

# Stavovi studenata prema osobama s poteškoćama mentalnog zdravlja

---

**Jurak, Natalija**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2024**

*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:243:016264>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-01-22**

*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**

**Natalija Jurak**

**STAVOVI STUDENATA PREMA  
OSOBAMA S POTEŠKOĆAMA  
MENTALNOG ZDRAVLJA**

**Diplomski rad**

**Sveta Nedelja, 2024.**

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU  
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO  
OSIJEK**

**Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo**

**Natalija Jurak**

**STAVOVI STUDENATA PREMA  
OSOBAMA S POTEŠKOĆAMA  
MENTALNOG ZDRAVLJA**

**Diplomski rad**

**Sveta Nedelja, 2024.**

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku. Diplomskom studiju Sestrinstva u Svetoj Nedelji.

Mentor rada: Izv.prof.prim.dr.sc. Vladimir Grošić

Neposredni voditelj: Kristina Bosak, univ. mag. med.

Rad ima 51 list, 12 tablica i 1 sliku.

Lektor hrvatskoga jezika: Josipa Guliš, mag.educ.philol.croat.

Lektor engleskoga jezika: Iva Lojić Šestan, mag. philol. angl.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

## SADRŽAJ

1. UVOD .....	1
1.1. Mentalni poremećaji.....	1
1.2. Stavovi.....	5
1.2.1. Definicija stava.....	5
1.2.2. Komponente stava .....	6
1.2.3. Utjecaj stava na ponašanje .....	7
1.2.4. Promjene stavova .....	7
1.3. Stavovi prema mentalnom zdravlju.....	8
1.3.1. Stavovi i stigma u općoj populaciji .....	8
1.3.2. Stavovi i stigma u populaciji zdravstvenih radnika .....	9
1.3.3. Stavovi medicinskih sestara o osobama s poremećajima mentalnog zdravlja .....	9
1.4. Istraživački problem i važnost teme.....	10
1.4.1. Utjecaj stigme na kvalitetu života i uspjeh liječenja .....	10
1.4.2. Intervencije za smanjenje stigme .....	11
1.4.3. Uloga medicinskih sestara u smanjivanju stigme .....	11
2. HIPOTEZA .....	13
3. CILJ.....	14
4. ISPITANICI I METODE .....	15
4.1. Ustroj studije .....	15
4.2. Ispitanici .....	15
4.3. Metode.....	15
4.4. Glavni ishod .....	15
4.5. Statistička obrada podataka .....	18
5. REZULTATI.....	20
5.1. Karakteristike ispitanika.....	20
5.2. Odgovori na sve čestice CAMI-ja.....	21
5.3. Metrijske karakteristike CAMI .....	25
5.3.1. Eksplorativna faktorska analiza CAMI-ja.....	26
5.4. Stavovi studenata prema osobama s poteškoćama mentalnog zdravlja .....	29
5.5. Ukupni rezultati CAMI-ja .....	30
5.5.1. Podljestvica niske autoritarnosti.....	31
5.5.2. Podljestvica benevolentnosti .....	32

5.5.3. Podljestvica niskih socijalnih ograničenja .....	33
5.5.4. Pozitivna ideologija zajednice.....	34
5.6. Povezanost osobnog iskustva sa stavovima prema osobama s mentalnim poteškoćama .	35
6. RASPRAVA.....	36
6.1. Usporedba s rezultatima drugih istraživanja .....	38
7. ZAKLJUČAK .....	40
8. SAŽETAK.....	41
9. SUMMARY .....	42
10. LITERATURA.....	43
11. ŽIVOTOPIS .....	49

## Popis kratica

ADHD	Poremećaj pažnje sa hiperaktivnošću
AS	Aritmetička sredina
ASD	Poremećaj iz spektra autizma
b	Nestandardizirani koeficijent linearne regresije
CAMI	Ljestvica Stavova zajednice prema mentalno oboljelima (od engl. <i>Community Attitudes Toward The Mentally Ill</i> )
ELM	Elaboration Likelihood Modelu
IKR	Interkvartilni raspon
IP	Interval pouzdanosti
P	Statistička značajnost
PTSP	Posttraumatski stresni poremećaj
RMSEA	Korijen srednjeg kvadrata pogreške procjene (od engl. <i>Root mean square error of approximation</i> )
SD	Standardna devijacija
SLO	Stopa lažnih otkrića
SRMR	Standardizirani ostatak korijena srednjeg kvadrata (od engl. <i>Standardized root mean square residual</i> )
ss	Stupnjevi slobode
$\alpha$	Cronbachov koeficijent unutarnje konzistencije
$\chi^2$	Hi-kvadrat
$\omega$	McDonaldsov koeficijent pouzdanosti
WHO	Svjetska zdravstvena organizacija

## Popis tablica

<b>Tablica 1.</b> Čestice originalne CAMI ljestvice prema četiri podljestvice.....	16
<b>Tablica 2.</b> Karakteristike ispitanica (n = 105) .....	20
<b>Tablica 3.</b> Odgovori na originalne čestice CAMI-a prije promjene smjera (n = 105) .....	21
<b>Tablica 4.</b> Pouzdanost i jednodimenzionalnost CAMI i četiri njegove podljestvice (n = 105) .....	25
<b>Tablica 5.</b> Korelacije četiri podljestvice CAMI-a (n = 105) .....	26
<b>Tablica 6.</b> Stavovi studenata prema osobama s poteškoćama mentalnog zdravlja (n = 105) .	29
<b>Tablica 7.</b> Ukupni rezultat CAMI ljestvice prikazan kao postotak od maksimalnog broja bodova, prema sociodemografskim karakteristikama ispitanika (n = 105) .....	30
<b>Tablica 8.</b> Rezultat podljestvice niske autoritarnosti prikazan kao postotak od maksimalnog broja bodova, prema sociodemografskim karakteristikama ispitanika (n = 105) .....	31
<b>Tablica 9.</b> Rezultat podljestvice benevolentnosti prikazan kao postotak od maksimalnog broja bodova, prema sociodemografskim karakteristikama ispitanika (n = 105) .....	32
<b>Tablica 10.</b> Rezultat podljestvice niskih socijalnih ograničenja prikazan kao postotak od maksimalnog broja bodova, prema sociodemografskim karakteristikama ispitanika (n = 105) .....	33
<b>Tablica 11.</b> Rezultat podljestvice pozitivne ideologije zajednice prikazan kao postotak od maksimalnog broja bodova, prema sociodemografskim karakteristikama ispitanika (n = 105) .....	34
<b>Tablica 12.</b> Povezanost osobnog iskustva s ukupnim rezultatom CAMI ljestvice prikazanim kao postotak od maksimalnog broja bodova (n = 105) .....	35



## Popis slika

**Slika 1.** Histogram raspodjele ukupnog rezultata CAMI ljestvice; isprekidana krivulja predstavlja teorijski očekivanu normalnu raspodjelu ( $n = 105$ )..... 29

## 1. UVOD

Mentalno zdravlje predstavlja temeljni element ukupnog zdravlja i blagostanja pojedinca. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji to je stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, suočava se sa svakodnevnim stresom, radi produktivno i doprinosi svojoj zajednici. Povezano je s našim emocionalnim, psihološkim, socijalnim, duhovnim i tjelesnim zdravljem. Osoba s uravnoteženim mentalnim zdravljem zadovoljna je, pozitivna, sposobna stvarati i održavati prijateljstva te se uspješno nosi sa životnim izazovima. Ulaganje u emocionalnu, psihološku, društvenu, tjelesnu i duhovnu dobrobit ključno je za očuvanje mentalnog zdravlja koje je pak temelj za ostvarivanje potencijala u životu (1).

Suvremeni pristupi, koji se zalažu za deinstitucionalizaciju tradicionalne psihijatrijske skrbi, suočavaju se s brojnim izazovima; njihovu provedbu ponajviše kočice nepovoljni stavovi zajednice prema osobama s mentalnim poremećajima. Takvi stavovi često proizlaze iz nedostatka razumijevanja i informiranosti o mentalnom zdravlju što dodatno pogoršava stigmatizaciju i diskriminaciju osoba koje se suočavaju s mentalnim poteškoćama. Stigma vezana uz mentalno zdravlje predstavlja jedan od ključnih čimbenika koji sprječavaju osobe s mentalnim poteškoćama da pravovremeno traže stručnu pomoć zbog čega često ostaju bez odgovarajuće podrške i liječenja (2, 3). Ta negativna percepcija ne samo da sprječava pravovremeno traženje pomoći, nego i negativno utječe na kvalitetu njihova života smanjujući njihove socijalne kontakte, mogućnosti za zapošljavanje i ukupno zadovoljstvo životom (3). Stigma može dovesti do gubitka samopouzdanja i samopoštovanja što dodatno otežava njihovu sposobnost integracije u zajednicu i življenja ispunjenog života, a često uzrokuje i pogoršanje simptoma mentalnih poremećaja. Povećanje svijesti i edukacija unutar zajednice ključni su za prevladavanje ovih prepreka i stvaranje podržavajuće okoline za osobe s mentalnim poremećajima (4).

### 1.1. Mentalni poremećaji

Diljem svijeta mentalni poremećaji predstavljaju značajan javnozdravstveni problem. Navedeni poremećaji pogađaju milijune ljudi i imaju snažan utjecaj na pojedince, obitelji i društva u cjelini. Unatoč napretku u razumijevanju i liječenju mentalnih poremećaja, stigme i diskriminacije povezane s njima i dalje su prisutne, što vodi prema otežavajućem pristupu

potrebnoj skrbi i podršci (1). Sveobuhvatne strategije koje uključuju prevenciju, ranu intervenciju i kontinuiranu njegu, ključne su za poboljšanje mentalnog zdravlja na globalnoj razini (5). Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) definira mentalne poremećaje kao „klinički značajna stanja karakterizirana promjenama u razmišljanju, emocijama ili ponašanju, povezanim sa smanjenim samopouzdanjem ili poremećajem u funkcioniranju na socijalnom, radnom ili drugom važnom području“ (5). Mentalni poremećaji uključuju širok spektar stanja: depresiju, anksiozne poremećaje, bipolarni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), shizofreniju i druge psihotične poremećaje, demenciju, neurorazvojne poremećaje, uključujući autizam, kao i poremećaje u ponašanju i poremećaje prehrane. Spomenuti poremećaji mogu imati značajan utjecaj na sposobnost pojedinca u vođenju produktivnog života (6).

