

Stavovi studenata 2. godine diplomskog sveučilišnog studija Sestrinstva u Svetoj Nedelji prema oboljelima od bipolarnog afektivnog poremećaja

Vuksan, Ana

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:569058>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-14**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Ana Vuksan

**STAVOVI STUDENATA 2. GODINE
DIPLOMSKOG SVEUČILIŠNOG
STUDIJA SESTRINSTVA U SVETOJ
NEDELJI PREMA OBOLJELIM OD
BIPOLARNOG AFEKTIVNOG
POREMEĆAJA**

Diplomski rad

Sveta Nedelja, 2022.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Ana Vuksan

**STAVOVI STUDENATA 2. GODINE
DIPLOMSKOG SVEUČILIŠNOG
STUDIJA SESTRINSTVA U SVETOJ
NEDELJI PREMA OBOLJELIM OD
BIPOLARNOG AFEKTIVNOG
POREMEĆAJA**

Diplomski rad

Sveta Nedelja, 2022.

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, dislocirani Sveučilišni diplomski studij sestrinstva u Svetoj Nedelji

Mentor rada: doc. prim. dr. sc. Vladimir Grošić, dr. med.

Rad ima 46 listova i 20 slika

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Bipolarni afektivni poremećaj.....	2
1.1.1. Klasifikacija bipolarnog afektivnog poremećaja.....	3
1.1.2. Kriteriji za postavljanje dijagnoze.....	3
1.2. Stavovi zdravstvenih djelatnika prema mentalnim poremećajima.....	4
1.3. Utjecaj profesionalne kvalitete života na stavove prema mentalnim poremećajima	6
1.4. Bipolarni afektivni poremećaj i stavovi medicinskih sestara.....	7
1.5. Učinci stigme na oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja	9
1.6. Stigmatizacija psihijatrijskog sestinstva	10
2. HIPOTEZA	11
3. CILJ	12
4. ISPITANICI I METODE	13
4.1. Ustroj studije	13
4.2. Ispitanici	13
4.3. Metode.....	13
4.4. Statističke metode	13
5. REZULTATI.....	14
6. RASPRAVA	26
7. ZAKLJUČAK	32
8. SAŽETAK.....	33
9. SUMMARY	34
10. LITERATURA.....	35
11. ŽIVOTOPIS	39

POPIS KRATICA:

BAP – bipolarni afektivni poremećaj

BDP – Bruto domaći proizvod

DSM – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje

MDD – prema engl. Major Depressive Disorder, veliki depresivni poremećaj

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

POPIS SLIKA:

1. Slika 1. Prikaz distribucije dobivenih podataka za dob ispitanika.....	14
2. Slika 2. Prikaz distribucije odgovora za spol ispitanika.....	14
3. Slika 3. Prikaz distribucije odgovora vezanih za radno iskustvo u struci.....	15
4. Slika 4. Prikaz distribucije odgovora vezanih za mjesto rada.....	15
5. Slika 5. Prikaz distribucije odgovora na pitanje jesu li oboljeli od BAP-a opasni za okolinu.....	16
6. Slika 6. Prikaz distribucije odgovora na pitanje treba li oboljele od BAP-a izolirati od zdrave populacije.....	17
7. Slika 7. Prikaz distribucije odgovora na pitanje ne bi li oboljeli od BAP-a trebali imati pravo na svoje životne odluke.....	17
8. Slika 8. Prikaz distribucije odgovora na pitanje ne bi oboljeli od BAP-a trebali zasnivati vlastitu obitelj.....	18
9. Slika 9. Prikaz distribucije odgovora na pitanje jesu li oboljeli od BAP-a nepredvidljivi.....	18
10. Slika 10. Prikaz distribucije odgovora na pitanje zaslužuju li oboljeli od BAP-a jednaku zdravstvenu skrb kao i fizički oboljeli.....	19
11. Slika 11. Prikaz distribucije odgovora na pitanje da oboljeli od BAP-a nemaju kontrolu nad svojim emocijama.....	19
12. Slika 12. Prikaz distribucija odgovora na pitanje javlja li se BAP samo kod osoba “slabe” osobnosti.....	20
13. Slika 13. Prikaz distribucije odgovora na pitanje imaju li oboljeli od BAP-a istu vrstu kontrole i discipline kao i mala djeca.....	20
14. Slika 14. Prikaz distribucije odgovora na pitanje da oboljeli od BAP-a ne bi trebali snositi nikakvu odgovornost.....	21
15. Slika 15. Prikaz distribucije odgovora na pitanje bi li mogao/la raditi s oboljelim od BAP-a.....	22
16. Slika 16 Prikaz distribucije odgovora na pitanje bi li se mogao/la vjenčati/udati se za oboljelog od BAP-a.....	22
17. Slika 17. Prikaz distribucije odgovora na pitanje bi li mogao/la zasnovati obitelj s oboljelim od BAP-a.....	23

18. Slika 18. Prikaz distribucije odgovora na pitanje bi li dozvolio/la da se moja djeca druže s oboljelim od BAP-a.....	23
19. Slika 19. Prikaz distribucije odgovora na pitanje imate li u bliskoj okolini nekoga tko je oboljeli od BAP-a.....	24
20. Slika 20. Prikaz distribucija odgovora na pitanje ako je odgovor da, utječe li to pozitivno na Vaš stav prema oboljelima od BAP-a.....	25

1. UVOD

Mentalno zdravlje i dobrobit ključni su za kvalitetu života pojedinaca i produktivnost zajednica. Jedna od glavnih prepreka ostvarenju pozitivnog mentalnog zdravlja i dobrobiti su stigma i diskriminacija koji mogu utjecati na sve aspekte života pojedinca. Thornicroft i suradnici (2008.) smatraju stigmom amalgamom neznanja i dezinformacija zbog nedostatka znanja, predrasuda koje proizlaze iz negativnih stavova i diskriminacije koja proizlazi iz društvene isključenosti ili izbjegavanja (1). Istraživanje je pokazalo da stigma doprinosi odgađanju traženja liječenja. Neka su istraživanja otkrila da se čak i u razvijenim društvima otprilike četvrtina ljudi prvo obrati iscjelitelju ili članu svećeničke skupine za pomoć prije nego što se posavjetuje s psihijatrom ili liječnikom opće prakse. Stigma i diskriminacija prema onima koji imaju mentalne bolesti su najveća prepreka oporavku i pružanju učinkovite skrbi i liječenja. Također je zabilježeno da mnogi psihijatrijski pacijenti doživljavaju diskriminaciju od zdravstvenih djelatnika, uključujući liječnike, medicinske sestre i socijalne radnike (2). Zapravo, neke su studije otkrile da zdravstveni djelatnici imaju negativnije stavove prema mentalnim bolestima od opće javnosti, što dodatno ograničava stope oporavka i kvalitetu skrbi, dok se pozitivni stavovi medicinskih sestara mogu pobuditi nadu, potaknuti pojedince da preuzmu kontrolu nad svojim životima i proaktivno se uključe u donošenje odluka o svojoj budućnosti.

Usredotočenost na medicinske sestre posebno je važna s obzirom na to da su one najveća skupina zdravstvenih djelatnika uključenih u izravnu skrb o pacijentima, uključujući i one s problemima mentalnog zdravlja. Visoko kvalificirani, fleksibilni i kulturalno osviješteni zdravstveni djelatnici mogu u konačnici imati pozitivan učinak na kliničku praksu. Studije koje su se bavile stavovima medicinskih sestara pokazuju da kvalificirane medicinske sestre s višom razinom obrazovanja i one sa specijaliziranom psihijatrijskom obukom imaju pozitivnije stavove od nekvalificiranog osoblja i onih bez ikakve psihijatrijske edukacije. Za studente sestinstva i psihologije, izloženost psihijatrijskom okruženju tijekom obrazovanja i osobni kontakt povezani su s pozitivnim stavovima (3). Druge studije, međutim, nisu pronašle povezanost između formalne psihijatrijske edukacije i međuljudskih odnosa te kontakt s pozitivnim stavom prema mentalnoj bolesti. Čini se da postoji malo konsenzusa ili čimbenika razumijevanja koji formiraju i održavaju negativne ili pozitivne stavove prema mentalnim bolestima (4). Ono što je jasno jest da su stavovi višestruki i da će vjerojatno imati složen odnos

s obrazovanjem, obukom i iskustvom pojedinca, s jedne strane, i njegovim sociodemografskim, kulturnim i vjerskim karakteristikama, s druge strane.

Prisutnost negativnih stavova među medicinskim sestrama u društvu u kojem se teško mentalno oboljeli pacijenti smatraju lošim pojedincima pogođenim “zlim duhovima”, može imati značajne štetne posljedice za osobe s mentalnim bolestima, što rezultira nižim samopoštovanjem, smanjenim samopouzdanjem i smanjenim izgledima za oporavak. Stoga je važno pokrenuti programe dodatne edukacije za medicinske sestre usmjerene na promicanje pozitivnih stavova i učiniti ih osjetljivima na potrebe mentalno bolesnih pacijenata (5). Takvi programi mogu uključivati interdisciplinarnе seminare i refleksivne seminare koji preispituju pretpostavke i stavove medicinskih sestara prema mentalnim bolestima i pomažu im razumjeti multikulturalizam pružanjem sigurnog istraživačkog okruženja kroz vještu facilitaciju.

1.1. Bipolarni afektivni poremećaj

Bipolarni afektivni poremećaj (BAP) je kronična bolest povezana s ozbiljno iscrpljujućim simptomima koji mogu imati duboke posljedice i na pacijente i na njihove članove obitelji. BAP obično počinje u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi i može imati doživotne štetne učinke na pacijentovo mentalno i fizičko zdravlje, obrazovno i profesionalno funkcioniranje te međuljudske odnose. Iako nije tako čest kao veliki depresivni poremećaj (MDD), životna prevalencija BAP-a u svijetu je značajna (procjenjuje se na približno 4 %), sa sličnim stopama bez obzira na rasu, etničku pripadnost i spol (6). Dugoročni ishodi ustrajno su suboptimalni. Ekonomski teret BAP-a za društvo je ogroman, iznosi gotovo 120 milijardi dolara godišnje u svijetu. Ti troškovi uključuju izravne troškove liječenja i neizravne troškove smanjene zaposlenosti, produktivnosti i funkcioniranja (7).

Bolesnici s BAP-om doživljavaju ponavljajuće epizode patoloških stanja raspoloženja, karakterizirane maničnim ili depresivnim simptomima koji su isprekidani razdobljima relativno normalnog raspoloženja (eutimija) (8). Formalne definicije maničnih i depresivnih simptoma uključene su u nedavno ažurirani Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, peto izdanje (DSM-V). Naime, depresivne epizode BAP-a definirane su istim kriterijima kao MDD u DSM-V, tako da razlikovanje BAP-a od MDD-a često ovisi o utvrđivanju povijesti maničnih ili hipomaničnih simptoma (9).

1.1.1. Klasifikacija bipolarnog afektivnog poremećaja

Postoje dvije glavne vrste BAP-a. Bipolarni afektivni poremećaj I definiran je prisutnošću najmanje jedne epizode manije, dok je bipolarni afektivni poremećaj II karakteriziran najmanje jednom epizodom hipomanije i depresije. Glavna razlika između manije i hipomanije je ozbiljnost maničnih simptoma: manija rezultira teškim funkcionalnim oštećenjem, može se manifestirati kao psihotični simptomi i često zahtijeva hospitalizaciju; hipomanija ne ispunjava te kriterije (10).

Trajanje epizoda raspoloženja vrlo je različito, i među pacijentima i kod pojedinog pacijenta tijekom vremena, ali općenito, hipomanična epizoda može trajati danima do nekoliko tjedana, manična epizoda može trajati tjednima do mjesecima, a depresivna epizoda može trajati mjesecima ili godinama. Iako povijest depresivnih epizoda nije potrebna za postavljanje dijagnoze BAP-a I prema DSM-5 kriterijima, u praksi većina pacijenata doživljava depresivne epizode; međutim, za dijagnozu BAP-a II potrebne su depresivne epizode. Dugoročne studije pokazuju da bolesnici s BAP-om, bez obzira na podtip, imaju simptomatske epizode depresije češće i dulje nego manične ili hipomanične epizode (11).

Dok se epizoda raspoloženja može sastojati isključivo od maničnih ili depresivnih simptoma, može uključivati i kombinaciju ovih simptoma. Takve su epizode nedavno definirane u DSM-5 kao manična ili hipomanična epizoda s mješovitim značajkama ili kao depresivna epizoda s mješovitim značajkama, ovisno o tome koji su simptomi dominantni (9).

Brzo mijenjanje je termin koji opisuje pojavu najmanje četiri epizode raspoloženja unutar 1 godine. Identifikacija brzog ciklusa je važna, jer ti pacijenti manje reagiraju na liječenje. Brzu izmjenu treba smatrati "crvenom zastavicom" koja ukazuje na potrebu upućivanja na specijalističku skrb.

