15	L2 n=45	L3 n=41	L4 n=47	L5 n=24	L6 n=26	L1-L6 N=198
	%	%	%	%	%	%	%
NE	13,3	26,7	12,2	21,3	4,2	7,7	16,2
DA	86,7	73,3	87,8	78,7	95,8	92,3	83,8

hi-kvadrat=9,062 ; p=0,107

Tabela 11: Trditve o specifičnih duševnih boleznih

TRDITVE	L1 n=14	L2 n=46	L3 n=40	L4 n=47	L5 n=24	L6 n=26	L1-L6 n=196
	%	%	%	%	%	%	%
A - Vse motnje enako ohromijo funkcionalnost pacienta.	14,3	23,9	30,0	21,3	8,3	26,9	22,3
B - Najtežje so psihotične in razpoloženske motnje.	42,9	50,0	37,5	48,9	41,7	30,8	43,1
C - Osebnostne motnje niso duševne motnje.	7,1	4,3	2,5	12,8	25,0	3,8	8,6
D - Najtežje so anksiozne motnje.	7,1	4,3	5,0	0,0	0,0	0,0	2,5
E - Nič od naštetega.	28,6	17,4	25,0	17,0	25,0	38,5	23,4

hi-kvadrat=27,276; p=0,128

Tabela 12: Ugotavljanje prisotnosti stigme specifičnih duševnih bolezni (depresija, anksiozna motnja, manija, shizofrenija, osebnostna motnja) - trditve

1. Neprijetno bi se mi bilo družiti z osebo z manično epizodo, ker je lahko v svojem vedenju preveč ekstrovertirana.
2. Osebi s shizofrenijo se raje ne približujem, ker lahko hitro postane agresivna.
3. Osebe z depresijo bi morale nehati biti žalostne in se potruditi bolj pozitivno razmišljati.
4. Osebe z anksiozno motnjo v mnogih situacijah čisto brez potrebe pretiravajo.
5. Osebe z osebnostno (borderline, narcistično, shizoidno...) motnjo so v glavnem naporne in nepredvidljive.
6. Osebe z depresijo ne morejo brez pomoči same vplivati na spremembo svojega počutja.
7. Do osebe z bipolarno motnjo ne bi imel predsodkov.

8. Osebo z anksioznostjo bi hotel bolje spoznati in se jo truditi razumeti.
9. Posamezniki z osebnostno motnjo niso sami krivi, da so takšni kakršni so.
10. Osebe s shizofrenijo se ne bi bal.
11. Posameznik z duševno motnjo ne more biti zdravnik.
12. ODGOVORIJO ŠTUDENTJE/TKE 6. LETNIKA: Po opravljenih obveznostih iz predmeta Psihatrija se je moj pogled na duševne motnje spremenil.

Tabela 12.1: Ugotavljanje prisotnosti stigme specifičnih duševnih bolezni (depresija, anksiozna motnja, manija, shizofrenija, osebnostna motnja) - statistične vrednosti

TRDITVE	1. letnik n=15		2. letnik n=47		3. letnik n=41		4. letnik n=47		5. letnik n=24		6. letnik n=26		1.-6. letnik n=200		F	p*
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
1.	2,6	1,0	2,5	0,8	2,7	0,9	3,0	0,9	2,9	0,9	2,3	1,0	2,7	0,9	2,354	0,042
2.	2,5	0,9	2,5	0,8	2,6	1,0	2,6	1,0	2,5	0,7	2,2	0,9	2,5	0,9	0,653	0,659

3.	2,2	1,1	2,3	1,0	2,6	1,2	2,7	1,3	2,3	1,0	1,8	1,0	2,4	1,1	2,696	0,022
4.	2,3	0,9	2,1	1,0	2,2	1,2	2,5	1,2	2,4	1,1	1,9	1,0	2,3	1,1	1,425	0,217
5.	2,8	0,8	3,0	0,9	3,0	0,9	3,4	1,0	3,2	1,0	2,7	1,0	3,1	1,0	2,261	0,050
6.	3,1	1,2	3,3	1,0	3,0	1,0	3,0	1,1	3,4	0,9	3,1	1,0	3,1	1,0	1,044	0,393
7.	3,7	1,0	3,7	1,0	3,5	1,1	3,5	0,9	3,5	1,2	3,8	1,0	3,6	1,0	0,611	0,692
8.	3,9	1,2	3,7	1,0	3,8	1,2	3,6	1,2	3,8	0,8	4,0	1,0	3,8	1,1	0,432	0,826
9.	4,1	1,1	3,9	1,1	3,8	1,1	3,6	1,0	4,1	1,0	3,9	1,0	3,9	1,1	0,941	0,456
10.	3,6	0,8	3,0	0,8	3,3	1,0	3,3	1,0	3,3	0,9	3,4	0,8	3,3	0,9	1,201	0,310
11.	2,5	1,0	2,9	1,0	2,8	0,9	2,9	1,2	2,6	1,0	2,4	0,9	2,8	1,0	1,243	0,291

LEGENDA: L1=1. letnik, L2=2. letnik, L3=3. letnik, L4=4. letnik, L5=5. letnik, L6=6. letnik, L1-L6=1.-6. letnik, n: velikost vzorca, PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon, F: vrednost F-testa, p: eno-faktorska analiza variance. Vrednosti na lestvici: 1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 - niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 - strinjam se, 5 - popolnoma se strinjam.*