Prema WHO-u depresija je jedan od najčešćih mentalnih poremećaja koji pogađa otprilike 280 milijuna ljudi diljem svijeta (7). Depresija je oko 50 % češća među ženama nego među muškarcima. U svijetu više od 10 % trudnica i žena koje su tek rodile doživljavaju depresiju (8). Svake godine više od 700 000 ljudi umire zbog samoubojstava. Samoubojstvo je četvrti vodeći uzrok smrti u dobi od 15 do 29 godina (9). Depresija je glavni uzrok onesposobljenosti diljem svijeta i doprinosi globalnom teretu bolesti. Simptomi depresije mogu uključivati osjećanje tuge, gubitak interesa ili zadovoljstva, osjećaj krivice ili niskog samopouzdanja, poremećaje spavanja ili apetita, osjećaj umora i slabije koncentracije (10).

Anksiozni poremećaji, koji uključuju panični poremećaj, fobije i generalizirani anksiozni poremećaj, također su vrlo česti. Prema WHO-u 2019. godine 301 milijun ljudi živio je s anksioznim poremećajem, uključujući 58 milijuna djece i adolescenata (4). Ovaj poremećaj karakterizira osjećaj prekomjernog straha ili brige koji mogu značajno utjecati na svakodnevne aktivnosti (11).

Bipolarni poremećaj je mentalni poremećaj koji karakteriziraju ekstremne promjene raspoloženja, uključujući epizode manije ili hipomanije i depresije. U 2019. godini 40 milijuna ljudi doživjelo je bipolarni poremećaj (4). Takve promjene raspoloženja mogu značajno utjecati na svakodnevno funkcioniranje pojedinca, osobito na njihov rad, društvene odnose i ukupnu kvalitetu života. Bipolarni poremećaj često se javlja u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, ali može se dijagnosticirati i kod djece i starijih odraslih. Manične epizode uključuju

simptome poput euforičnog raspoloženja, povećane energije, smanjene potrebe za snom, grandiozne ideje, povećane govornosti i impulzivnog ponašanja. Depresivne epizode karakteriziraju osjećaji tuge, beznada, gubitak interesa za svakodnevne aktivnosti, promjene apetita i spavanja te misli o samoubojstvu. Između ovih epizoda pojedinci mogu imati razdoblja stabilnog raspoloženja, no neki mogu doživjeti i trajne simptome (12).

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) može nastati nakon što je osoba izložena prijetećem ili više izrazito prijetećem ili zastrašujućem događaju. Prevalencija PTSP-a i drugih mentalnih poremećaja visoka je u područjima pogođenima sukobima. Ovaj poremećaj karakteriziraju tri glavna simptoma:

- 1) doživljavanje traumatičnog događaja u sadašnjosti potaknutog nepoželjnim sjećanjima, ponovno proživljavanje događaja ili noćne more,
- 2) izostavljanje misli i prisjećanja na događaj kao i aktivnosti, ljudi ili mjesta koji podsjećaju na događaj,
- 3) stalni osjećaj povećane prijetnje.

Navedeni simptomi traju najmanje nekoliko tjedana i uzrokuju značajne smetnje u svakodnevnom funkcioniranju. Učinkovite psihološke terapije dostupne su za liječenje ovog poremećaja (4).

Shizofrenija je ozbiljan mentalni poremećaj i uključuje različita odstupanja u kognitivnom, ponašajnom i emocionalnom funkcioniranju. U svijetu od shizofrenije boluje približno 24 milijuna ljudi, što je otprilike jedna od 300 ljudi širom svijeta (4). Poremećaj shizofrenije karakteriziraju distorzije u razmišljanju, percepciji, emocijama, govoru, samosvijesti i ponašanju što može značajno utjecati na kvalitetu života oboljelih i njihovih obitelji. Jedna od skupina simptoma shizofrenije su kognitivni deficiti koji se mogu pojaviti čak i prije nego što se bolest u potpunosti razvije i često su povezani s disfunkcijom mozga. Najčešće kognitivne poteškoće uključuju probleme s radnim pamćenjem, pažnjom, brzinom obrade informacija, vizualnim i verbalnim učenjem, planiranjem, apstraktnim mišljenjem i rješavanjem problema (13).

Demencija je sindrom koji se karakterizira progresivnim gubitkom kognitivnih funkcija, koji nadilazi normalne promjene povezane sa starenjem. Ovo stanje uključuje probleme s pamćenjem, mišljenjem, orijentacijom, razumijevanjem, učenjem, jezikom i prosudbom. Demencija može značajno utjecati na svakodnevni život pojedinca ometajući njegovu sposobnost obavljanja osnovnih aktivnosti i zadataka. Najčešći uzrok demencije je Alzheimerova bolest. Ostali uzroci uključuju vaskularnu demenciju, frontotemporalnu demenciju i demenciju s Lewyjevim tjelešcima. Rano prepoznavanje i dijagnosticiranje znakova poremećaja ključni su za učinkovito upravljanje i liječenje demencije (14). Prema WHO-u u ovom trenutku više od 55 milijuna ljudi širom svijeta pati od demencije, od kojih preko 60 % živi u zemljama s niskim i srednjim prihodima. Dijagnosticira se 10 milijuna novih oboljenja svake godine. Često postoji nedostatak svijesti i razumijevanja demencije što rezultira stigmatizacijom i preprekama u postavljanju dijagnoze i skrbi. Utjecaj demencije na njegovatelje, obitelj i društvo općenito može biti fizički, psihološki, socijalni i ekonomski (15).

Neurorazvojni poremećaji predstavljaju skupinu neuroloških stanja koja se obično manifestiraju u ranom djetinjstvu i značajno utječu na razvoj različitih funkcionalnih vještina, uključujući socijalne, komunikacijske i motoričke vještine. Neurorazvojni poremećaji obuhvaćaju poremećaje intelektualnog razvoja, poremećaj autističnog spektra i poremećaj pažnje s hiperaktivnošću (ADHD). ADHD se očituje trajnim obrascima nepažnje i/ili hiperaktivno-impulzivnog ponašanja koji značajno negativno utječe na akademsko, radno ili socijalno funkcioniranje. Poremećaje intelektualnog razvoja obilježavaju značajna ograničenja u intelektualnom funkcioniranju i adaptivnom ponašanju uz poteškoće u svakodnevnim konceptualnim, društvenim i praktičnim vještinama u svakodnevnom životu (4). Autizam ili poremećaj iz spektra autizma (ASD) jedan je od najčešćih razvojnih poremećaja. Karakteriziraju ga poteškoće u socijalnoj interakciji, komunikaciji te ograničeni i ponavljajući obrasci ponašanja, interesa ili aktivnosti (16).

Poremećaji u ponašanju su skupina psiholoških stanja koja se očituje u abnormalnom ponašanju koje može biti neprikladno, štetno ili društveno nepoželjno. Ovi poremećaji mogu uključivati različite oblike agresije, hiperaktivnosti, impulzivnosti, kršenja društvenih normi i pravila te teškoća u kontroli emocija. Često se javljaju u djetinjstvu ili adolescenciji, ali mogu se nastaviti i u odrasloj dobi ako se ne prepoznaju i ne liječe na vrijeme. Problemi u ponašanju mogu se podijeliti na eksternalizirane i internalizirane. Eksternalizirani problemi uključuju ponašanja

koja izazivaju probleme u okolini djeteta i mogu biti opasna za dijete i druge. Internalizirani problemi su usmjereni prema djetetu samom, uključujući prekomjernu stidljivost, povlačenje i plačljivost, te često ostaju neprepoznati ili zanemareni jer manje ometaju druge (17).

U 2019. godini 14 milijuna ljudi doživjelo je poremećaje prehrane, od čega gotovo 3 milijuna djece i adolescenata (4). Poremećaji prehrane ozbiljna su stanja koja uključuju prekomjernu preokupaciju hranom, težinom i oblikom tijela te dovode do opasnog ponašanja u prehrani. Karakteriziran je trajnim nedovoljnim nutritivnim i/ili energetske unosom. Ovi poremećaji uključuju anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu i poremećaj prejedanja. Anoreksija nervoza karakterizira se ekstremnim ograničavanjem unosa hrane i intenzivnim strahom od debljanja. Bulimija nervoza uključuje epizode prejedanja praćene neprimjerenim kompenzacijskim ponašanjima poput povraćanja ili pretjeranog vježbanja. Poremećaj prejedanja očituje se učestalim epizodama nekontroliranog unosa velike količine hrane bez kompenzacijskih mjera. Ograničeno razumijevanje izbjegavanja i restriktivne prehrane predstavlja izazov za učinkovito liječenje i upravljanje što može izravno utjecati na rast i razvoj djece i adolescenata (18). U opasnosti od razvoja mentalnog poremećaja možemo biti u bilo kojem trenutku. Ta kombinacija različitih individualnih, obiteljskih, društvenih i strukturnih čimbenika može ili podržati ili narušiti mentalno zdravlje. Iako većina ljudi pokazuje otpornost, oni koji su izloženi nepovoljnim uvjetima poput siromaštva, nasilja, invaliditeta i nejednakosti, imaju veći rizik za razvoj problema s mentalnim zdravljem (19). Zaštitni i rizični čimbenici uključuju psihološke i biološke aspekte poput emocionalnih vještina i genetike. Mnogi od tih čimbenika mogu biti pod utjecajem promjena u strukturi i/ili funkciji mozga (4).