1.1.2. Kriteriji za postavljanje dijagnoze

Klinički intervju trebao bi imati za cilj utvrditi prisutnost prošlih ili trenutnih epizoda maničnih ili depresivnih simptoma kao što je opisano u DSM-5, trajanje i ozbiljnost ovih epizoda, uključujući prisutnost suicidalnih ili homicidalnih ideja, utjecaj epizoda raspoloženja na funkcioniranje u poslu, društvenim i obiteljskim ulogama, prisutnost komorbiditeta (kao što je zlouporaba psihoaktivnih tvari, poremećaj osobnosti i anksiozni poremećaj uključujući posttraumatski stresni poremećaj), povijest primijenjenih tretmana i odgovor na tretmane, obiteljska povijest bolesti (12).

U slučajevima kontinuirane dijagnostičke nesigurnosti, službena dijagnoza BAP-a može zahtijevati konzultacije siskusnim liječnikom primarne zdravstvene zaštite, psihijatrom, psihologom kako bi se potvrdila prisutnost DSM-5 kriterija, kao i kategorizirao bipolarni podtip koji je prisutan. Klinički intervju, osim postavljanja dijagnoze, predstavlja važan element u planiranju liječenja, jer pomaže u odabiru optimalnog(ih) lijeka(ova) i optimalnog mjesta liječenja, bilo unutar primarne zdravstvene zaštite ili uključivanjem specijalističke psihijatrijske podrške (13). Kontinuirani razgovori tijekom liječenja pomoći će uspostaviti odnos i povjerenje s pacijentom što potiče komunikaciju i poboljšava pridržavanje liječenja. Otvoreni dijalog između zdravstvenog radnika i pacijenta bitan je element razgovora s pacijentom.

Ostali elementi razgovora s pacijentom trebali bi uključivati fizički pregled i laboratorijske testove, s posebnim ciljem isključivanja poremećaja koji mogu oponašati bipolarnu simptome, na primjer, hipotireozu ili hipertireozu, infekciju i zlouporabu psihoaktivnih tvari. Psihijatrijski poremećaji (npr. panični poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj) osim velikog depresivnog poremećaja također mogu oponašati simptome BAP-a i njih treba uzeti u obzir u diferencijalnoj dijagnozi.

Pri postavljanju dijagnoze BAP-a može biti vrlo informativno zamoliti članove obitelji ili bliske prijatelje da daju opis bolesnikovih simptoma (naravno, uz pacijentov pristanak). Nedostatakom uvida u bolest, oboljeli od BAP-a ne mora hipomanične simptome smatrati manifestacijom bolesti (14). Ovo je također prilika da se procijeni teret koji obitelj ili prijatelji možda doživljavaju kao i njihovi trenutni odnosi s pacijentom.

1.2. Stavovi zdravstvenih djelatnika prema mentalnim poremećajima

Osobe s ozbiljnim mentalnim poremećajima kao što su shizofrenija, bipolarni poremećaj i velika depresija umiru 10–20 godina ranije od pojedinaca u općoj populaciji (15). Prekomjerna smrtnost u ovoj populaciji povezana je s višim stopama i lošijim ishodima fizičkih zdravstvenih stanja kao što su kardiovaskularne bolesti, respiratorne bolesti i diabetes melitus. Unatoč potrebi za somatskom zdravstvenom skrbi za rješavanje ovih stanja, literatura pokazuje da mnoge osobe s mentalnim poremećajima dobivaju medicinsku skrb ispod optimalne kvalitete. Na primjer, studije su pokazale kako je u odnosu na osobe bez mentalnih poremećaja manje vjerojatno da će osobe s mentalnim poremećajima dobiti preventivnu skrb i liječenje dijabetesa ili moždanog udara u skladu sa smjernicama i veća je vjerojatnost da će doživjeti štetne događaje za sigurnost pacijenata tijekom opće medicinske hospitalizacije.

U različitim kulturama i zemljama, šira javnost podržava negativne stavove prema osobama s mentalnim poremećajima. Jedno istraživanje o stavovima opće javnosti u 16 zemalja sugeriralo je da unatoč kulturološkim i jezičnim razlikama te znanju o etiologiji bolesti i učinkovitom liječenju, postoji zajednička poveznica stigme prema osobama sa shizofrenijom ili bipolarnim afektivnim poremećajem (16). Dok je opseg odobravanja stigmatizirajućih stavova varirao, postojao je zajednički izraz nelagode u interakciji s osobama sa shizofrenijom ili bipolarnim afektivnim poremećajem i straha od njihove nasilnosti što dovodi do negativnih stavova u različitim kulturama.

Stavovi zdravstvenih djelatnika prema osobama s mentalnim poremećajima važan su, ali malo proučen čimbenik koji može utjecati na pružanje somatske skrbi i zdravstvenih ishoda kod ovih pacijenata. Odnos između stavova zdravstvenih djelatnika i razlika u pružanju zdravstvene skrbi i rezultata zdravstvenih ishoda proučavan je u drugim često stigmatiziranim skupinama, uključujući rasne ili etničke manjine i homoseksualne, lezbijske, biseksualne ili transrodne osobe. Ove studije su otkrile da negativni stavovi zdravstvenih djelatnika utječu na razlike u zdravlju u tim populacijama na dva načina: negativnim utjecajem na donošenje kliničkih odluka, npr. jedno je istraživanje pokazalo da je zbog negativnih implicitnih stavova manje vjerojatno da će se preporučiti tromboliza za akutni infarkt miokarda pacijentima crne rase nego bijelcima i negativnim utjecajem na komunikaciju pacijent-zdravstveni djelatnik, npr. jedna studija je pokazala veće stope komunikacije kojom dominira liječnik u posjetima crne rase u odnosu na bijelce (6,9). Loša komunikacija između pacijenata i zdravstvenog djelatnika povezana je s nižim stopama pridržavanja liječenja ili ponašanja u traženju skrbi među pacijentima i nižim zadovoljstvom pacijenata pruženim informacijama.

U studijama koje su ispitivale njihovu percepciju mentalne i somatske zdravstvene zaštite, pacijenti oboljeli od mentalnih poremećaja su izvijestili o dijagnostičkom zasjenjivanju, prognostičkoj negativnosti i paternalističkom tretmanu, što može biti manifestacija negativnih stavova zdravstvenih djelatnika prema oboljelima od mentalni poremećaja (17). Do danas se malo zna o stavovima zdravstvenih djelatnika prema osobama s mentalnim poremećajima.

Iako medicinske sestre imaju opsežnu edukaciju i iskustvo u pitanjima mentalnog zdravlja, one ne podržavaju uvijek pozitivna stajališta o osobama s mentalnim poremećajima. Nedavni sustavni pregledi sugeriraju da medicinske sestre imaju mješovite stavove prema mentalnim poremećajima koji su usporedivi sa stavovima opće javnosti. Vjerojatnije je da će negativni stavovi biti usmjereni prema osobama s bipolarno afektivnim poremećajem. Kao rezultat stigmatizirajućih stavova i ponašanja medicinskih sestara, ljudi s dijagnosticiranom mentalnom

bolešću obično navode da se osjećaju dehumanizirano, obezvrijeđeno i diskriminirano od medicinskih sestara (15). Takva percipirana iskustva mogu otežati traženje pomoći, produžiti bol i ugroziti odnos pacijenta i profesionalca.

Uz pojedinačne čimbenike koji doprinose stavovima medicinskih sestara prema mentalnim bolestima, kao što su razine empatije i osobine ličnosti, radna okolina i čimbenici povezani s praksom također mogu igrati značajnu ulogu u pružanje usluga. Konkretno, čimbenici povezani s praksom kao što su duljina radnog iskustva, radno okruženje i vrsta mentalnog poremećaja čini se da su povezani sa stigmatizirajućim stavovima medicinskih sestara prema pacijentima.

1.3. Utjecaj profesionalne kvalitete života na stavove prema mentalnim poremećajima

Profesionalna kvaliteta života, po definiciji, uključuje i pozitivne i negativne dimenzije na individualnoj, organizacijskoj i društvenoj razini koje utječu na dobrobit i učinkovitost stručnjaka. I nagrađujući (tj. zadovoljstvo suosjećanjem) i štetni (tj. zamor suosjećanjem) podjednako su ključni za razumijevanje utjecaja rada s mentalnim poremećajima na zdravstvene djelatnike. Zadovoljstvo iz suosjećanja izraz je koji se koristi za opisivanje osjećaja ispunjenja ili zadovoljstva koje terapeuti imaju radeći svoj posao profesionalno (17). Zadovoljstvo iz suosjećanja sastoji se od tri elementa: razine zadovoljstva koju osoba ima svojim poslom; koliko se osoba osjeća dobro u svom poslu, u vezi s razinama kompetencije i kontrole koju terapeuti smatraju da imaju nad traumatskim materijalom kojem su izloženi i razina pozitivne kolegijalne podrške koja se pruža zdravstvenim djelatnicima, pri čemu su aspekti strukturne i funkcionalne socijalne podrške posebno važni.

Umor od suosjećanja je izraz koji je postavio Figley i odnosi se na “trošak brige” koji je karakteriziran fizičkom i emocionalnom iscrpljenošću i smanjenom sposobnošću suosjećanja. Prema istraživanjima 19,8 % zdravstvenih djelatnika navodi prisutnost umora od suosjećanja u određenoj mjeri. Štoviše, nedavne studije pokazuju da je 10–74,1 % zdravstvenih djelatnika pogođeno umorom suosjećanja (18). Umor zbog suosjećanja može imati brojne implikacije na zdravlje i dobrobit stručnjaka za njegu (npr. bihevioralno, kognitivno, fizičko zdravlje, emocionalno). Na primjer, razine umora od suosjećanja dosljedno su povezane sa simptomima sekundarnog posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) kod zdravstvenih djelatnika, posebno onih koji rade s oboljelima od mentalnih poremećaja.

Utvrđeno je da je izgaranje najčešće u područjima zdravstvenih usluga i javnih službi, posebno unutar skrbi za mentalno zdravlje i predstavlja vodeći uzrok problema povezanih s radom za

zdravstvene djelatnike. Pojam “izgaranje” je 1970.-ih prvi spomenuo američki psiholog Herbert Freudenberger, koji je njime opisao posljedice jakog stresa i visokih ideala u “humanim” profesijama. Jedna od najistaknutijih definicija opisuje izgaranje kao sindrom emocionalne iscrpljenosti, depersonalizacije i smanjenog osobnog postignuća koji se može pojaviti među pojedincima koji rade s ljudima na bilo koji način (19).

Emocionalna iscrpljenost javlja se kao rezultat nećijih emocionalnih zahtjeva. Depersonalizacija se odnosi na ciničan, negativan ili distanciran odgovor na pacijente koji trebaju skrb. Smanjeno osobno postignuće odnosi se na uvjerenje da se više ne može učinkovito raditi s pacijentima koji trebaju zdravstvenu skrb. Prevalencija sagorijevanja među zdravstvenim djelatnicima procijenjena je na 21 % i 67 %, dok su nedavna otkrića o prevalenciji izgaranja među sjevernoameričkim psihijatrima ukazala na visoku razinu izgaranja kod 78 % sudionika (20). Nadalje, nedavni sustavni pregled i metaanaliza također su otkrile visoke stope sagorijevanja među zdravstvenim djelatnicima. Točnije, ukupna procijenjena združena prevalencija za emocionalnu iscrpljenost bila je 40 %, za depersonalizaciju 22 %, a za niske razine osobnog postignuća 19 % (21). Ovi rezultati su pokazali kako prosječni zdravstveni djelatnik ima visoke razine emocionalne iscrpljenosti, umjerene razine depersonalizacije, ali zadržava razumne razine osobnih postignuća, posebice radom na psihijatrijskim radnim jedinicama.

1.4. Bipolarni afektivni poremećaj i stavovi medicinskih sestara

Iako je mentalno zdravlje prioritet za Svjetsku zdravstvenu organizaciju (SZO), kao što je izraženo njenom izjavom da nema zdravlja bez mentalnog zdravlja, mentalni poremećaji ostaju jedan od glavnih uzroka invaliditeta i ovisnosti. Neuropsihijatrijske bolesti su 2007. godine činile 14 % globalnog tereta bolesti. Njihova učestalost nastavlja rasti svake godine, tako da SZO-a procjenjuje kako će do 2030. godine depresija biti vodeći uzrok invaliditeta u cijelom svijetu (22). Ekonomski teret koji se pripisuje mortalitetu i morbiditetu povezanom s mentalnim poremećajima premašuje 4% bruto domaćeg proizvoda (BDP), približno 600 milijardi eura, u 28 zemalja koje čine Europsku uniju (23). Nekoliko nacionalnih vlada provodi inicijative za smanjenje utjecaja mentalnih bolesti i s njima povezanih troškova. Međutim, očekivani rezultati nisu postignuti. Još uvijek postoji velika razlika između potrebe korisnika za liječenjem i pružanja liječenja od zdravstvenih sustava. U zemljama s niskim i srednjim dohotkom, između 76% i 85% pojedinaca s teškim mentalnim poremećajima ne prima liječenje, a u zemljama s visokim dohotkom ta je brojka između 35 % i 50 % (22).