## **1.2. Stavovi**

### **1.2.1. Definicija stava**

Stavovi predstavljaju evaluacijske izjave ili prosudbe o objektima, ljudima ili događajima. Mogu se definirati kao trajni sustavi pozitivnih ili negativnih ocjena, emocionalnih osjećaja i sklonosti prema određenim objektima. Oni odražavaju kako se pojedinac osjeća prema nečemu, uključujući njegove misli, osjećaje i ponašanja vezana uz taj predmet stava. Formiraju se u različitim procesima kao što su osobna iskustva, socijalizacija, edukacija i medijski utjecaji. Na primjer, stavovi prema određenim političkim pitanjima mogu biti oblikovani obiteljskom

dinamikom, obrazovnim sustavom ili medijskom pokrivenosti. Također, mogu se mijenjati tijekom života pod utjecajem novih iskustava i informacija. Povezani su s emocijama i mogu snažno utjecati na naše emocionalne reakcije. Na primjer, pozitivan stav prema određenom sportu može izazvati osjećaj radosti i uzbuđenja kada gledamo utakmicu; dok negativan stav može izazvati dosadu ili iritaciju. Stavovi su ključni za razumijevanje ljudskog ponašanja, odnosno ljudske psihologije i društvenih interakcija jer često predviđaju kako će se osoba ponašati u određenim situacijama (19, 20).

### **1.2.2. Komponente stava**

Stavovi se sastoje od triju glavnih komponenata: kognitivne, afektivne i bihevioralne (22).

Kognitivna komponenta odnosi se na uvjerenja i misli koje osoba ima o predmetu stava, odnosno uključuje sve informacije koje osoba zna ili vjeruje da zna o objektu stava. Na primjer, stav prema zdravoj prehrani može uključivati znanje o nutritivnim vrijednostima hrane, zdravstvenim benefitima zdrave prehrane kao i vjerovanja o tome koliko je određena hrana zdrava. Ova komponenta je ključna jer utječe na način na koji osoba interpretira informacije i donosi odluke vezane za objekt stava (23).

Afektivna komponenta uključuje osjećaje ili emocije povezane s tim predmetom. Navedena komponenta odražava emocionalnu reakciju osobe na objekt stava, koja može biti pozitivna, negativna ili neutralna. Na primjer, osoba može osjećati radost i uzbuđenje pri pomisli na određeni sport ili ga može doživljavati s gađenjem i strahom. Emocije povezane s afektivnom komponentom mogu biti snažni motivatori ponašanja, često djelujući brže i intuitivnije od kognitivnih procjena (20).

Bihevioralna komponenta odnosi se na način na koji se osoba namjerava ponašati prema predmetu stava. Važna je jer pokazuje kako stavovi utječu na stvarne akcije i reakcije pojedinaca. Uključuje namjere, sklonosti i stvarna ponašanja koja su usmjerena prema objektu stava (20). Na primjer, osoba koja ima pozitivan stav prema volontiranju češće će sudjelovati u volonterskim aktivnostima.

### **1.2.3. Utjecaj stava na ponašanje**

Stavovi mogu imati značajan utjecaj na ponašanje pojedinca. Prema teoriji planiranog ponašanja stavovi zajedno sa subjektivnim normama i percepcijom kontrole nad ponašanjem predviđaju namjere, koje potom vode do stvarnog ponašanja (24). Na primjer, pozitivan stav prema redovitom vježbanju može povećati vjerojatnost da će osoba redovito vježbati. Međutim, snaga veze između stava i ponašanja može se mijenjati ovisno o situaciji i individualnim razlikama (25).

### **1.2.4. Promjene stavova**

Promjene stavova mogu potaknuti različiti mehanizmi kao što su persuazija, iskustvo i društveni utjecaj. Persuazija se odnosi na proces promjene stava putem komunikacije, često argumentacijom ili emocionalnom apelacijom. Prema Elaboration Likelihood modelu (ELM), promjene stava mogu se dogoditi centralnim putem (kada osoba pažljivo razmatra argumente) ili perifernim putem (kada je promjena stava rezultat površinskih znakova kao što je atraktivnost govornika) (25). Ovaj model naglašava kako motivacija i sposobnost osobe da obradi informacije, određuju kojim će putem doći do promjene stava. Centralni put uključuje dublje razmatranje i evaluaciju poruka što obično rezultira trajnijim promjenama stavova, dok periferni put uključuje površinske faktore i često dovodi do privremenih promjena (26).

Osim toga, iskustvo može značajno utjecati na stavove; neposredna interakcija s predmetom stava može promijeniti prethodno postojeće uvjerenje. Na primjer, osoba koja ima negativan stav prema nekoj grupi ljudi, može promijeniti svoj stav nakon pozitivnog osobnog iskustva s članovima te grupe. Empirijska istraživanja pokazuju da iskustva koja su u suprotnosti s našim trenutnim stavovima često dovode do njihove promjene (27). Društveni utjecaj, uključujući normativni pritisak i modeliranje, također igra ključnu ulogu u promjeni stavova. Normativni pritisak odnosi se na pritisak koji pojedinci osjećaju kako bi se uskladili s očekivanjima i normama svoje društvene skupine. Taj pritisak može dovesti do promjene stavova kako bi se postigla socijalna prihvaćenost i izbjeglo odbacivanje od strane drugih. Modeliranje, s druge strane, uključuje učenje promatranjem ponašanja drugih ljudi. Kada pojedinci vide da drugi mijenjaju svoje stavove ili ponašanje, veća je vjerojatnost da će i sami usvojiti slične promjene kako bi se uklopili u svoju socijalnu mrežu (28).



### **1.3. Stavovi prema mentalnom zdravlju**

#### **1.3.1. Stavovi i stigma u općoj populaciji**

Stavovi prema mentalnom zdravlju u općoj populaciji imaju ključnu ulogu u oblikovanju ponašanja i društvenih normi koje utječu na živote osoba s mentalnim poremećajima. Negativni stavovi i predrasude prema osobama s mentalnim poteškoćama često dovode do njihove marginalizacije i diskriminacije što dodatno pogoršava njihov zdravstveni ishod i kvalitetu života. Stigma povezana s mentalnim zdravljem i dalje je velika, unatoč sve većem razumijevanju i napretku u liječenju mentalnih bolesti. Samostigma može rezultirati smanjenjem samopoštovanja, osjećajem srama i straha kod osoba s mentalnim poremećajima, kočeći ih da traže potrebnu pomoć i podršku, što dodatno otežava oporavak (29). Istraživanja su pokazala da intervencije usmjerene na smanjenje samostigme, poput edukacije i podrške, mogu značajno poboljšati ishode liječenja i kvalitetu života osoba s mentalnim poremećajima. Istraživanja pokazuju da su osobe s mentalnim poremećajima često suočene s odbacivanjem i nepravednim tretmanom u različitim aspektima života: zapošljavanju, obrazovanju i zdravstvenoj skrbi (30).

Promjena negativnih stavova i smanjenje stigme ključni su za unaprjeđenje mentalnog zdravlja i dobrobiti pojedinaca i zajednica. Edukacija i podizanje svijesti unutar zajednice mogu igrati značajnu ulogu u smanjenju stigme i promicanju inkluzivnijeg društva (31). Kampanje koje informiraju javnost o prirodi mentalnih poremećaja, kao i uspješni primjeri liječenja i oporavka, mogu pomoći u razbijanju stereotipa i promicanju pozitivnih stavova prema osobama s mentalnim poremećajima (32). Osim toga, mediji imaju značajnu ulogu u oblikovanju javnih stavova prema mentalnom zdravlju. Pozitivni prikazi osoba s mentalnim poremećajima u medijima mogu smanjiti stigmatu i povećati razumijevanje i suosjećanje među općom populacijom. S druge strane, negativni ili senzacionalistički prikazi mogu pojačati strahove i predrasude (33). Sveobuhvatan pristup koji uključuje obrazovne programe, medijske kampanje i podršku političkih i zdravstvenih institucija ključan je za stvaranje okruženja u kojem se osobe s mentalnim poremećajima osjećaju prihvaćeno i podržano (34). U konačnici, promjena stavova prema mentalnom zdravlju može značajno utjecati na smanjenje stigme i diskriminacije prema osobama s mentalnim poremećajima (35).

### **1.3.2. Stavovi i stigma u populaciji zdravstvenih radnika**

Stigma i negativni stavovi prema mentalnom zdravlju predstavljaju značajan izazov u populaciji zdravstvenih radnika. Iako su zdravstveni radnici ključni u pružanju skrbi osobama s mentalnim poremećajima, istraživanja pokazuju da i oni mogu imati stigmatizirajuće stavove koji negativno utječu na kvalitetu pružene skrbi. Takva stigma može dodatno otežati pristup i kvalitetu zdravstvene skrbi za pacijente s mentalnim poremećajima, povećavajući njihove probleme i pogoršavajući ishode liječenja (36).

Zdravstveni radnici, uključujući liječnike, medicinske sestre i druge stručnjake u zdravstvenom sustavu, često posjeduju različite stavove prema mentalnom zdravlju. Njihovi stavovi mogu biti oblikovani njihovim obrazovanjem, iskustvom i kulturnim normama. Istraživanja pokazuju da su stavovi zdravstvenih radnika prema mentalnom zdravlju često ambivalentni; dok neki pokazuju razumijevanje i suosjećanje, drugi mogu imati negativne predrasude i stavove (37, 38). Stigma se prema mentalnim poremećajima među zdravstvenim radnicima može manifestirati na različite načine. Na primjer, zdravstveni radnici mogu imati manje pozitivne stavove prema pacijentima s mentalnim poremećajima u usporedbi s pacijentima s fizičkim bolestima (39). Ova stigma može rezultirati nižom kvalitetom skrbi, neodgovarajućim liječenjem i diskriminacijom pacijenata s mentalnim poremećajima (40).

### **1.3.3. Stavovi medicinskih sestara o osobama s poremećajima mentalnog zdravlja**

Pružanje adekvatne skrbi i pomoći pacijentima s poremećajima mentalnog zdravlja u velikoj mjeri ovise o stavovima medicinskih sestara prema tim osobama (41). Medicinske sestre često su prvi kontakt za pacijente u zdravstvenom sustavu, stoga njihovi stavovi mogu značajno utjecati na kvalitetu i učinkovitost pružene skrbi. Stavovi mogu varirati od suosjećanja i razumijevanja do predrasuda i stigmatizacije te su često oblikovani njihovim obrazovanjem, profesionalnim iskustvom i kulturnim normama. Negativni stavovi i stigma prema mentalnim poremećajima među medicinskim sestrama mogu rezultirati neadekvatnom skrbi, diskriminacijom i pogoršanjem zdravstvenih ishoda za pacijente (31).

Istraživanje provedeno među medicinskim sestrama u različitim zdravstvenim ustanovama pokazalo je da su stavovi prema pacijentima s mentalnim poremećajima često ambivalentni, s mješavinom pozitivnih i negativnih stavova. Negativni stavovi i stigma među medicinskim sestrama mogu imati značajan utjecaj na kvalitetu pružene skrbi (42). Pacijenti s mentalnim poremećajima često su suočeni s nižom kvalitetom zdravstvene skrbi, neadekvatnim liječenjem i diskriminacijom. Ova stigma može dovesti do toga da medicinske sestre manje pažnje posvećuju potrebama takvih pacijenata, što može rezultirati lošijim ishodima liječenja. Edukacija medicinskih sestara o mentalnim poremećajima ključna je za smanjenje stigme i poboljšanje stavova. Programi edukacije koji uključuju informacije o prirodi mentalnih poremećaja, iskustva pacijenata i strategije za učinkovitu komunikaciju mogu pomoći u smanjenju negativnih stavova i predrasuda (43). Istraživanje provedeno među medicinskim sestrama u Švedskoj naglašava potrebu za sveobuhvatnim pristupom promicanju zdravlja unutar organizacija koje se bave mentalnim zdravljem. Naglasak na promicanju zdravlja trebao bi biti prisutan u svakom susretu s pacijentom, a aktivnosti usmjerene na zdravlje trebale bi se provoditi uzimajući u obzir jedinstvene preduvjete svake osobe. Nadalje, odgovornost za promicanje zdravlja mora biti podijeljena na svim razinama organizacije, od individualne skrbi do strateških odluka menadžmenta. Takav pristup može doprinijeti poboljšanju kvalitete skrbi i boljim zdravstvenim ishodima za pacijente s mentalnim poremećajima (44).

#### **1.4. Istraživački problem i važnost teme**

##### **1.4.1. Utjecaj stigme na kvalitetu života i uspjeh liječenja**

Osobe s mentalnim bolestima često se suočavaju s negativnim stavovima i predrasudama koje proizlaze iz stigmatizirajućih uvjerenja društva. Takvi stavovi mogu dovesti do socijalne izolacije, gubitka podrške i smanjenih mogućnosti za zapošljavanje, obrazovanje i društvenu interakciju (45). Stigma također može rezultirati smanjenim samopoštovanjem i osjećajem srama kod osoba s mentalnim poremećajima, što dodatno pogoršava njihovu kvalitetu života. Istraživanja pokazuju da stigma može dovesti do izbjegavanja traženja pomoći zbog straha od osude i diskriminacije. Navedeno izbjegavanje može rezultirati kasnim dijagnosticiranjem i manjkom odgovarajuće skrbi što negativno utječe na ishode liječenja (46).

Stigma može negativno utjecati na uspjeh liječenja osoba s mentalnim bolestima na nekoliko načina. Prvo, socijalna stigma može smanjiti vjerojatnost da će pojedinci potražiti potrebnu medicinsku pomoć. Drugo, institucionalna stigma može utjecati na kvalitetu zdravstvene skrbi koju osobe s mentalnim poremećajima primaju, uključujući neadekvatno liječenje i diskriminatorne prakse unutar zdravstvenog sustava (47).

Samostigma ili internalizirana stigma može dodatno komplicirati liječenje. Osobe koje internaliziraju stigmatizirajuća uvjerenja mogu imati smanjeno samopouzdanje i vjeru u vlastitu sposobnost oporavka, što može rezultirati smanjenom suradnjom u liječenju i lošijim ishodima (48).

#### **1.4.2. Intervencije za smanjenje stigme**

Kako bi se poboljšala kvaliteta života i uspjeh liječenja, ključno je razvijati i implementirati intervencije koje ciljaju na smanjenje stigme. Edukacija javnosti, osposobljavanje zdravstvenih djelatnika za rad s osobama s mentalnim poremećajima te podrška politikama koje promiču inkluziju i jednakost mogu značajno doprinijeti smanjenju stigme (49). Dokazano je da su izravan kontakt s osobama s mentalnim bolestima i obrazovne inicijative bitne i učinkovite intervencije za smanjenje stigme (50). Iako je izravna osobna interakcija s osobama koje boluju od mentalnih bolesti prepoznata kao ključni element uspješnih programa za smanjenje stigme, njihova je primjena prisutna u virtualnom učenju i inovativnim prostorima (51).

Razvijeno je nekoliko intervencija za ublažavanje stigme javnosti koje se temelje na korištenju inovativnih tehnologija, poput virtualne stvarnosti i videoigara. Inovativne intervencije koje uključuju korištenje tehnologija učinkovit su alat za smanjenje stigme, stoga se predlaže i raspravlja o novim izazovima za demonstraciju njihove prilagodljivosti različitim kontekstima i zemljama, što doprinosi njihovoj masovnosti (52).

#### **1.4.3. Uloga medicinskih sestara u smanjivanju stigme**

Medicinske sestre često su prvi kontakt za pacijente u zdravstvenom sustavu te njihovi stavovi mogu značajno utjecati na kvalitetu i učinkovitost pružene skrbi (41). Obrazovanje je najučinkovitija intervencija protiv stigme koja se može primijeniti u kliničkoj praksi kako bi se

smanjila stigma i poboljšale zdravstvene usluge za pacijente s mentalnim bolestima (53). Programi edukacije koji uključuju informacije o prirodi mentalnih poremećaja, iskustva pacijenata i strategije za učinkovitu komunikaciju mogu pomoći u smanjenju negativnih stavova i predrasuda (54).

## **2. HIPOTEZA**

Postoje razlike u stavovima studenata prve i druge godine studija Sestrinstva prema osobama s mentalnim poteškoćama.

H1 : Razina obrazovanja nije povezana s općim stavovima prema osobama s mentalnim poteškoćama.

### 3. CILJ

Cilj istraživanja bio je ispitati stavove studenata Sestrinstva prema osobama s mentalnim poteškoćama te identificirati ključne faktore koji utječu na te stavove, kao što su obrazovanje, svijest o mentalnom zdravlju i osobna iskustva.

Specifični ciljevi su:

- ispitati povezanost razine obrazovanja s općim stavovima prema osobama s mentalnim poteškoćama
- ispitati utjecaj dobi na stavove prema osobama s poteškoćama mentalnog zdravlja
- ispitati kako društveni i kulturni kontekst oblikuje stavove prema socijalnim ograničenjima
- ispitati povezanost osobnog iskustva ispitanika sa stavovima prema osobama s mentalnim poteškoćama.

## **4. ISPITANICI I METODE**

### **4.1. Ustroj studije**

Istraživanje je bilo presječnog ustroja (55). Provedeno je mrežnim anketiranjem pomoću *Google* obrasca od 11. ožujka do 7. travnja 2024. godine.

### **4.2. Ispitanici**

Ciljana populacija bili su studenti prve i druge godine diplomskog studija Sestrinstva, Sveta Nedelja na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo (FDMZ) Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku. Jedini kriterij uključivanja bio je status redovitog studenta FDMZ-a.

### **4.3. Metode**

U svrhu prikupljanja potrebnih podataka i provedbe istraživanja kreiran je anketni upitnik u obliku *Google* obrasca koji je *online* putem distribuiran studentima prve i druge godine diplomskog studija Sestrinstva, Sveta Nedelja na FDMZ-u Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku. Prvi je dio upitnika sačinjen od sociodemografskih podataka ispitanika i sastoji se od pet stavki, a u drugom dijelu korištena je standardizirana ljestvica stavova zajednice prema mentalno oboljelima (engl. *Community Attitudes Toward The Mentally Ill*; CAMI) (56). Osobno iskustvo s mentalnim poteškoćama izmjereno je pomoću pitanja: „Imala/imao sam mentalnih poteškoća ili poznajem osobu koja ima mentalnih poteškoća.“

### **4.4. Glavni ishod**

Glavni ishod bio je ukupni rezultat ljestvice CAMI. Prva verzija ljestvice oblikovana je 1981. godine kombinacijom više starijih instrumenata (56). Ta originalna inačica koja je primijenjena u ovom istraživanju sadrži 40 čestica na koje ispitanici samostalno odgovaraju na Likertovim ljestvicama s pet kategorija odgovora: uopće se ne slažem; ne slažem se; niti se slažem, niti se ne slažem; slažem se i potpuno se slažem. Originalna ljestvica ima četiri podljestvice: autoritarnost, benevolencija, socijalna ograničavanja i ideologija zajednice. Svaka od četiriju



podljestvica mjerena je pomoću deset čestica od kojih je pet pozitivno, a pet negativno orijentirano (Tablica 1). Ukupni raspon svake podljestvice je od 10 do 50. U posljednjih 40 godina razvijen je velik broj inačica poput CAMI-BR, CAMI-20, CAMI-10 (57). Različiti oblici CAMI-ja upotrijebljeni su na različitim populacijama, primjerice studentima, zdravstvenim radnicima ili općoj populaciji u velikom broju zemalja: Španjolska, Velika Britanija, Italija, Francuska, Švedska, Irska, Kanada, Kina, Čile, Argentina, Kenija i Iran (57). Unutarnja konzistencija i pouzdanost ponovljenih mjerenja originalne inačice i njenih podljestvica jako se razlikovala u pojedinim istraživanjima, od neprihvatljivo niskih do razmjerno visokih (57). Autoritarnost je podljestvica s najčešće najslabijom pouzdanošću (57). Dimenzionalnost CAMI-ja također se značajno razlikovala između pojedinih istraživanja pa je izolirano od tri do pet dimenzija, ali su i saturacije pojedinih čestica pojedinim latentnim dimenzijama također bile različite između pojedinih istraživanja, čak i kada je ukupan broj dimenzija bio jednak (57). CAMI je javno dostupan, njegovo je korištenje besplatno i pokriveno CC BY licencom.