Stigma je jedna od glavnih prepreka prevenciji, liječenju i oporavku od mentalnih poremećaja. Ne iznenađuje da zbog svojih negativnih posljedica nekoliko istraživača stigmatu smatra “drugom bolešću” za osobe s dijagnosticiranim mentalnim poremećajem. Stigma se javlja kada se negativni atributi, kao što su opasnost i nedostatak odgovornosti i vjerodostojnosti, povezuju s osobom ili grupom (24). Posljedično, postoji želja za distanciranjem i izbjegavanjem od većinske društvene skupine što rezultira gubitkom statusa stigmatizirane skupine i diskriminacijom na individualnoj i strukturnoj razini.

U području zdravstvenih usluga, zdravstveni djelatnici pokazuju stigmatizirajuće ponašanje prema osobama s mentalnim poremećajima. Percepcije zdravstvenih djelatnika o bipolarnom afektivnom poremećaju (BAP) i zlouporabi supstanci ne razlikuju se od stavova opće populacije. Konkretno, zdravstveni djelatnici doživljavaju osobe s mentalnim poremećajima kao opasne, nepredvidive i emocionalno nestabilne te osjećaju strah, krivnju i neprijateljstvo prema pacijentima s psihijatrijskim poremećajima, posebice oboljelim od BAP-a. Zbog stereotipne povezanosti s opasnošću, zdravstveni djelatnici su manje voljni brinuti se za pacijenta ili sami pružati takvu skrb. S druge strane, nedostatak vjerodostojnosti koji se daje osobama s mentalnim poremećajima omogućuje da se nelagoda koju pacijent opisuje pripíše nuspojavama psihotropnih lijekova ili samom mentalnom poremećaju, a ne prisutnosti somatske patologije što rezultira manjim brojem preventivne intervencije (25). Posljedično, pojedinci s dijagnosticiranim BAP-om imaju veći rizik od visokog krvnog tlaka, dijabetesa ili srčanih ili respiratornih problema od opće populacije i imaju kraći životni vijek zbog povezanih komplikacija.

Znanstveni časopisi glavno su sredstvo potvrđivanja novog znanja i njegovog širenja unutar istraživačke zajednice te društvu i njegovim akterima. Bibliometrijske analize sve se više koriste u medicinskim znanostima jer olakšavaju evaluaciju objavljenih rezultata znanstvenih istraživanja i analizu znanstvene produktivnosti na određenu temu i utjecaja istraživanja na određenu temu u smislu vidljivosti, trendova i budućih istraživanja (26). Međutim, malo je takvih bibliometrijskih studija provedeno u području sestrinstva i psihijatrije, iako je sestrinstvo jedna od zdravstvenih profesija koja može dati najveći doprinos u liječenju i oporavku osoba koje boluju od BAP-a.

Primarni cilj zdravstvenih djelatnika je pružiti skrb bez obzira na njihove osobne okolnosti i sklonosti. Negativni stavovi zdravstvenih djelatnika prema oboljelima od BAP-a mogu biti posljedica duboko ukorijenjenih negativnih kulturoloških uvjerenja i tradicionalnih postupaka koji rezultiraju društvenom odbojnošću prema takvim pacijentima (4). Neka su istraživanja

također izvijestila o ovim stigmatizirajućim stavovima ne samo među zdravstvenim djelatnicima, već i među zdravstvenim djelatnicima koji imaju izravan kontakt s pacijentima s mentalnim poremećajima.

1.5. Učinci stigme na oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja

Osobe oboljele od BAP-a stigmatizirane su u prošlosti i sve do danas. Ova situacija i dalje negativno utječe na kvalitetu skrbi i kvalitetu života jer veliki broj pacijenata ne traži odgovarajuću stručnu pomoć. Oboljeli od BAP-a vrlo su osjetljivi na stavove zdravstvenih djelatnika. Negativni stavovi zdravstvenih djelatnika mogu biti važan čimbenik koji negativno utječe na sposobnost pacijenata da dobiju potrebnu stručnu pomoć i njihovo usmjeravanje. Oboljeli od BAP-a izloženi su socijalnoj izolaciji, nemogućnosti odlaska na posao, financijskim poteškoćama, stambenim i lošim životnim uvjetima zbog stigme (27). Kao rezultat toga, javljaju se problemi kao što su gubitak samopouzdanja kod pojedinaca, neugodnost, pogoršanje obiteljskih odnosa i problemi harmonije s društvom. Zbog stigme, psihosocijalno su pogođeni i članovi njihovih obitelji.

Stigmu prema duševnoj bolesti može uzrokovati društvo kao i zdravstveni djelatnici. U sustavnom pregledu, koji je ocjenjivao stigmu mentalnih poremećaja i pacijenata, utvrđeno je da zdravstveni djelatnici koji rade u zdravstvenom obrazovanju i ustanovama nisu pokazali nikakve promjene u posljednjih 10 godina, te da su zauzeli odbacujući i isključivi pristup (28).

Individualna uvjerenja, osobne karakteristike važne su odrednice stavova pojedinaca prema osobama oboljelim od BAP-a. Mišljenja medicinskih sestara i liječnika koji se susreću s pacijentima oboljelim od BAP-a vrlo su važna u smislu odražavanja njihovih stavova i ponašanja prema tim pacijentima. Negativni stavovi koji uzrokuju stigmatizaciju proizlaze iz stereotipa. Najčešći primjer stereotipa za pacijente koji boluju od BAP-a je mišljenje da su takve osobe opasne. Prema različitim studijama, ova vrsta stereotipa može se primijetiti kod zdravstvenih djelatnika. Navedeno je da su se medicinske sestre suzdržavale od bliskih odnosa s pacijentima oboljelim od BAP-a ili su ih smatrale agresivnima. Naglašeno je da zdravstveni djelatnici koji ne rade na psihijatrijskim odjelima nemaju pozitivne stavove prema pacijentima oboljelim od BAP-a (27,28). U nekim je studijama navedeno da zdravstveni djelatnici iz drugih područja mogu diskreditirati znanstvenu ili terapijsku učinkovitost psihijatrije. Odjel psihijatrije i zdravstveni djelatnici koji rade na takvim odjelima odvojeni su zbog karakteristika skupine pacijenata koji primaju skrb i time uzrokuju negativna stajališta. U usporedbi s

tjelesnim odjelima, dolazi do pada vrijednosti i zdravstveni djelatnici odbijaju graditi karijeru na psihijatrijskim odjelima.

1.6. Stigmatizacija psihijatrijskog sestrinstva

Rad sa stigmatiziranim osobama također može biti povezan sa stigmatizacijom psihijatrijskih medicinskih sestara. Stigma psihijatrijske medicinske sestre može biti uzrokovana čimbenicima kao što su nedostatak informacija o ulogama i odgovornostima psihijatrijske medicinske sestre, strah od nepoznatog, predrasude i povezanost s mentalnim zdravljem. Iako u literaturi postoje studije koje se bave mentalnim poremećajima pacijenata i njihovih obitelji na temu stigme, postoji ograničen broj studija koje pokazuju status stigmatizacije psihijatrijskih medicinskih sestara (29). Posljednjih je godina primijećeno da su psihijatriju i njegu mentalnog zdravlja stigmatizirali zdravstveni djelatnici koji rade u drugim područjima, kao i javnost i mediji. Jedna je studija utvrdila da negativne slike psihijatrije predstavljaju fenomen za stigmatizaciju.

Osim toga, u medijima se stručnjaci za mentalno zdravlje definiraju kao osobe koje kontroliraju, ne štite profesionalne granice, bezbrižne su i same mentalno bolesne. Halter je izjavio da bi lik "Nurse Ratched" u filmu "Let iznad kukavičjeg gnijezda" uzrokovao krivo shvaćanje psihijatrijskih sestara u javnosti. U studiji koja je ispitivala učinak stigme na psihijatrijske medicinske sestre, pokazalo se da su žene više stigmatizirane od muškaraca (30). Važno je da su sve specijalnosti sestrinske profesije jednako prihvaćene, a rješavanje problema stigmatizacije kod psihijatrijskih medicinskih sestara povećat će svijest o ovom problemu.

Iako rezultati različitih studija provedenih sa zdravstvenim djelatnicima u psihijatrijskim klinikama pokazuju da zaposlenici doživljavaju strah od stigmatizacije, ne postoji studija koja bi izravno identificirala stigmatizaciju psihijatrijskih medicinskih sestara i njihove strategije za suočavanje s tom situacijom.

2. HIPOTEZA

Za potrebe ovog istraživanja postavljene su sljedeće hipoteze:

H1 – Studenti 2. godine diplomskog studija sestrinstva FDMZ-a Sveta Nedelja nemaju predrasude prema oboljelima od bipolarnog afektivnog poremećaja

H2 – Studenti 2. godine diplomskog studija sestrinstva FDMZ-a Sveta Nedelja imaju razvijene pozitivne stavove prema oboljelima od bipolarnog afektivnog poremećaj.

3. CILJ

Cilj ovog istraživanja je ispitati stavove studenata 2. godine diplomskog studija sestrinstva FDMZ-a Sveta Nedelja prema oboljelima od bipolarnog afektivnog poremećaja.

Specifični ciljevi:

- Ispitati koji su to čimbenici koji mogu utjecati na negativne stavove studenata 2. godine diplomskog studija sestrinstva FDMZ-a Sveta Nedelja
- Ispitati kako profesionalni stavovi prema oboljelima od BAP-a utječu na privatne stavove studenata 2. godine diplomskog studija sestrinstva FDMZ-a Sveta Nedelja.

4. ISPITANICI I METODE

4.1. Ustroj studije

Provedeno je presječno istraživanje (31).

4.2. Ispitanici

Ispitanike su činili studenti 2. godine diplomskog sveučilišnog studija sestrinstvo Sveta Nedelja, ukupno 67 ispitanika koji su dobrovoljno pristali sudjelovati u ovom istraživanju. Sudjelovanje je bilo u potpunosti anonimno te je provedeno u svibnju 2022. godine.

4.3. Metode

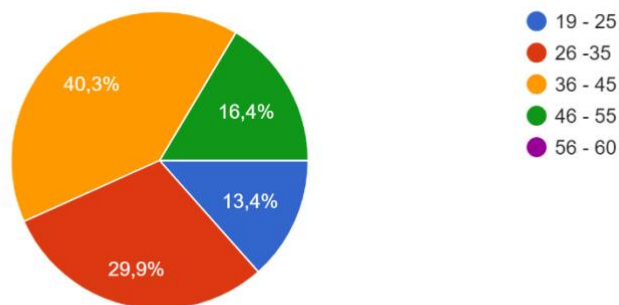
Podatci su prikupljeni putem anonimnog upitnika koji je izrađen samo za svrhu ovog diplomskog rada. Upitnik se sastojao od 20 pitanja zatvorenog tipa te je svaki ispitanik imao na izbor odabrati samo jedan od ponuđenih odgovora. Prvi dio upitnika odnosio se na sociodemografske podatke dok se drugi dio upitnika odnosio na stavove ispitanika prema oboljelim od BAP-a. Istraživanje je provedeno u online obliku te nije bilo potrebno priložiti informirani pristanak. Kriterij uključenja bio je da su svi ispitanici studenti 2. godine diplomskog sveučilišnog studija sestrinstvo pri Svetoj Nedelji.

4.4. Statističke metode

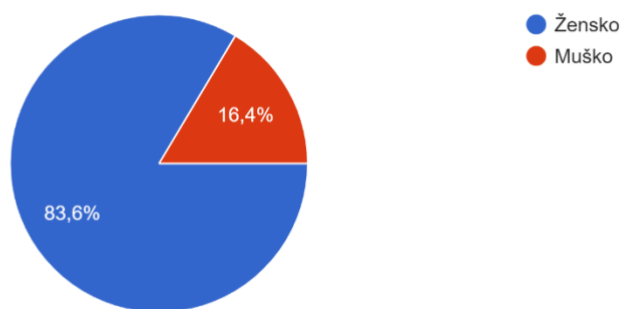
Za potrebe ovog istraživanja upitnik je distribuiran u online obliku putem službenog e-maila Sveučilišta kroz svibanj 2022. godine. Za obradu podataka korištena je deskriptivna statistika te su svi dobiveni podatci obrađeni u Microsoft Office Excel programu. Dobiveni rezultati bit će prikazani grafički, tablično i opisno.

5. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 67 ispitanika koji su u cijelosti odgovorili na sva postavljena pitanja te su ispunili upitnik tijekom svibnja 2022. godinu. Ispitanike su činili studenti svih dobnih skupina kako je prikazano na Slici 1. Najzastupljenija dob bila je od 36 do 45 godina starosti njih 40,3 % dok je najmanje ispitanika bilo od 19 do 25 godina starosti (13,4 %).

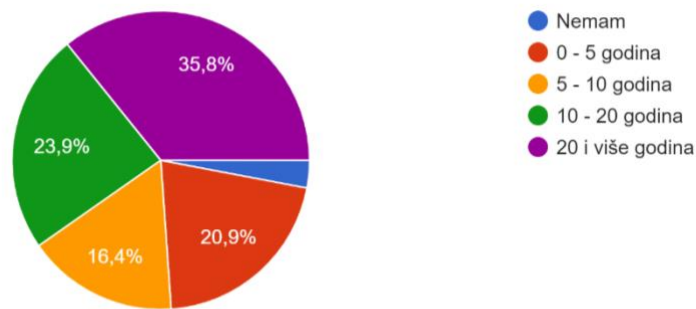


Slika 1. Prikaz distribucije dobivenih podataka za dob ispitanika



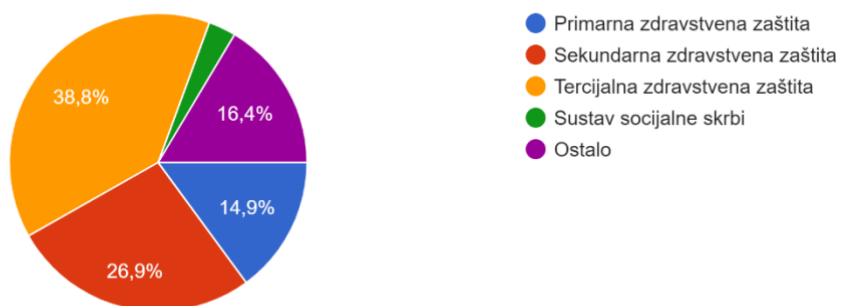
Slika 2. Prikaz distribucije odgovora za spol ispitanika

Distribucijom dobivenih rezultata vezanih za spol ispitanika, 83,6 % ispitanika je bilo ženskog spola dok 16,4 % muškog spola kako je prikazano u Slici 2.



Slika 3. Prikaz distribucije odgovora vezanih za radno iskustvo u struci

Distribucijom dobivenih rezultata vezanih za radno iskustvo ispitanika, 35,8 % ispitanika ima 20 i više godina radnog iskustva, 23,9 % ispitanika ima 10–20 godina radnog iskustva, 20,9 % ispitanika ima 0–5 godina radnog iskustva, 16,4 % ispitanika ima 5–10 godina radnog iskustva dok 3 % ispitanika nema radnog iskustva.



Slika 4. Prikaz distribucije odgovora vezanih za mjesto rada

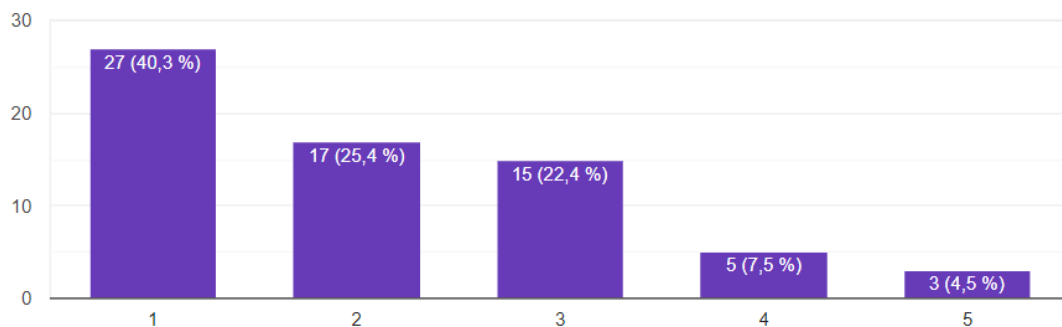
Distribucijom dobivenih rezultata vezanih za radno mjesto ispitanika, 38,8 % radi u tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, 26,9 % radi u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti, 16,4 % u ostalim oblicima zdravstvene zaštite, 14,9 % u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te 3 % ispitanika radi u sustavu socijalne skrbi.

Drugi dio upitnika sastojao se od pitanja vezanih za stavove ispitanika o oboljelima od bipolarnog afektivnog poremećaja kroz profesionalni i privatni život. Odgovori su se bodovali prema Likertovoj skali od 1 do 5, što odgovara:

1. ne slažem se
2. djelomično se slažem
3. niti se slažem, niti se ne slažem
4. slažem se
5. u potpunosti se slažem

5. Oboljeli od BAP-a su opasni za okolinu

67 odgovora

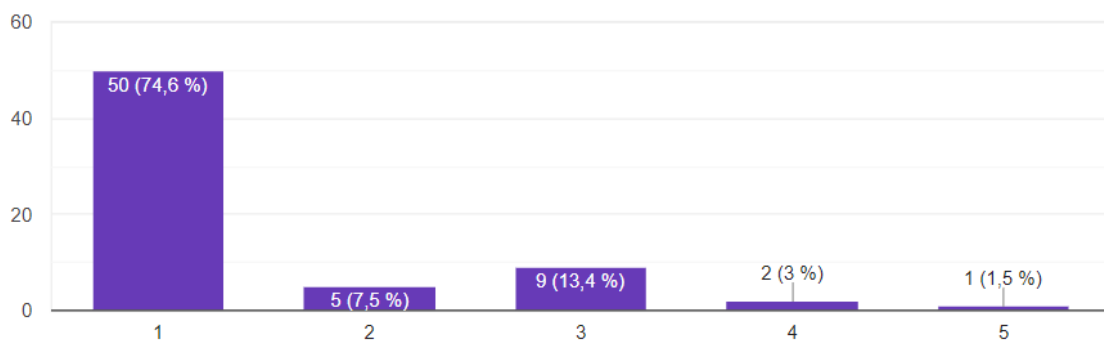


Slika 5. Prikaz distribucije odgovora na pitanje jesu li oboljeli od BAP-a opasni za okolinu

Distribucijom dobivenih rezultata kroz pitanje jesu li oboljeli od BAP-a opasni za okolinu, 40,3 % ispitanika tvrdi da se ne slaže, 25,4 % ispitanika se djelomično slaže, 22,4 % ispitanika se niti slaže niti ne slaže, 7,5 % ispitanika se slaže te 4,5 % ispitanika se u potpunosti slaže s postavljenom tvrdnjom kako je prikazano na Slici 5.

6. Oboljele od BAP-a treba izolirati od zdrave populacije

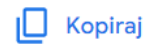
67 odgovora



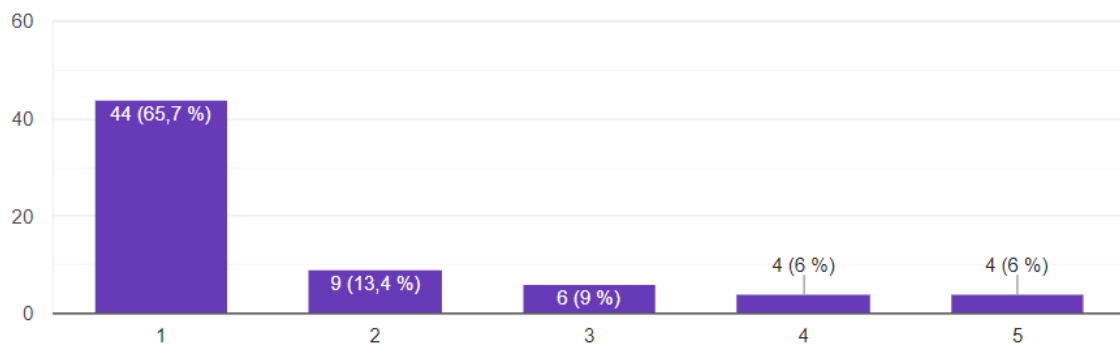
Slika 6. Prikaz distribucije odgovora na pitanje treba li oboljele od BAP-a izolirati od zdrave populacije

Distribucijom dobivenih podataka kroz pitanje treba li oboljele od BAP-a izolirati od zdrave populacije, 74,6 % ispitanika se ne slaže, 7,5 % ispitanika se djelomično slaže, 13,4 % ispitanika se niti slaže niti ne slaže, 3 % ispitanika se slaže te 1,5 % ispitanika se u potpunosti slaže.

7. Oboljeli od BAP-a ne bi trebali imati pravo na svoje životne odluke



67 odgovora

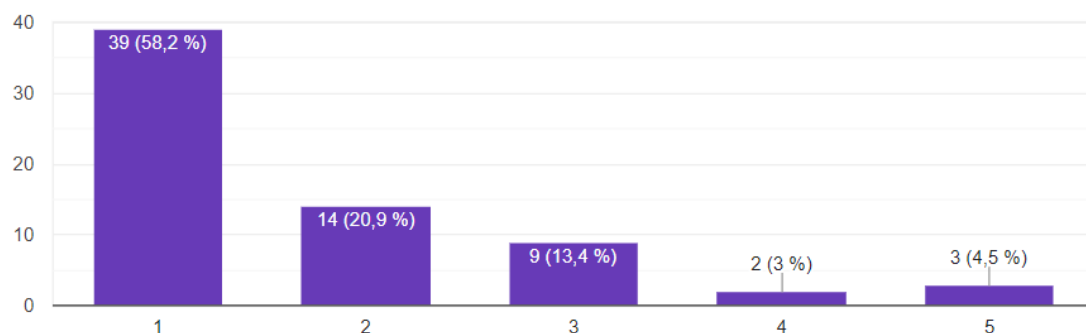


Slika 7. Prikaz distribucije odgovora na pitanje ne bi li oboljeli od BAP-a trebali imati pravo na svoje životne odluke

Distribucijom dobivenih podataka kroz pitanje ne bi li oboljeli od BAP-a trebali imati pravo na svoje životne odluke, 65,7 % ispitanika se ne slaže, 13,4 % ispitanika se djelomično slaže, 9 % ispitanika se niti slaže niti ne slaže, 6 % ispitanika se slaže dok se 6 % ispitanika u potpunosti slaže kako je prikazano na Slici 7.

8. Oboljeli od BAP-a ne bi trebali zasnivati vlastitu obitelj

67 odgovora

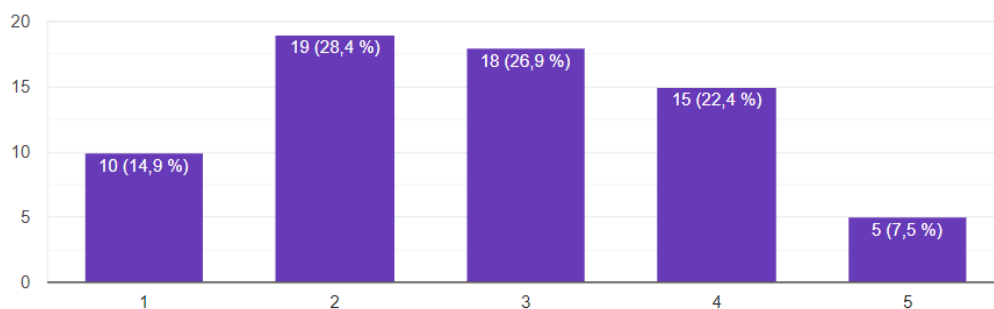


Slika 8. Prikaz distribucije odgovora na pitanje da oboljeli od BAP-a ne bi trebali zasnivati vlastitu obitelj

Distribucijom dobivenih odgovora kroz pitanje da oboljeli od BAP-a ne bi trebali zasnivati vlastitu obitelj, 58,2 % ispitanika se ne slaže, 20,9 % se djelomično slaže, 13,4 % ispitanika se niti slaže niti ne slaže, 3 % ispitanika se slaže, 4,5 % ispitanika se u potpunosti slaže kako je prikazano na Slici 8.