U ovom istraživanju promijenjen je smjer svih negativno orijentiranih čestica tako da viši rezultat na svim česticama, u sve četiri podljestvice, i viši ukupni rezultat CAMI-ja upućuju na pozitivniji odnos prema osobama s mentalnim poremećajima i manje stigme (Tablica 1). U tom smislu ne postoji standard za bodovanje CAMI-ja, već različiti istraživači koriste različite pristupe. Radi promjene smjera negativno orijentiranih čestica, promijenjeni su i nazivi triju podljestvica ili dimenzija CAMI-ja: autoritarnost u niska autoritarnost, socijalna ograničavanja u niska socijalna ograničavanja te ideologija zajednice u pozitivna ideologija zajednice. Naziv podljestvice benevolentnost ostao je nepromijenjen.

**Tablica 1.** Čestice originalne CAMI ljestvice prema četiri podljestvice

	<b>Autoritarnost</b>
1*	Čim osoba pokaže znakove mentalnog poremećaja, trebala bi biti hospitalizirana.
5	Mentalna bolest je bolest kao i svaka druga.
9*	Ima nešto u osobama s mentalnim poremećajima zbog čega ih je lako razlikovati od ostalih ljudi.
13	Trebalo bi manje naglašavati zaštitu javnosti od osoba s mentalnim poremećajima.
17*	Osobe s mentalnim poremećajima trebaju istu vrstu kontrole i discipline kao i mala djeca.
21	Osobe s mentalnim poremećajima ne bi trebalo tretirati kao izolirane iz društva.
25*	Najbolji način zbrinjavanja osoba s mentalnim poremećajem jest da ih se drži iza zaključanih vrata.
29	Psijhijatrijske bolnice su zastarjeli način liječenja osoba s mentalnim poremećajima.

33*	Jedan od glavnih uzroka mentalnih poremećaja je manjak samodiscipline i snage volje.
37	Gotovo svatko može oboljeti od mentalnog poremećaja.
	<b>Benevolentnost</b>
2	Na skrb i liječenje osoba s mentalnim poremećajima trebalo bi trošiti više novca poreznih obveznika.
6*	Osobe s mentalnim poremećajima su teret društva.
10	Osobe s mentalnim poremećajima predugo su bile predmet ismijavanja.
14*	Povećana potrošnja na usluge mentalnog zdravlja je traćenje poreznog novca.
18	Trebali bismo biti puno tolerantniji prema osobama s mentalnim poremećajima u našem društvu.
22*	Trenutno postoji dovoljno usluga za osobe s mentalnim poremećajem.
26	Naše psihijatrijske bolnice/odjeljenja više izgledaju kao zatvori nego kao mjesta gdje se može skrbiti za osobe s mentalnim poremećajima.
30*	Osobe s mentalnim poremećajima ne zaslužuju naše suosjećanje.
34	Odgovorni smo osigurati najbolju moguću skrb za osobe s mentalnim poremećajima.
38*	Najbolje je izbjegavati osobe s mentalnim poteškoćama.
	<b>Socijalna ograničavanja</b>
3*	Osobe s mentalnim poremećajima trebale bi biti izolirane od ostatka zajednice.
7	Osobe s mentalnim poremećajima su daleko manje opasne nego što većina ljudi smatra.
11*	Žena bi bila nepromišljena kada bi se udala za partnera s mentalnim poremećajem, iako se čini da se potpuno oporavio.
15	Nitko nema pravo isključivati osobe s mentalnim poremećajem iz svog susjedstva.
19*	Ne bih volio/voljela živjeti pored nekoga tko ima mentalni poremećaj.
23	Osobe s mentalnim poremećajima trebalo bi poticati da prihvate uobičajene životne odgovornosti.
27*	Osobe s iskustvom mentalnog poremećaja trebalo bi isključiti iz obavljanja javnih funkcija.
31	Osobama s mentalnim bolestima ne smije se uskraćivati osobna prava.
35*	Osobama s mentalnim poremećajima ne treba davati nikakve odgovornosti.
39	Većini žena koje su jednom bile psihijatrijski pacijenti može se povjeriti čuvanje djece.
	<b>Ideologija zajednice</b>
4	Najbolja terapija za mnoge osobe s mentalnim poremećajem je da budu dio normalne zajednice.
8*	Smještaj ustanova za mentalno zdravlje u stambene zajednice narušava privlačnost susjedstva.
12	Koliko god je to moguće, usluge za poboljšanje mentalnog zdravlja trebale bi biti dostupne na razini zajednice.
16*	Osobi s mentalnim poremećajem život u stambenom naselju može biti dobra terapija, ali rizik za druge stanovnike je prevelik.
20	Stanovništvo bi trebalo prihvatiti smještanje ustanova za mentalno zdravlje u svoje susjedstvo kako bi služilo potrebama lokalne zajednice.
24*	Stanovništvo ima dobre razloge za pružanje otpora smještanju ustanova za mentalno zdravlje u svoje susjedstvo.
28	Smještanje ustanova za mentalno zdravlje u stambene zajednice ne ugrožava lokalno stanovništvo.
32*	Ustanove za mentalno zdravlje trebale bi biti smještene izvan stambenih zajednica.
36	Građani ne trebaju strahovati od osoba koje dolaze u susjedstvo kako bi koristile usluge iz područja mentalnog zdravlja.
40*	Zastrašujuća je pomisao o ljudima s mentalnim poteškoćama koji žive u susjedstvu.

\* Čestice kojima je u ovoj analizi promijenjen smjer

#### 4.5. Statistička obrada podataka

Prije upotrebe provjerene su pouzdanost CAMI-ja i jednodimenzionalnost cijele ljestvice te četiri njene podljestvice. Pouzdanost je provjerena pomoću McDonaldsova koeficijenta pouzdanosti i Cronbachova koeficijenta unutarnje konzistencije  $\alpha$ . Jednodimenzionalnost cijele CAMI ljestvice i njene četiri podljestvice te struktura s četiri dimenzije provjerena je konfirmatornom faktorskom analizom. Zadovoljavajućim slaganjem jednodimenzionalnog te četverodimenzionalnog modela s empirijskim podacima, smatrali smo statistički ne-značajan hi-kvadrat test, usporedni indeks slaganja (*Comparative fit index*)  $CFI \geq 0,90$ , Tuckerov i Lewisov indeks, odnosno nenormirani indeks slaganja (*Nonnormed fit index*),  $TLI > 0,90$ , korijen srednjeg kvadrata pogreške procjene (*Root mean square error of approximation*)  $RMSEA \leq 0,08$  uz gornju granicu 90 %-tnog intervala pouzdanosti  $RMSEA < 1,00$  te standardizirani ostatak korijena srednjeg kvadrata (*Standardized root mean square residual*)  $SRMR \leq 0,08$ . Dodatno je dimenzionalnost CAMI-ja provjerena pomoću eksplorativne Hornove paralelne analize. Eksplorativna faktorska analiza čestica CAMI-ja učinjena je metodom najmanjih reziduala primjerena manjem uzorku uz veći broj čestica te promax rotacijom uz  $Kappa = 3$ . Prije analize provjerena je primjerenost matrice korelacija svih čestica CAMI-ja za faktorsku analizu pomoću Bartlettova testa sfericiteta i Kaiser-Meyer-Olkinove mjere primjerenosti uzorkovanja. Statistička značajnost razlika u rezultatima CAMI-ja i njegove četiri podljestvice između ispitanika različitih sociodemografskih karakteristika testirana je linearnom regresijskom analizom. Prvo je učinjena serija bivarijatnih regresijskih analiza po jedna za svaki sociodemografski čimbenik, a zatim multivarijabilna analiza u koju su istovremeno uključeni svi sociodemografski čimbenici. Kao rezultat regresijskih analiza izračunat je i prikazan nestandardizirani koeficijent linearne regresije (b) s 95 %-tnim intervalima pouzdanosti i statističkom značajnošću njegove razlike od nule. U tim je analizama referentna kategorija uvijek bila prva kategorija pojedinog sociodemografskog čimbenika. Korelacije rezultata četiriju podljestvica CAMI-ja izračunate su kao Pearsonovi koeficijenti moment-produkta. Dvosmjerna razina statističke značajnosti određena je na 0,05 i svi intervali pouzdanosti izračunati su na 95 %-tnoj razini. Kontrola lažno pozitivnih nalaza nastalih višestrukim testiranjima provedena je Benjamini-Hochbergovom metodom uz stopu lažnih

otkrića (SLO) određenu na  $< 5\%$ . Statistička analiza podataka učinjena je pomoću besplatnog programa JASP (verzija 0.18.3), JASP Team (2024).

## 5. REZULTATI

### 5.1. Karakteristike ispitanika

Mrežnom upitniku pristupilo je 106 ispitanika, a njih 105 odgovorilo je na sva pitanja. (Tablica 2).