9. Oboljeli od BAP-a su nepredvidljivi

67 odgovora

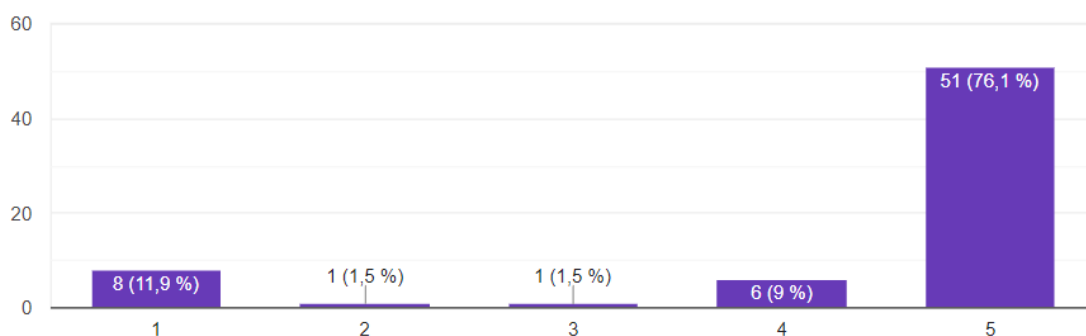


Slika 9. Prikaz distribucije odgovora na pitanje jesu li oboljeli od BAP-a nepredvidljivi

Distribucijom dobivenih podataka kroz pitanje jesu li oboljeli od BAP-a nepredvidljivi, 14,9 % ispitanika se ne slaže, 28,4 % ispitanika se djelomično slaže, 26,9 % ispitanika se niti slaže niti ne slaže, 22,4 % ispitanika se slaže, 7,5 % ispitanika se u potpunosti slaže kako je prikazano na Slici 9.

10. Oboljeli od BAP-a zaslužuju jednaku zdravstvenu skrb kao i fizički oboljeli bolesnici

67 odgovora

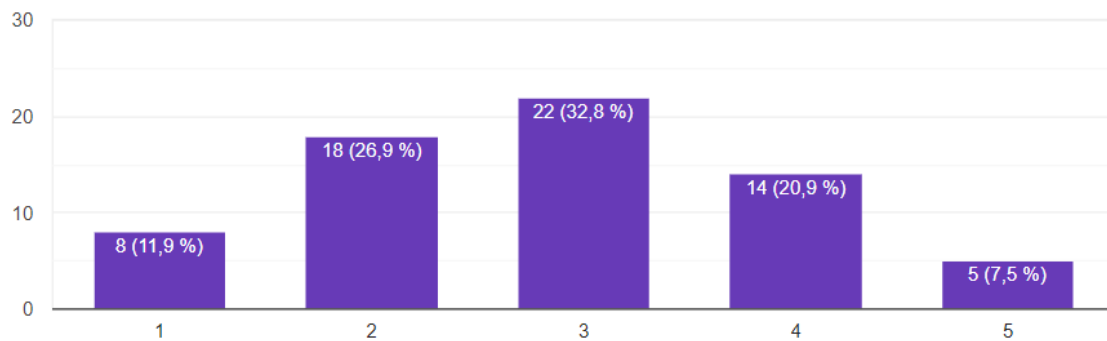


Slika 10. Prikaz distribucije odgovora na pitanje zaslužuju li oboljeli od BAP-a jednaku zdravstvenu skrb kao i fizički oboljeli

Distribucijom dobivenih podataka kroz pitanje zaslužuju li oboljeli od BAP-a jednaku zdravstvenu skrb kao i fizički oboljeli, 11,9 % ispitanika se ne slaže, 1,5 % ispitanika se djelomično slaže, 1,5 % ispitanika se niti slaže niti ne slaže, 9 % ispitanika se slaže, te 76,1 % ispitanika se u potpunosti slaže kako je prikazano na Slici 10.

11. Oboljeli od BAP-a nemaju kontrolu nad svojim emocijama

67 odgovora

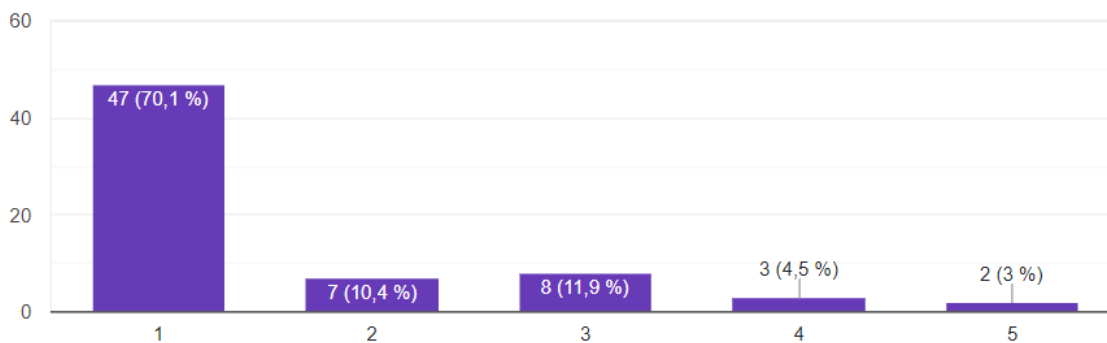


Slika 11. Prikaz distribucije odgovora na pitanje da oboljeli od BAP-a nemaju kontrolu nad svojim emocijama

Distribucija dobivenih podataka kroz pitanje da oboljeli od BAP-a nemaju kontrolu nad svojim emocijama, 11,9 % ispitanika se ne slaže, 26,9 % ispitanika se djelomično slaže, 32,8 % ispitanika se niti slaže niti se ne slaže, 20,9 % ispitanika se slaže te 7,5 % ispitanika se u potpunosti slaže kako je prikazano na Slici 11.

12. BAP se javlja samo kod osoba „slabe“ osobnosti

67 odgovora

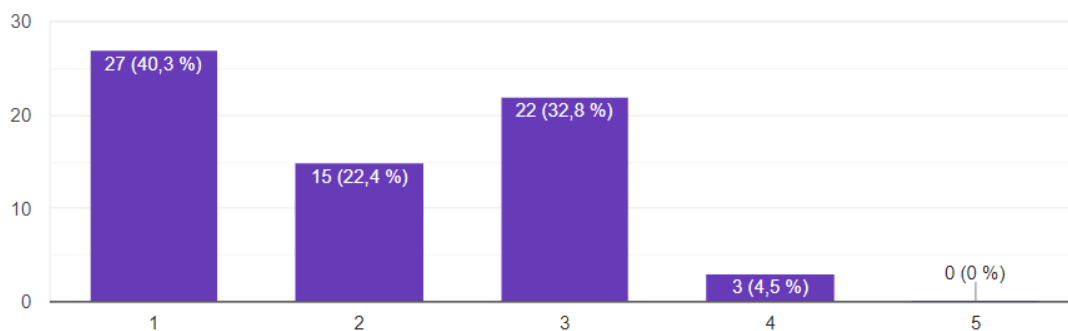


Slika 12. Prikaz distribucija odgovora na pitanje javlja li se BAP samo kod osoba “slabe“ osobnosti

Distribucijom dobivenih podataka kroz pitanje javlja li se BAP samo kod osoba “slabe“ osobnosti, 70,1 % ispitanika se ne slaže, 10,4 % ispitanika se djelomično slaže, 11,9 % ispitanika se niti slaže niti se ne slaže, 4,5 % ispitanika se slaže te 3 % ispitanika se u potpunosti slaže kako je prikazano na Slici 12.

13. Oboljeli od BAP-a imaju istu vrstu kontrole i discipline kao i mala djeca

67 odgovora

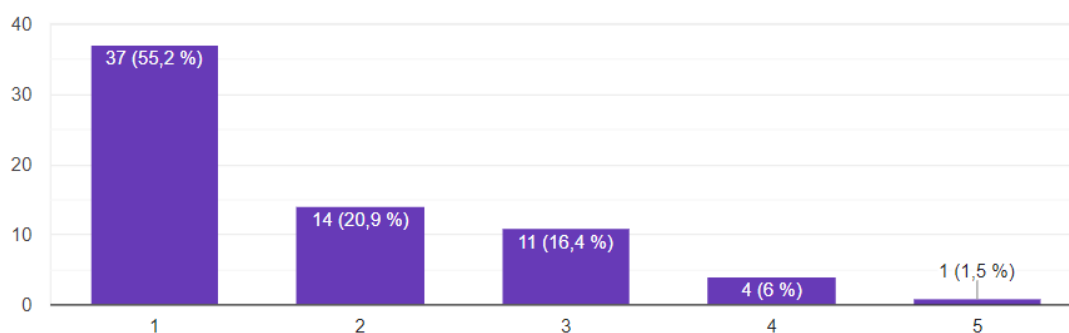


Slika 13. Prikaz distribucije odgovora na pitanje imaju li oboljeli od BAP-a istu vrstu kontrole i discipline kao i mala djeca

Distribucijom dobivenih podataka kroz pitanje da oboljeli od BAP-a imaju istu vrstu kontrole i discipline kao i mala djeca, 40,3 % ispitanika se ne slaže, 22,4 % ispitanika se djelomično ne slaže, 32,8 % ispitanika se niti slaže niti se ne slaže, 4,5 % ispitanika se slaže te ni jedan ispitanik 0 % se u potpunosti slaže kako je prikazano na Slici 13.

14. Oboljeli od BAP-a ne bi trebali snositi nikakvu odgovornost

67 odgovora

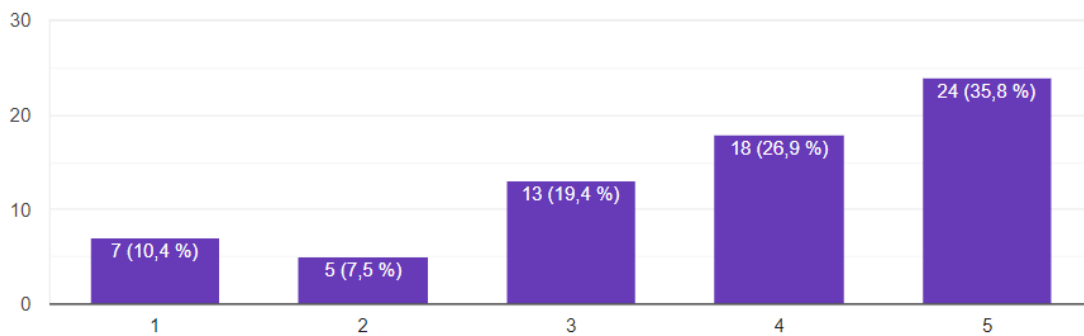


Slika 14. Prikaz distribucije odgovora na pitanje da oboljeli od BAP-a ne bi trebali snositi nikakvu odgovornost

Distribucijom dobivenih podataka kroz pitanje da oboljeli od BAP-a ne bi trebali snositi nikakvu odgovornost, 55,2 % ispitanika se ne slaže, 20,9 % ispitanika se djelomično slaže, 16,4 % ispitanika se niti slaže niti ne slaže, 6 % ispitanika se slaže te 1,5 % ispitanika se u potpunosti slaže kako je prikazano na Slici 14.

15. Mogao/la bih raditi s oboljelim od BAP-a

67 odgovora

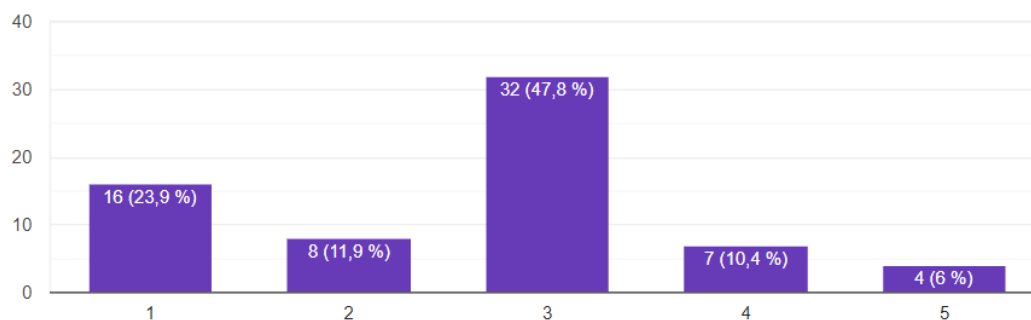


Slika 15. Prikaz distribucije odgovora na pitanje bi li mogao/la raditi s oboljelim od BAP-a

Distribucijom dobivenih podataka kroz pitanje bi li mogao/la raditi s oboljelim od BAP-a, 10,4 % ispitanika se ne slaže, 7,5 % ispitanika se djelomično slaže, 19,4 % ispitanika se niti slaže niti se ne slaže, 26,9 % ispitanika se slaže te 35,8 % ispitanika se u potpunosti slaže kako je prikazano na Slici 15.