**Tablica 2.** Karakteristike ispitanica (n = 105)

	n (%)
Dob (godine), medijan (IKR)	37 (27-42)
Kategorizirana dob (godine)	
< 35	43 (41,0)
35 – 44	44 (41,9)
≥ 45	18 (17,1)
Spol	
muški	12 (11,4)
ženski	93 (88,6)
Godina studija	
prva	66 (64,7)
druga	36 (35,3)
Bračni status	
u braku/vezi	82 (78,1)
samci	23 (21,9)
Veličina mjesta (broj stanovnika)	
selo (< 2.000)	11 (10,5)
manje mjesto (2 - 10.000)	20 (19,0)
manji grad (10 - 20.000)	16 (15,2)
veliki grad (> 20.000)	58 (55,2)

Podatci su prikazani kao broj (postotak ispitanika), ako nije drugačije navedeno.

Kratice: IKR, interkvartilni raspon

## 5.2. Odgovori na sve čestice CAMI-ja

U ovom poglavlju prikazani su originalni odgovori na sve čestice CAMI-ja u izvornom obliku, dakle, prije promjene smjera.

**Tablica 3.** Odgovori na originalne čestice CAMI-ja prije promjene smjera (n = 105).

	Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Neodlučni	Slažem se	Potpuno se slažem	AS
1* Čim osoba pokaže znakove mentalnog poremećaja, trebala bi biti hospitalizirana.	39 (37,1)	37 (35,2)	22 (21,0)	6 (5,7)	1 (1,0)	2,0
2 Na skrb i liječenje osoba s mentalnim poremećajima trebalo bi trošiti više novca poreznih obveznika.	7 (6,7)	15 (14,3)	48 (45,7)	23(21,9)	12 (11,4)	3,2
3* Osobe s mentalnim poremećajima trebale bi biti izolirane od ostatka zajednice.	61 (58,1)	31 (29,5)	10 (9,5)	0 (0,0)	3 (2,9)	1,6
4 Najbolja terapija za mnoge osobe s mentalnim poremećajem je da budu dio normalne zajednice.	2 (1,9)	2 (1,9)	17 (16,2)	36(34,3)	48 (45,7)	4,2
5 Mentalna bolest je bolest kao i svaka druga.	4 (3,8)	4 (3,8)	28 (26,7)	30(28,6)	39 (37,1)	3,9
6* Osobe s mentalnim poremećajima su teret društva.	43 (41,0)	36 (34,3)	20 (19,1)	5 (4,8)	1 (1,0)	1,9
7 Osobe s mentalnim poremećajima su daleko manje opasne nego što većina ljudi smatra.	4 (3,8)	8 (7,6)	36 (34,3)	30(28,6)	27 (25,7)	3,7
8* Smještaj ustanova za mentalno zdravlje u stambene zajednice narušava privlačnost susjedstva.	23 (21,9)	26 (24,8)	37 (35,2)	17(16,2)	2 (1,9)	2,5
9* Ima nešto u osobama s mentalnim poremećajima zbog čega ih je lako razlikovati od ostalih ljudi.	13 (12,4)	23 (21,9)	46 (43,8)	17(16,2)	6 (5,7)	2,8

	Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Neodlučni	Slažem se	Potpuno se slažem	AS	
10	Osobe s mentalnim poremećajima predugo su bile predmet ismijavanja.						4,2
11*	Žena bi bila nepromišljena kada bi se udala za partnera s mentalnim poremećajem, iako se čini da se potpuno oporavio.						2,7
12	Koliko god je to moguće, usluge za poboljšanje mentalnog zdravlja trebale bi biti dostupne na razini zajednice.						4,3
13	Trebalo bi manje naglašavati zaštitu javnosti od osoba s mentalnim poremećajima.						3,1
14*	Povećana potrošnja na usluge mentalnog zdravlja je traćenje poreznog novca.						1,8
15	Nitko nema pravo isključivati osobe s mentalnim poremećajem iz svog susjedstva.						4,2
16*	Osobi s mentalnim poremećajem život u stambenom naselju može biti dobra terapija, ali rizik za druge stanovnike je prevelik.						2,4
17*	Osobe s mentalnim poremećajima trebaju istu vrstu kontrole i discipline kao i mala djeca.						2,8
18	Trebali bismo biti puno tolerantniji prema osobama s mentalnim poremećajima u našem društvu.						4,1
19*	Ne bih volio/voljela živjeti pored nekoga tko ima mentalni poremećaj.						2,5
20	Stanovništvo bi trebalo prihvatiti smještanje ustanova za mentalno zdravlje u svoje susjedstvo kako						3,8

	Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Neodlučni	Slažem se	Potpuno se slažem	AS
bi služilo potrebama lokalne zajednice.						
21 Osobe s mentalnim poremećajima ne bi trebalo tretirati kao izolirane iz društva.	3 (2,9)	5 (4,8)	12 (11,4)	45(42,9)	40 (38,1)	4,1
22* Trenutno postoji dovoljno usluga za osobe s mentalnim poremećajem.	26 (24,8)	33 (31,4)	33 (31,4)	8 (7,6)	5 (4,8)	2,4
23 Osobe s mentalnim poremećajima trebalo bi poticati da prihvate uobičajene životne odgovornosti.	1 (1,0)	1 (1,0)	24 (22,9)	53(50,5)	26 (24,8)	4,0
24* Stanovništvo ima dobre razloge za pružanje otpora smještanju ustanova za mentalno zdravlje u svoje susjedstvo.	21 (20,0)	37 (35,2)	33 (31,4)	9 (8,6)	5 (4,8)	2,4
25* Najbolji način zbrinjavanja osoba s mentalnim poremećajem jest da ih se drži iza zaključanih vrata.	65 (61,9)	27 (25,7)	8 (7,6)	2 (1,9)	3 (2,9)	1,6
26 Naše psihijatrijske bolnice/odjeljenja više izgledaju kao zatvori nego kao mjesta gdje se može skrbiti za osobe s mentalnim poremećajima.	8 (7,6)	16 (15,2)	45 (42,9)	24(22,9)	12 (11,4)	3,2
27* Osobe s iskustvom mentalnog poremećaja trebalo bi isključiti iz obavljanja javnih funkcija.	26 (24,8)	31 (29,5)	39 (37,1)	7 (6,7)	2 (1,9)	2,3
28 Smještanje ustanova za mentalno zdravlje u stambene zajednice ne ugrožava lokalno stanovništvo.	3 (2,9)	11 (10,5)	40 (38,1)	31(29,5)	20 (19,1)	3,5
29 Psihijatrijske bolnice su zastarjeli način liječenja osoba s mentalnim poremećajima.	11 (10,5)	9 (8,6)	58 (55,2)	20(19,1)	7 (6,7)	3,0
30* Osobe s mentalnim poremećajima ne zaslužuju naše suosjećanje.	64 (61,0)	23 (21,9)	12 (11,4)	2 (1,9)	4 (3,8)	1,7



	Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Neodlučni	Slažem se	Potpuno se slažem	AS
31 Osobama s mentalnim bolestima ne smije se uskraćivati osobna prava.	5 (4,8)	5 (4,8)	21 (20,0)	27(25,7)	47 (44,8)	4,0
32* Ustanove za mentalno zdravlje trebale bi biti smještene izvan stambenih zajednica.	17 (16,2)	29 (27,6)	44 (41,9)	10 (9,5)	5 (4,8)	2,6
33* Jedan od glavnih uzroka mentalnih poremećaja je manjak samodiscipline i snage volje.	21 (20,0)	25 (23,8)	43 (41,0)	11(10,5)	5 (4,8)	2,6
34 Odgovorni smo osigurati najbolju moguću skrb za osobe s mentalnim poremećajima.	1 (1,0)	3 (2,9)	19 (18,1)	42(40,0)	40 (38,1)	4,1
35* Osobama s mentalnim poremećajima ne treba davati nikakve odgovornosti.	26 (24,8)	39 (37,1)	37 (35,2)	2 (1,9)	1 (1,0)	2,2
36 Građani ne trebaju strahovati od osoba koje dolaze u susjedstvo kako bi koristile usluge iz područja mentalnog zdravlja.	3 (2,9)	4 (3,8)	31 (29,5)	40(28,1)	27 (25,7)	3,8
37 Gotovo svatko može oboljeti od mentalnog poremećaja.	1 (1,0)	2 (1,9)	12 (11,4)	35(33,3)	55 (52,4)	4,3
38* Najbolje je izbjegavati osobe s mentalnim poteškoćama.	50 (47,6)	31 (29,5)	20 (19,1)	3 (2,9)	1 (1,0)	1,8
39 Većini žena koje su jednom bile psihijatrijski pacijenti može se povjeriti čuvanje djece.	6 (5,7)	12 (11,4)	56 (53,3)	24(22,9)	7 (6,7)	3,1
40* Zastrašujuća je pomisao o ljudima s mentalnim poteškoćama koji žive u susjedstvu.	36 (34,6)	33 (31,7)	27 (26,0)	7 (6,7)	1 (1,0)	2,1

Podatci su prikazani kao broj (postotak) ispitanika ako nije drukčije navedeno.

Kratice: AS, aritmetička sredina

\* Negativno orijentirane čestice

### 5.3. Metrijske karakteristike CAMI

Pouzdanost ukupnog rezultata CAMI-ja bila je vrlo dobra (McDonaldsov  $\omega = 0,92$ ) (Tablica 4). Pojedini indikatori slaganja jednodimenzionalnog modela i podataka prikupljenih na ovom uzorku u manjoj su mjeri odstupali od unaprijed određenih kriterija, primjerice RMSEA ili SRMR, ali drugi planirani indikatori ukazivali su da jednodimenzionalnost nije potvrđena ( $\chi^2(740) = 1347$ ;  $P < 0,001$ ; CFI = 0,61; TLI = 0,59). Radi usporedivosti s dijelom literature, ipak je korišten i ukupni rezultat CAMI-ja, ali ti su rezultati interpretirani s oprezom i ne mogu se smatrati zadovoljavajuće valjanima. Pouzdanost podljestvice niske autoritarnosti bila je vrlo niska (McDonaldsov  $\omega = 0,63$ ) (Tablica 4), a njena jednodimenzionalnost nije potvrđena. Pouzdanosti podljestvica benevolentnosti, niskog socijalnog ograničavanja i pozitivne ideologije zajednice bile su niske, ali prihvatljive (od 0,74, do 0,81). Međutim, dokazana je samo jednodimenzionalnost podljestvice niskih socijalnih ograničenja (Tablica 4).