16. Mogao/la bih se vjenčati/udati se za oboljelog od BAP-a

67 odgovora

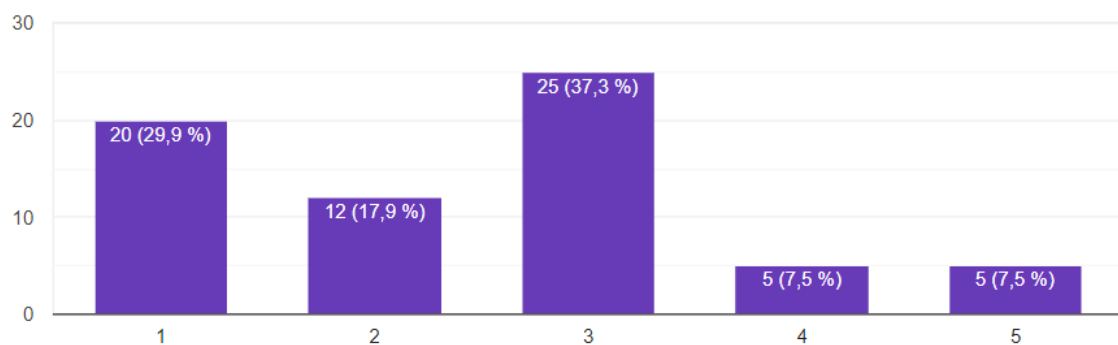


Slika 16 Prikaz distribucije odgovora na pitanje bi li se mogao/la vjenčati/udati se za oboljelog od BAP-a

Distribucijom dobivenih podataka kroz pitanje bi li se mogao/la vjenčati/udati se za oboljelog od BAP-a, 23,9 % ispitanika se ne slaže, 11,9 % ispitanika se djelomično slaže, 47,8 % se niti slaže niti ne slaže, 10,4 % ispitanika se slaže te njih 6 % ispitanika se u potpunosti slaže kako je prikazano na Slici 16.

17. Mogao/la bih zasnovati obitelj s oboljelim od BAP-a

67 odgovora

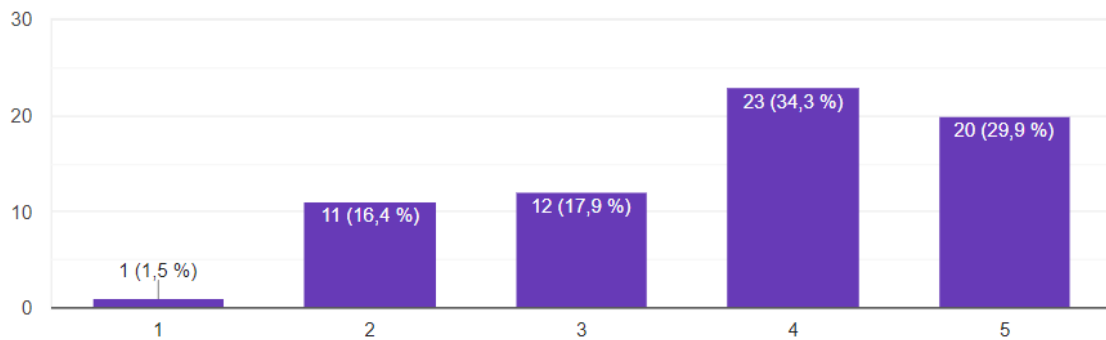


Slika 17. Prikaz distribucije odgovora na pitanje bi li mogao/la zasnovati obitelj s oboljelim od BAP-a

Distribucijom dobivenih podataka kroz pitanje bi li mogao/la zasnovati obitelj s oboljelim od BAP-a, 29,9 % ispitanika se ne slaže, 17,9 % ispitanika se djelomično slaže, 37,3 % ispitanika se niti slaže niti se ne slaže, 7,5 % ispitanika se slaže te njih 7,5 % ispitanika se u potpunosti slaže kako je prikazano na Slici 17.

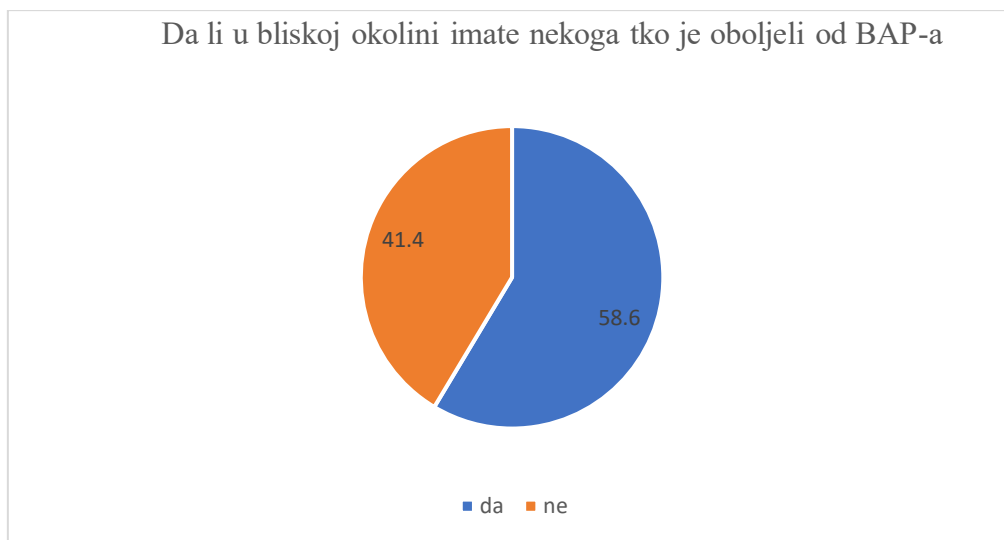
18. Dozvolio/la bih da se moja djeca druže s oboljelim od BAP-a

67 odgovora



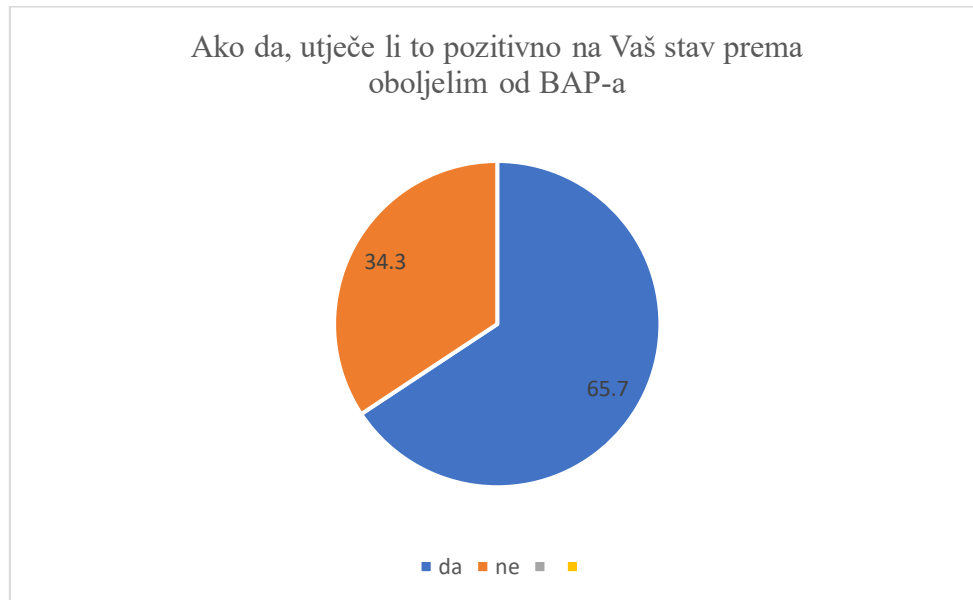
Slika 18. Prikaz distribucije odgovora na pitanje bi li dozvolio/la da se moja djeca druže s oboljelim od BAP-a

Distribucijom dobivenih podataka kroz pitanje bi li dozvolio/la da se moja djeca druže s oboljelim od BAP-a, 1,5 % se ne slaže, 16,4 % ispitanika se djelomično slaže, 17,9 % ispitanika se niti slaže niti se ne slaže, 34,3 % ispitanika se slaže te njih 29,9 % ispitanika se u potpunosti slaže kako je prikazano na Slici 18.



Slika 19. Prikaz distribucije odgovora na pitanje imate li u bliskoj okolini nekoga tko je oboljeli od BAP-a

Distribucijom dobivenih podataka kroz pitanje imaju li ispitanici nekoga u bliskoj okolini oboljelog od BAP-a, 58,6 % ispitanika imaju nekog u vlastitoj okolini oboljelog od BAP-a dok njih 41,4 % ispitanika nema kako je prikazano na Slici 19.



Slika 20. Prikaz distribucija odgovora na pitanje ako je odgovor da, utječe li to pozitivno na Vaš stav prema oboljelima od BAP-a

Distribucijom dobivenih podataka kroz pitanje ako je odgovor na prethodno bio da, utječe li to pozitivno na Vaš stav prema oboljelima od BAP-a, 65,7 % ispitanika odgovorilo da utječe dok 34,3 % ispitanika iznosi da ne utječe kako je prikazano na Slici 20

6. RASPRAVA

Mentalno zdravlje i dobrobit ključni su za kvalitetu života pojedinaca i produktivnost zajednice. Jedna od glavnih prepreka ostvarenja mentalnog zdravlja i dobrobiti su stigma i diskriminacija koji mogu utjecati na sve aspekte života pojedinca. Thornicroft G. i suradnici smatraju stigmom amalgamom neznanja i dezinformacija zbog nedostatka znanja, predrasuda i dovode do negativnih stavova i diskriminacije koja proizlazi iz društvene isključenosti ili izbjegavanja (1). Istraživanje je pokazalo da stigma doprinosi odgađanju traženja liječenja. Stigma i diskriminacija prema onima koji imaju mentalne bolesti su najveća prepreka oporavku i pružanju učinkovite skrbi i liječenja. Također je prijavljeno da mnogi psihijatrijski pacijenti doživljavaju diskriminaciju od zdravstvenih djelatnika, uključujući liječnike i medicinske sestre. Zapravo, neke su studije otkrile da zdravstveni djelatnici imaju negativnije stavove prema mentalnim bolestima od opće javnosti što dodatno ograničava stope oporavka i kvalitetu skrbi, dok se za pozitivne stavove medicinskih sestara kaže da daju nadu, potiču pojedince da preuzmu kontrolu nad svojim životima i proaktivno se uključe u donošenje odluka o svojoj budućnosti (32).

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 67 studenata/ispitanika 2. godine diplomskog sveučilišnog studija sestrinstva Sveta Nedelja. Najviše ispitanika je bilo ženskog spola (83,6 %) dok je muških ispitanika bilo 16,4 %, čime možemo reći da je sestrinstvo i dalje u većini ženska profesija iako se i to mijenja. Vezano za dob ispitanika dobiveni su podatci da je najviše ispitanika bilo u dobi od 36 do 45 godina starosti (40,3 %), zatim u dobi od 26 do 35 godina starosti, u dobi od 46 do 55 godina starosti 16,4 % te 13,4 % ispitanika je bilo u dobi od 19 do 24 godina starosti čime možemo zaključiti da ispitanici koji su sudjelovali u istraživanju imaju dovoljno stručnog i iskustvenog znanja vezanog za kliničku praksu. Nadalje, vezano za radno iskustvo u struci dobiveni su raznoliki podatci, najviše ispitanika ima 20 godina i više radnog iskustva u struci (35,8 %), 23,9 % ispitanika ima između 10 i 20 godina radnog iskustva, 20,9 % ispitanika ima od 0 do 5 godina radnog iskustva dok 16,4 % ispitanika ima između 5 i 10 godina radnog iskustva u struci. Najmanje zastupljeni su bili ispitanici koji nemaju radnog iskustva u struci, svega 2 ispitanika (3 %). Dobiveni podatci vezani za mjesto rada, najviše ispitanika, 38,8 % dolazi iz tercijarne zdravstvene zaštite, 26,9% ispitanika radi u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti, 16,4 % ispitanika navodi odgovor pod ostalo, 14,9 % ispitanika je zaposleno u primarnoj zdravstvenoj zaštiti dok 3 % ispitanika

radi u sustavu socijalne skrbi. Time možemo zaključiti da su profesionalni profili ispitanika iz svih oblika pružanja zdravstvene zaštite te da su znanja u području pružanja zdravstvene njege raznolika čime se i obogaćuju i sami stavovi prema oboljelima od BAP-a iz svih razina zdravstvene zaštite.

Drugi dio istraživanja odnosio se na stavove ispitanika prema oboljelima od BAP-a. U teorijskom dijelu rada navedeno je da je BAP mentalni poremećaj koji se sastoji od maničnih/hipomaničnih i depresivnih epizoda ili maničnih epizoda odvojenih razdobljima stabilnog raspoloženja. Manične epizode uključuju povišeno ili razdražljivo raspoloženje, hiperaktivnost, povećanu količinu govora, pojačano samopoštovanje i smanjenu potrebu za snom (33). Također, životna prevalencija BAP-a je 1,0 % za BAP-I, 1,1 % za BAP-II i 2,4 % za BAP ispod praga. BAP je iscrpljujući poremećaj zbog ranog početka, ozbiljnosti i kroniciteta. Štoviše, postoji veliki teret medicinskih sestara povezan s ponašanjem pacijenata i disfunkcijom uloge pacijenata i medicinske sestre (34).