**Tablica 4.** Pouzdanost i jednodimenzionalnost CAMI i četiri njegove podljestvice (n = 105)

	Pouzdanost		Jednodimenzionalnost					
	$\omega$	$\alpha$	$\chi^2$	ss	P	RMSEA	(90% IP)	SRMR
Ukupni rezultat CAMI	0,92	0,91	1347	740	< 0,001	0,088	(0,081; 0,096)	0,089
Podljestvice CAMI								
Niska autoritarnost	0,63	0,61	62	35	0,00	0,085	(0,048; 0,120)	0,083
Benevolentnost	0,74	0,74	78	35	< 0,001	0,108	(0,075; 0,140)	0,078
Niska socijalna ograničavanja	0,77	0,77	41	35	0,23	0,040	(0,000; 0,084)	0,059
Pozitivna ideologija zajednice	0,81	0,81	67	35	< 0,001	0,093	(0,059; 0,127)	0,071

Kratice:  $\omega$ , McDonaldsov koeficijent pouzdanosti;  $\alpha$ , Cronbachov koeficijent unutarnje konzistencije;  $\chi^2$ , hi-kvadrat test slaganja jednodimenzionalnog modela s empirijskim podacima; ss, stupnjevi slobode; P, statistička značajnost odstupanja opaženih podataka od jednodimenzionalnosti; RMSEA, korijen srednjeg kvadrata pogreške procjene (od engl. *Root mean square error of approximation*); SRMR, Standardizirani ostatak korijena srednjeg kvadrata (od engl. *Standardized root mean square residual*)

Sve korelacije svih četiriju podljestvica CAMI-ja bile su statistički značajne na razini  $P < 0,001$  (Tablica 5).

**Tablica 5.** Korelacije četiri podljestvice CAMI-ja (n = 105)

	Ukupni CAMI rezultat	a	b	c	d
Ukupni CAMI rezultat	1,00				
a) Niska autoritarnost	0,85	1,00			
b) Benevolentnost	0,83	0,57	1,00		
c) Niska socijalna ograničavanja	0,88	0,68	0,61	1,00	
d) Pozitivna ideologija zajednice	0,92	0,73	0,68	0,76	1,00

Rezultati su prikazani kao Pearsonov koeficijent moment-produkta.

### 5.3.1. Eksplorativna faktorska analiza CAMI-ja

Paralelnom analizom temeljenoj na faktorskoj analizi optimalni je model imao tri latentne dimenzije koje su ukupno objašnjavale 34 % varijance CAMI čestica. Bartlettov test sfericiteta ( $\chi^2(780) = 1992$ ;  $P < 0,001$ ) i Kaiser-Mayer-Olkinov test primjerenosti uzorkovanja (0,75) pokazali su da je matrica korelacija čestica CAMI-ja primjerena za faktorsku analizu. Metodom najmanjih reziduala uz promax rotaciju dobiveni su slijedeći rezultati: prvim faktorom koji je objašnjavao 25 % varijance s više od 0,40 bile su saturirane slijedeće čestice CAMI-ja:

- Čestica 18 „Trebali bismo biti puno tolerantniji prema osobama s mentalnim poremećajima u našem društvu“ (saturacija: 0,89; originalna podljestvica benevolentnosti)
- Čestica 23 „Osobe s mentalnim poremećajima trebalo bi poticati da prihvate uobičajene životne odgovornosti.“ (saturacija: 0,74, originalna podljestvica socijalnih ograničavanja)
- Čestica 34 „Odgovorni smo osigurati najbolju moguću skrb za osobe s mentalnim poremećajima.“ (saturacija: 0,69, originalna podljestvica benevolentnosti)
- Čestica 12 „Koliko god je to moguće, usluge za poboljšanje mentalnog zdravlja trebale bi biti dostupne na razini zajednice.“ (saturacija: 0,61, originalna ljestvica ideologije zajednice)

- Čestica 10 „Osobe s mentalnim poremećajima predugo su bile predmet ismijavanja.“ (saturacija: 0,61, originalna podljestvica benevolentnosti)
- Čestica 37 „Gotovo svatko može oboljeti od mentalnog poremećaja.“ (saturacija: 0,58, originalna ljestvica autoritarnosti)
- Čestica 15 „Nitko nema pravo isključivati osobe s mentalnim poremećajem iz svog susjedstva.“ (saturacija: 0,49, originalna ljestvica socijalnih ograničavanja)
- Čestica 19 „Ne bih volio/voljela živjeti pored nekoga tko ima mentalni poremećaj.“ (saturacija: 0,42, originalna podljestvica socijalnih ograničavanja).

Prvi faktor mogli bismo nazvati stavovima o društvenoj odgovornosti prema osobama s mentalnim poremećajima.

Drugim faktorom koji je objašnjavao 5 % varijance s više od 0,40 bile su saturirane slijedeće čestice:

- Čestica 17 „Osobe s mentalnim poremećajima trebaju istu vrstu kontrole i discipline kao i mala djeca.“ (saturacija: 0,74, originalna podljestvica autoritarnosti)
- Čestica 6 „Osobe s mentalnim poremećajima su teret društva.“ (saturacija: 0,66, originalna podljestvica benevolentnosti)
- Čestica 8 „Smještaj ustanova za mentalno zdravlje u stambene zajednice narušava privlačnost susjedstva.“ (saturacija: 0,64, originalna podljestvica ideologije zajednice)
- Čestica 27 „Osobe s iskustvom mentalnog poremećaja trebalo bi isključiti iz obavljanja javnih funkcija.“ (saturacija: 0,59, originalna podljestvica benevolentnosti)
- Čestica 9 „Ima nešto u osobama s mentalnim poremećajima zbog čega ih je lako razlikovati od ostalih ljudi.“ (saturacija: 0,57, originalna podljestvica autoritarnosti)
- Čestica 16 „Osobi s mentalnim poremećajem život u stambenom naselju može biti dobra terapija, ali rizik za druge stanovnike je prevelik.“ (saturacija: 0,56, originalna podljestvica ideologije zajednice)
- Čestica 7 „Osobe s mentalnim poremećajima su daleko manje opasne nego što većina ljudi smatra.“ (saturacija: 0,50, originalna podljestvica socijalnih ograničavanja)
- Čestica 40 „Zastrašujuća je pomisao o ljudima s mentalnim poteškoćama koji žive u susjedstvu.“ (saturacija: 0,47, originalna podljestvica ideologije zajednice)

- Čestica 11 „Žena bi bila nepromišljena kada bi se udala za partnera s mentalnim poremećajem, iako se čini da se potpuno oporavio.“ (saturacija: 0,46, originalna podljestvica socijalnih ograničavanja).

Drugi faktor mogli bismo nazvati stavovima o mentalnim poremećajima i osobama oboljelima od mentalnih poremećaja.

Trećim faktorom koji je objašnjavao 4 % varijance bile su saturirane slijedeće čestice CAMI-ja:

- Čestica 36 „Građani ne trebaju strahovati od osoba koje dolaze u susjedstvo kako bi koristile usluge iz područja mentalnog zdravlja.“ (saturacija: 0,60, originalna podljestvica ideologije zajednice)
- Čestica 22 „Trenutno postoji dovoljno usluga za osobe s mentalnim poremećajem.“ (saturacija: 0,60, originalna podljestvica benevolentnosti)
- Čestica 28 „Smještanje ustanova za mentalno zdravlje u stambene zajednice ne ugrožava lokalno stanovništvo.“ (saturacija: 0,53, originalna podljestvica ideologije zajednice)
- Čestica 14 „Povećana potrošnja na usluge mentalnog zdravlja je traćenje poreznog novca.“ (saturacija: 0,48, originalna podljestvica benevolentnosti)
- Čestica 21 „Osobe s mentalnim poremećajima ne bi trebalo tretirati kao izolirane iz društva.“ (saturacija: 0,47, originalna podljestvica autoritarnosti).

Treći faktor mogli bismo nazvati stavovima o psihijatriji u zajednici i uslugama zaštite mentalnog zdravlja.

Ostale su čestice bile saturirane nekim od latentnih faktora s manje od 0,40. To su bile čestice: 1, 2 3, 4, 5, 13, 20, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 38 i 39. Te čestice u primjeni na ovom uzorku ne mjere iscrpno, konzistentno, dovoljno pouzdano i valjano ni jedan temeljni stav o mentalnim poremećajima.

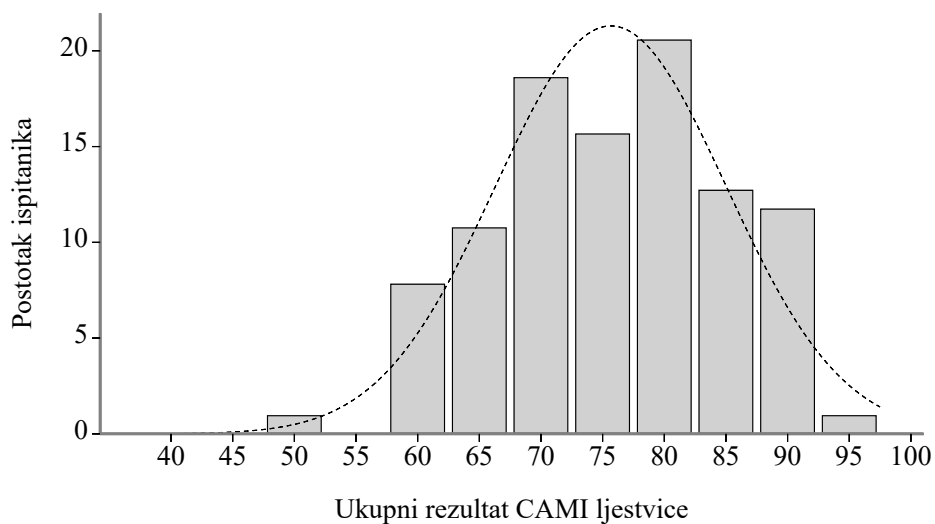
#### 5.4. Stavovi studenata prema osobama s poteškoćama mentalnog zdravlja

Aritmetička sredina ukupnog rezultata CAMI-ja bila je 76 % (standardna devijacija; SD 9,4 %) od teorijski mogućeg najvišeg rezultata (Tablica 6; Slika 1).