Vjerovanja i stavovi zdravstvenih djelatnika prema mentalnim bolestima mogu utjecati na razinu skrbi i liječenja koje oboljeli primaju. O znanju, vjerovanjima i stavovima o BAP-u opširno se raspravlja u literaturi. Studija u Ujedinjenom Kraljevstvu istraživala je uvjerenja medicinskih sestara o uzroku i liječenju BAP-a. Kemijska neravnoteža mozga, uporaba droga, emocionalna trauma iz djetinjstva i genetika bili su najčešći uzroci (35). Studija u Španjolskoj o mišljenjima i uvjerenjima o shizofreniji i BAP-u otkrili su da 72 % španjolske populacije podržava psihološko liječenje kao učinkovit terapijski izbor. Ova je studija također pokazala prevladavajuću zabrinutost, uključujući društveno odbacivanje i nedostatak informacija i resursa. Nadalje, više od polovice sudionika u prvom nacionalnom istraživanju znanja, stavova i ponašanja prema BAP-u u Francuskoj navelo je stresne životne događaje, životni stil/okruženje te zlouporabu droga i alkohola kao najvažnije čimbenike rizika za BAP, dok je 1/4 sudionika odabrala genetske čimbenike (36). Iako su i biomedicinski i psihosocijalni uzroci BAP-a bili prihvaćeni od stanovnika Ujedinjenog Kraljevstva, ovo možda nije isto u drugim kulturama koje imaju drugačija vjerovanja.

U Saudijskoj Arabiji osoblje opće bolnice pokazalo je nerazumijevanje prema psihijatrijskim poremećajima. Nedostatno znanje i negativne stavove prijavili su i liječnici i pacijenti u drugoj saudijskoj općoj bolnici, što je negativno utjecalo na stope stabilnih remisija oboljelih od

BAP-a. Kvalitativno istraživanje provedeno u saudijskim centrima primarne zdravstvene zaštite izvijestilo je o tradiciji i kulturnim normama kao glavnom razlogu stigme povezane s

BAP-om. Osim toga, navedeni su i drugi značajni razlozi stigme, npr. strah od reakcije psihijatrijskih pacijenata, nedostatak svijesti zajednice o psihijatrijskim poremećajima i ulozi psihijatra, uvjerenje da se psihijatrijski poremećaji ne mogu izliječiti te da su psihijatrijski poremećaji nasljedni. Također ovisi hoće li oboljeli pacijenti od BAP-a potražiti psihijatrijsku pomoć. Sudionici kvalitativnog istraživanja često su spominjali traženje pomoći od obitelji ili prijatelja prije savjetovanja s psihijatrom (37). S druge strane, zabilježen je i odlazak kod "šeika" (religioznih ljudi) na liječenje Kur'anom. Što se tiče pacijenata oboljelih od BAP-a, studija iz Egipta provedena na pacijentima s BAP-om pokazala je da je 40,8 % njih potražilo pomoć kod tradicionalnih iscjelitelja prije nego što je potražilo psihijatrijsku pomoć (38). Druge studije provedene u Saudijskoj Arabiji i Sudanu također su izvijestile da su pacijenti oboljeli od

BAP-a među posjetiteljima tradicionalnih iscjelitelja koji tumače da su psihijatrijski poremećaji uzrokovani duhovnim i nadnaravnim uzrocima, npr. džinima, trećim okom i čarobnjaštvom. Ovo vjerojatno predstavlja važan uzrok kašnjenja u traženju psihijatrijske pomoći što može pogoršati prognozu ishoda liječenja. Kroz ova istraživanja možemo zaključiti da različite kulture, znanja i stavovi uvelike utječu i na same pacijente oboljele od BAP-a te time ti pacijenti nemaju adekvatno pruženu skrb.

Kroz dobivene podatke ovog istraživanja 40,3 % ispitanika se ne slaže da su oboljeli od BAP-a opasni za okolinu, 25,4 % ispitanika se djelomično slaže, 22,4% ispitanika se niti slaže niti ne slaže, 7,5 % ispitanika se slaže dok se 4,5 % ispitanika u potpunosti slaže. Nadalje, ispitanici smatraju da se oboljele od BAP-a ne treba izolirati od zdrave populacije dok mali postotak, 4,5 % ispitanika smatra da bi ih se trebalo odvojiti od zdrave populacije. Većina ispitanika, 65,7 % smatra da da bi oboljeli od BAP-a trebali imati pravo na svoje životne odluke, dok 12 % smatra da im se to pravo treba oduzeti. Time možemo zaključiti da jedan dio ispitanika i dalje ima predrasude i krive stavove prema oboljelima od BAP-a pa samim time i prema mentalnim poremećajima.

U istraživanju Alosaimi FD, i surdanici (2019.) dobiveni su rezultati da studenti i zdravstveni djelatnici imaju znatno veću svijest o BAP-u, posebno u smislu uzroka i liječenja (39). Slični su nalazi objavljeni u drugim studijama koje su pokazale da i psihijatri i medicinske sestre imaju bolje biopsihosocijalno razumijevanje mentalnih bolesti od laičke javnosti, vjerojatno zbog njihovog obrazovanja i kliničkog iskustva. Druga je studija pokazala da su zdravstveni djelatnici koji se ne bave mentalnim zdravljem općenito upoznati npr. s krvnim tlakom, ali su manje upoznati s farmakoterapijom za njegovo liječenje. Povećano znanje među studentima

može se pripisati njihovom čestom razgovoru, raspravama i dijeljenju informacija na društvenim mrežama vezanim za mentalne poremećaje (40). Ovi rezultati podupiru dobrobit proširenja napora u obrazovanju zdravstvenih kliničara (liječnika i medicinski sestara) i razvijanja pouzdanih informacija o BAP-u za studente i zdravstvene djelatnike na društvenim mrežama korištenjem profesionalnih kanala.

Analizom dobivenih rezultata ovog istraživanja 58,2 % ispitanika smatra da bi oboljeli od BAP-a trebali zasnovati svoju vlastitu obitelj, 13,4 % je neodlučno dok 7,5 % ispitanika smatra da im se ta mogućnost ne bi trebala pružiti. Time možemo zaključiti da su stavovi studenata 2. godine diplomskog studija sestrinstva Svete Nedelje pozitivni i da nemaju predrasude prema oboljelima od BAP-a. Nadalje, vezano za ponašanje oboljelih od BAP-a, samo 14,9 % ispitanika se ne slaže da su oboljeli od BAP-a nepredvidljivi, 28,4 % i 26,9 % ispitanika ostaje djelomično ili potpuno neopredijeljeno dok 29,9 % ispitanika smatra da oboljeli od BAP-a jesu nepredvidljivi. Kroz dobivene rezultate zaslužuju li oboljeli od BAP-a jednaku zdravstvenu skrb kao i fizički oboljeli od neke tjelesne bolesti, 76,1 % ispitanika se u potpunosti složilo da oboljeli od BAP-a zaslužuju jednaku zdravstvenu skrb čime se također može potvrditi prva postavljena hipoteza da su stavovi studenata/ispitanika pozitivni prema oboljelima od BAP-a.

Vezano za emocionalni dio oboljelih od BAP-a dobiveni su raznoliki odgovori. Kroz pitanje da oboljeli od BAP-a nemaju kontrolu nad svojim emocijama, 11,9 % ispitanika se ne slaže, 26,9 % ispitanika se djelomično slaže, 32,8 % niti se slaže niti se ne slaže, znači ostaje suzdržano, 20,9 % ispitanika se slaže dok 7,5 % ispitanika se u potpunosti slaže da su oboljeli od BAP-a emocionalno labilne osobe. Na pitanje javlja li se BAP samo kod osoba slabe osobnosti, većina ispitanika, 70,1 % se ne slaže s postavljenom tvrdnjom dok 7,5 % ispitanika smatra da je tvrdnja ispravna. Možemo zaključiti da se gotovo jednak postotak na postavljena pitanja proteže kroz cijelo istraživanje. To možemo pripisati manjem postotku ispitanika koji vjerojatno ima razvijene predrasude prema oboljelima od BAP-a i mentalnim poremećajima zbog, možda, nedovoljnog znanja i iskustva te se time otvara mogućnost za daljnja istraživanja na ovu temu. Te podatke možemo usporediti s podacima istraživanja Jorm AF, i suradnika iz već sada davne 2006. godine gdje su također dobiveni rezultati da nedovoljno iskustva i znanja o mentalnim poremećajima stvara veće predrasude i iskrivljene stavove prema oboljelima.

Iako su istraživanja odražavala pozitivne stavove i uvjerenja o BAP-u u smislu sposobnosti za učinkovit rad (85,8 %), nedavno istraživanje o stigmati u poremećajima raspoloženja otkrilo je

da je 66 % osoba s BAP-om bilo nezaposleno uglavnom zbog psihijatrijskih ili medicinski povezanih problema (41). U socijalnoj domeni, negativni stavovi uključivali su (silaznim redoslijedom): nevoljkost vjenčanja s osobom kojoj je prethodno dijagnosticiran BAP, smatranje da je sramota spomenuti da netko u obitelji ima BAP, nevoljkost održavanju prijateljstva s nekim s BAP-om, vjenčati se s osobom čiji članovi obitelji imaju dijagnozu BAP-a ili reći svom budućem supružniku kako im je dijagnosticiran BAP. Ovi negativni stavovi o braku mogu se objasniti vjerovanjem u nasljednost ili genetske uzroke BAP-a, što je potvrdila trećina sudionika. Slično tome, prethodna kvalitativna istraživačka studija otkrila je da je široko rasprostranjeno uvjerenje da su psihijatrijski poremećaji ili nasljedni ili neizlječivi razlog njihove stigme. Drugi potencijalni razlozi za stigmatizaciju zajednice koji mogu pridonijeti negativnim stavovima pronađenim u istraživanjima uključuju tradiciju, kulturne norme, odgoj, nedostatak javne svijesti i strah od agresije i nasilja od psihijatrijskih pacijenata (42). Iskustvo stigme utjecalo je na pacijente oboljele BAP-om u smislu njihove kvalitete života (36 %), sposobnosti interakcije s obitelji (24 %) i sposobnosti sklapanja ili održavanja prijateljstva (20 %) (43). Pacijenti oboljeli od BAP-a također smatraju da se prosječna osoba boji nekoga s ozbiljnom mentalnom bolešću (48 %) i pokušavaju izbjeći situacije koje bi mogle biti stigmatizirajuće (56 %) (44). To ih može navesti da prestanu uzimati lijekove prije braka, što je stresan događaj te rezultira recidivima tijekom njihovog medenog mjeseca. Također, vjenčanje u konzervativnoj zemlji, gdje se muškarac obično oženi ženom bez prethodne osobne veze, može navesti ljude da ne izaberu buduću ženu koja ima mentalni poremećaj.

Nadovezujući se na gore navedena istraživanja, kroz dobivene rezultate ovog istraživanja da oboljeli od BAP-a imaju istu vrstu kontrole i discipline kao i mala djeca, 40,3 % ispitanika se ne slaže s postavljenom tvrdnjom, 55,2 % ispitanika ostaje suzdržano i djelomično se slaže, dok mali postotak ispitanika (4,5 %) se slaže s postavljenom tvrdnjom. Kroz odgovornost oboljelih od BAP-a te da ne bi trebali snositi nikakvu odgovornost u svakodnevnom životu, 55,2 % ispitanika se ne slaže s tom tvrdnjom, 20,9 % ispitanika se djelomično slaže, 16,4 % ispitanika ostaje suzdržano dok 7,5 % ispitanika se slaže s postavljenom tvrdnjom da oboljeli od BAP-a ne bi trebali snositi odgovornost.

Dolazimo do djela istraživanja gdje se ispituje bi li ispitanici mogli raditi s osobom koja je oboljela od BAP-a, samo 10,4 % ispitanika se ne slaže, tj. ne bi moglo raditi s oboljelim, dok 62,7 % ispitanika smatra da bi moglo raditi s oboljelim od BAP-a čime zaključujemo da studenti/ispitanici imaju razvijene pozitivne stavove prema oboljelima od BAP-a te time

potvrđujemo i drugu postavljenu hipotezu. Bi li se mogli vjenčati/udati za oboljelog od BAP-a 23,9 % ispitanika ne bi moglo, 47,8 % ispitanika ostaje suzdržano dok 1,4 % ispitanika smatra da bi pristalo na bračnu zajednicu s oboljelima od BAP-a. Vezano za zasnivanje obitelji s osobom oboljelom od BAP-a, 29,9 % ispitanika smatra da to ne bi moglo, 17,9 % i 37,3 % ispitanika ostaje suzdržano ili se djelomično slaže dok 15 % ispitanika smatra da bi to moglo. Tu se možemo referirati na podatke da BAP može biti nasljedan, pa samim time je i oprez ispitanika kroz postotak suzdržanosti na ovo pitanje veći. Zatim, većina ispitanika se slaže s tvrdnjom da bi dozvolili da se njihova djeca druže s oboljelima od BAP-a, 64,2 % ispitanika bi bez osude to dozvolila dok mali postotak ispitanika od 1,5 % ne bi to dozvolilo, pa samim time nije ni značajan za ovo postavljeno pitanje. I kao završno pitanje imaju li ispitanici u svojoj okolini oboljelu osobu od BAP-a većina ispitanika, 58,6 % ima te u velikom postotku od 65,7 % je upravo to imalo pozitivan stav prema oboljelima od BAP-a. time možemo zaključiti da svi koji imaju doticaja s oboljelima od BAP-a ili drugih mentalnih poremećaja imaju pozitivne stavove prema oboljelima te bi trebalo poraditi na širenju svijesti prema svim mentalnim poremećajima kao i prihvaćanju osoba koje boluju od istih (45).

7. ZAKLJUČAK

Kroz rezultate provedenog istraživanja možemo zaključiti:

- Studenti 2. godine diplomskog studija sestinstva FDMZ Svete Nedelje većinom imaju pozitivne stavove prema oboljelima od BAP-a.
- Studenti 2. godine diplomskog studija sestinstva FDMZ Svete Nedelje većinom nemaju razvijene predrasude prema oboljelima od BAP-a.
- Ispitanici imaju dovoljno znanja kako bi znali procijeniti da oboljeli od BAP-a nisu opasni za svoju okolinu.
- Nedovoljno znanja kroz formalno i neformalno obrazovanje mogu biti čimbenici za razvoj negativnih stavova prema oboljelima od BAP-a kao i drugih mentalnih poremećaja.
- Profesionalni stavovi ispitanika uvelike mogu utjecati na osobne stavove vezane za oboljele od BAP-a u pozitivnoj konotaciji.

8. SAŽETAK

CILJ ISTRAŽIVANJA: Ispitati i prikazati stavove studenata 2. godine diplomskog studija sestrištva FDMZ-a Sveta Nedelja prema oboljelima od bipolarnog afektivnog poremećaja.

USTROJ STUDIJE: Provedeno je presječno istraživanje.

ISPITANICI I METODE: Ispitanike su činili studenti 2. godine diplomskog studija sestrištva FDMZ-a Sveta Nedelja. Uzorak je činio 67 ispitanika koji su dobrovoljno pristali sudjelovati u istraživanju. Sudjelovanje u istraživanju je bilo potpuno anonimno te je provedeno tijekom svibnja 2022. godine.

REZULTATI: Najviše ispitanika je bilo ženskog spola u dobi 36–45 godina starosti. Ispitanici su imali većinom pozitivne stavove i većinom nemaju predrasude prema oboljelima od bipolarnog afektivnog poremećaja kroz profesionalni i privatni život. Opisom frekvencije pojedinih varijabli većinom nije pronađena razlika u čimbenicima koji bi negativno utjecali na stavove i predrasude ispitanika.

ZAKLJUČAK: Rezultati ovog istraživanja pokazuju da studenti 2. godine diplomskog studija sestrištva u Svetoj Nedelji imaju pozitivno razvijene stavove prema oboljelima od bipolarnog afektivnog poremećaja te da nemaju razvijene predrasude prema oboljelima. To možemo potkrijepiti zaključkom da sustavno obrazovanje i profesionalni rast mogu pridonijeti prihvaćanju oboljelih od mentalnih poremećaja kao i radu na destigmatizaciji istih.

KLJUČNE RIJEČI: bipolarno afektivni poremećaj, medicinska sestra, pacijent, predrasude, stigma, stavovi

9. SUMMARY

Attitudes of second year nursing graduate students at FDMZ – Sveta Nedelja towards patients with bipolar affective disorder

OBJECTIVES: To examine and present the attitudes of the students of the second year of the nursing graduate studies at the FDMZ Sveta Nedelja towards patients with bipolar affective disorder.

STUDY STRUCTURE: A cross-sectional study was conducted.

RESPONDENTS AND METHODS: The respondents were students of the second year of nursing graduate studies in nursing at the FDMZ Sveta Nedelja. The sample consisted of 67 respondents who voluntarily agreed to participate in the research. Participation in the research was completely anonymous and was conducted in May 2022.

RESULTS: Most of the respondents were female, aged 36 to 45. The respondents had positive attitudes and were without prejudice towards patients with bipolar affective disorder throughout their professional and private lives. No statistically significant difference was found in the factors that would have a negative impact on the respondents' attitudes and prejudice.

CONCLUSION: The results of this research show that students of the second year of nursing graduate studies in Sveta Nedelja have positive attitudes towards patients with bipolar affective disorder and that they have not developed prejudices towards the patients. This finding can be supported by the conclusion that systematic education and professional growth can contribute to the acceptance of those suffering from mental disorders, as well as the work on their de-stigmatization.

KEY WORDS: bipolar affective disorder, nurse, patient, prejudice, stigma, attitudes

10. LITERATURA

1. Thornicroft G, Brohan E, Kassam A, Lewis-Holmes E. Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *Int J Ment Health Syst.* 2008;2:3.
2. Gavazzi G, Mallaret MR, Couturier P, Iffenecker A, Franco A. Bloodstream infection: differences between young-old, old, and old-old patients. *J Am Geriatr Soc.* 2012;50:1667–73.
3. Davis A, McMahon CM, Pichora-Fuller KM, Russ S, Lin F, Olusanya BO, et al. Aging and hearing health: the life-course approach. *Gerontologist.* 2016;56(2):S256–67.
4. Amieva H, Ouvrard C, Giulioli C, Meillon C, Rullier L, Dartigues JF. Self-reported hearing loss, hearing aids, and cognitive decline in elderly adults: a 25-year study. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63:2099–104.
5. Kapungwe A, Cooper S, Mayeya J, Mwanza J, Mwape L, Sikwese A, et al. Attitudes of primary health care providers towards people with mental illness: evidence from two districts in Zambia. *Afr J Psychiatry.* 2011;14(4):290–297.
6. Benedicto M, Mndeme E, Mwakagile D, Mwansisya T. Community knowledge, attitudes and perception towards mental illness in Dodoma Municipality, Tanzania. *ARC J Public Health Community Med.* 2016;1(3):10–18.
7. Mariam M, Bedaso A, Ayano G, Ebrahim J. Knowledge, attitude and factors associated with mental illness among nurses working in public hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *J Ment Disord Treat.* 2016;2(108):2.
8. Deribew M, Tesfaye M. Assessment of knowledge, attitude and practice of nursing staff towards mental health problems in Jimma zone, south western Ethiopia. *Ethiop J Health Sci.* 2015;15(2).
9. Chambers M, Guise V, Välimäki M, Botelho MAR, Scott A, Staniulienė V, et al. Nurses' attitudes to mental illness: a comparison of a sample of nurses from five European countries. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(3):350–362.
10. Hsiao CY, Lu HL, Tsai YF. Factors influencing mental health nurses' attitudes towards people with mental illness. *Int J Ment Health Nurs.* 2015;24(3):272–280.
11. Linden M, Kavanagh R. Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *J Adv Nurs.* 2012;68(6):1359–1368.

12. Adebowale T UL, Richard Gater R, Akinhanmi A, Ogunlesi A. Evaluation of a mental health training course for primary health care workers in Ogun State, South West, Nigeria. *J Psychiatry* 17: 1000141. doi: 10.4172. *Psychiatry*. 2014;1000141:2.
13. Isaac MK, Kapur R, Chandrashekar C, Kapur M, Pathasarathy R. Mental health delivery through rural primary care—development and evaluation of a training programme. *Indian J Psychiatry*. 2012;24(2):131.
14. Danielson B. Reducing nursing stigma of patients diagnosed with psychiatric illnesses on a medical-surgical inpatient unit: The University of North Carolina at Chapel Hill; 2017.
15. Minas H, Zamzam R, Midin M, Cohen A. Attitudes of Malaysian general hospital staff towards patients with mental illness and diabetes. *BMC Public Health*. 2011;11(1):317.
16. Arvaniti A, Samakouri M, Kalamara E, Bochtsou V, Bikos C, Livaditis M. Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019;44(8):658–665.
17. Solanki CK, Shah HM, Vankar GK, Parikh MN. Attitude toward mental illnesses among paramedical professionals and junior doctors. *Ann Indian Psychiatry*. 2017;1(2):102.
18. Mavundla T, Uys L. The attitudes of nurses towards mentally ill people in a general hospital setting in Durban. *Curationis*. 2017;20(2):3–7.
19. Mårtensson G, Jacobsson JW, Engström M. Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of related factors. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(9):782–788.
20. Pelzang R. Attitude of nurses towards mental illness in Bhutan. *J Bhutan Stud*. 2010;22(3):60–77.
21. van der Kluit MJ, Goossens PJ. Factors influencing attitudes of nurses in general health care toward patients with comorbid mental illness: an integrative literature review. *Issues Ment Health Nursing*. 2011;32(8):519–527.
22. Okpalauwaekwe U, Mela M, Oji C. Knowledge of and attitude to mental illnesses in Nigeria: a scoping review. *Integr J Glob Health*. 2017;1:1.
23. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):543–552.
24. Ferrari AJ, Stockings E, Khoo JP, et al. The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Bipolar Disord*. 2016;18(5):440–450.

25. Pompili M. Impact of living with bipolar patients: making sense of caregivers' burden. *World J Psychiatry*. 2014;4(1):1.
26. Jorm AF, Barney LJ, Christensen H, Highet NJ, Kelly CM, Kitchener BA. Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;40(1):3–5.
27. Furnham A, Anthony E. Lay theories of bipolar disorder: the causes, manifestations and cures for perceived bipolar disorder. *Int J Soc Psychiatry*. 2010;56(3):255–269.
28. Ruiz MÁ, Montes JM, Correas Lauffer J, Álvarez C, Mauriño J, De Dios Perrino C. Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española Opinions and beliefs of the. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5(2):98–106.
29. Durand-Zaleski I, Scott J, Rouillon F, Leboyer M. A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France. *BMC Psychiatry*. 2012;12(1):128.
30. Ellison N, Mason O, Scior K. Public beliefs about and attitudes towards bipolar disorder: testing theory based models of stigma. *J Affect Disord*. 2015;175:116–123.
31. Marušić M. i sur. Uvod u znanstveni rad u medicini. 5. izd. Udžbenik. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
32. Shahrour TM, Rehmani RS. Testing psychiatric stigma in a general hospital in Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2019;30(10):1336–1339.
33. Alhamad AM, Al-Sawaf MH, Osman AA, Ibrahim IS. Differential aspects of consultation-liaison psychiatry in a Saudi hospital. II: knowledge and attitudes of physicians and patients. *East Mediterr Heal J*. 2006;12(3–4):324–330.
34. Koura M, Al-Dabal B, Al-Sowielem L. Qualitative research: stigma associated with psychiatric diseases. *World Fam Med J Inc Middle East J Fam Med*. 2012;10(6):44–47.
35. Assad T, Okasha T, Ramy H, et al. Role of traditional healers in the pathway to care of patients with bipolar disorder in Egypt. *Int J Soc Psychiatry*. 2015;61(6):583–590.
36. Sorketti EA, Zainal NZ, Habil MH. The characteristics of people with mental illness who are under treatment in traditional healer centres in Sudan. *Int J Soc Psychiatry*. 2012;58(2):204–216.
37. Abdullah EK. Possession: is it real or fancy? *Arab J Psychiatry*. 2008;9(2):99–108.
38. Alsughayir MA. Public view of the “evil eye” and its role in psychiatry: a study in Saudi society. *Arab J Psychiatry*. 2016;7(2):152–160.

39. Alosaimi FD, Alshehri Y, Alfrah I, et al. Prevalence of psychiatric disorders among visitors to faith healers in Saudi Arabia. *Pakistan J Med Sci.* 2014;30(5):1077–1082.
40. Siddiqui AR, Mahasin S, Alsajjan R, et al. Depression literacy in women attending university hospital clinics in Riyadh Saudi Arabia. *Int J Soc Psychiatry.* 2017;63(2):9915.
41. Mansour A. High schoolers' knowledge and attitudes about schizophrenia in Saudi Arabia. *Alexandria Bull.* 2018;44(3):316–319.
42. Bener A, Ghuloum S. Gender differences in the knowledge, attitude and practice towards mental health illness in a rapidly developing Arab society. *Int J Soc Psychiatry.* 2011;57(5):480–486.
43. Conell J, Bauer R, Glenn T, et al. Online information seeking by patients with bipolar disorder: results from an international multisite survey. *Int J Bipolar Disord.* 2016;4(1):17.
44. Abanmy NO, Al-Quait NA, Alami AH, Al-Juhani MH, Al-Aqeel S. The utilization of Arabic online drug information among adults in Saudi Arabia. *Saudi Pharm J.* 2012;20(4):317–321.
45. Bahkali S, Almaiman R, El-Awad M, Almohanna H, Khaled Al-Surimi MH. Exploring the impact of information seeking behaviors of online health consumers in the Arab World. *Stud Health Technol Inform.* 2016;226:279–282.