**Tablica 6.** Stavovi studenata prema osobama s poteškoćama mentalnog zdravlja (n = 105)

	Originalni rezultati		Postotak od maksimalnog broja bodova	
Ukupni rezultat CAMI	151	(18,7)	76	(9,4)
Podljestvice CAMI				
Niska autoritarnost	37	(4,7)	74	(9,4)
Benevolentnost	39	(5,2)	79	(10,5)
Niska socijalna ograničavanja	38	(5,6)	76	(11,2)
Pozitivna ideologija zajednice	38	(5,9)	75	(11,8)

Podatci su prikazani kao aritmetičke sredine (standardne devijacije).



**Slika 1.** Histogram raspodjele ukupnog rezultata CAMI ljestvice; isprekidana krivulja predstavlja teorijski očekivanu normalnu raspodjelu (n = 105)

## 5.5. Ukupni rezultati CAMI-ja

Ukupni rezultat CAMI ljestvice bio je u bivarijatnoj analizi statistički značajno niži u kategoriji ispitanika starih 45 ili više godina nego u ispitanika u dobi do 34 godine ( $b = -5,5$  (95 % IP - 10,8; -0,2;  $P = 0,04$ ;  $SLO < 5\%$ ) (Tablica 7). Čini se kako su stavovi prema osobama s poteškoćama mentalnog zdravlja povezani s dobi. Nisu uočene statistički značajne razlike u ukupnom rezultatu CAMI-ja između drugih ispitivanih karakteristika ispitanika. Međutim, nakon što su u multivarijabilnu analizu zajedno uključene sve sociodemografske karakteristike, ni jedna više nije bila statistički značajno povezana s ukupnim rezultatom CAMI-ja. S obzirom na ukupni rezultat CAMI-ja, nije odbačena null hipoteza, odnosno, na temelju ovog istraživanja nije moguće zadovoljavajuće pouzdano tvrditi koliko je razina obrazovanja povezana s općim stavom prema osobama s mentalnim poteškoćama.

**Tablica 7.** Ukupni rezultat CAMI ljestvice prikazan kao postotak od maksimalnog broja bodova, prema sociodemografskim karakteristikama ispitanika ( $n = 105$ )

	AS (SD)	Bivarijatne analize			Multivarijabilna analiza		
		b	(95 % IP)	P	b	(95 % IP)	P
Kategorizirana dob (godine)							
< 35	78 (8,6)	Ref.		-	Ref.		
35 – 44	75 (8,5)	-2,9	(-6,9; 1,1)	0,15	-1,5	(-5,8; 2,8)	0,48
≥ 45	72 (12,2)	-5,5	(-10,8; 0,2)	0,04*	-5,5	(-11,2; 0,2)	0,06
Spol							
muški	78 (10,9)	Ref.		-	Ref.		
ženski	75 (9,2)	-2,3	(-8,0; 3,4)	0,42	-1,3	(-7,3; 4,8)	0,68
Godina studija							
prva	76 (10,0)	Ref.		-	Ref.		
druga	75 (7,8)	-1,2	(-5,1; 2,7)	0,54	-38	(-8,0; 0,5)	0,08
Bračni status							
u braku/vezi	75 (9,9)	Ref.		-	Ref.		
samci	78 (6,6)	3,1	(-1,4; 7,5)	0,18	2,1	(-2,7; 6,8)	0,39
Veličina mjesta (broj stanovnika)							
selo (< 2.000)	76 (6,5)	Ref.		-	Ref.		
manje mjesto (2 - 10.000)	77 (10,4)	0,7	(-6,2; 7,6)	0,84	-0,7	(-7,8; 6,4)	0,84
manji grad (10 - 20.000)	70 (11,6)	-6,3	(-13,4; 0,8)	0,08	-6,9	(-14,3; 0,5)	0,07
veliki grad (> 20.000)	77 (8,4)	0,6	(-5,4; 6,6)	0,84	-0,1	(-6,3; 6,1)	0,98

Kratice: AS, aritmetička sredina; SD (standardna devijacija); b, nestandardizirani regresijski koeficijent; IP, interval pouzdanosti; P, statistička značajnost razlike u odnosu na prvu kategoriju izračunata linearnom regresijskom analizom; Ref, referentna skupina.

\* Stopa lažnih otkrića  $< 5\%$

### 5.5.1. Podljestvica niske autoritarnosti

Ni jedna ispitivana karakteristika ispitanika nije bila statistički značajno povezana s rezultatom podljestvice niske autoritarnosti ni u bivarijatnim ni u multivarijabilnoj analizi (Tablica 8). Hipoteza ovog istraživanja o povezanosti razine obrazovanja sa stavovima prema osobama s mentalnim poteškoćama nije potvrđena ni s obzirom na podljestvicu niske autoritarnosti.

**Tablica 8.** Rezultat podljestvice niske autoritarnosti prikazan kao postotak od maksimalnog broja bodova, prema sociodemografskim karakteristikama ispitanika (n = 105)

	AS (SD)	Bivarijatne analize			Multivarijabilna analize		
		b	(95 % IP)	P	b	(95 % IP)	P
Kategorizirana dob (godine)							
< 35	74 (8,8)	Ref.		-	Ref.		
35 – 44	74 (8,2)	-0,2	(-4,3; 3,8)	0,91	1,2	(-3,3; 5,7)	0,60
≥ 45	74 (13,6)	-0,2	(-5,5; 5,2)	0,95	1,0	(-4,9; 6,9)	0,75
Spol							
muški	78 (9,3)	Ref.		-	Ref.		
ženski	73 (9,4)	-6,0	(-10,7; 0,7)	0,09	-4,1	(-10,5; 2,3)	0,21
Godina studija							
prva	74 (10,1)	Ref.		-	Ref.		
druga	73 (7,9)	-0,3	(-4,1; 3,6)	0,90	-1,3	(5,7; 3,1)	0,55
Bračni status							
u braku/vezi	73 (10,0)	Ref.		-	Ref.		
samci	75 (7,2)	2,0	(-2,5; 6,4)	0,38	2,7	(-2,2; 7,6)	0,28
Veličina mjesta (broj stanovnika)							
selo (< 2.000)	74 (8,9)	Ref.		-	Ref.		
manje mjesto (2 - 10.000)	75 (11,1)	0,6	(-6,5; 7,6)	0,88	1,0	(-8,4; 6,4)	0,79
manji grad (10 - 20.000)	71 (12,2)	-3,4	(-10,8; 4,0)	0,36	-4,6	(-12,4; 3,2)	0,24
veliki grad (> 20.000)	74 (8,1)	1,0	(-7,2; 5,2)	0,76	-2,2	(-8,7; 4,3)	0,50

Kratice: AS, aritmetička sredina; SD (standardna devijacija); b, nestandardizirani regresijski koeficijent; IP, interval pouzdanosti; P, statistička značajnost razlike u odnosu na prvu kategoriju izračunata linearnom regresijskom analizom; Ref, referentna skupina

\* Stopa lažnih otkrića < 5 %



## 5.5.2. Podljestvica benevolentnosti

Ispitanici koji nisu u braku u bivarijatnoj analizi imali su statistički značajno više (povoljnije) rezultate na podljestvici benevolentnosti; ali nakon prilagodbe za ostale sociodemografske čimbenike multivarijabilnom analizom, ta se razlika smanjila i nije više bila statistički značajna (Tablica 9). U multivarijabilnoj analizi studentice i studenti druge godine studija Sestrinstva imali su statistički značajno niži (manje povoljan) rezultat podljestvice benevolentnosti od studentica i studenata prve godine studija ( $b = -5,2$ ; 95 % IP  $-10,8$ ;  $-0,7$ ;  $P = 0,03$ ;  $SLO < 5\%$ ). Time je djelomično potvrđena hipoteza ovog istraživanja.

**Tablica 9.** Rezultat podljestvice benevolentnosti prikazan kao postotak od maksimalnog broja bodova, prema sociodemografskim karakteristikama ispitanika ( $n = 105$ )

	AS (SD)	Bivarijatne analize			Multivarijabilna analiza		
		b	(95 % IP)	P	b	(95 % IP)	P
Kategorizirana dob (godine)							
< 35	81 (10,4)	Ref.		-	Ref.		
35 – 44	77 (9,8)	-3,4	(-7,8; Ref.)	0,13	-1,8	(-6,4; 2,8)	0,44
≥ 45	76 (11,6)	-5,1	(-10,9; 0,7)	0,08	-6,0	(-12,1; 0,1)	0,05
Spol							
muški	76 (12,2)	Ref.		-	Ref.		
ženski	79 (10,3)	2,6	(-3,8; 9,0)	0,42	3,3	(-3,3; 9,9)	0,32
Godina studija							
prva	79 (11,3)	Ref.		-	Ref.		
druga	76 (8,7)	-3,2	(-7,5; 1,1)	0,14	-5,2	(-10,8; 0,7)	0,03*
Bračni status							
u braku/vezi	77 (10,8)	Ref.		-	Ref.		
samci	83 (7,9)	5,4	(0,6; 10,2)	0,03*	4,1	(-1,0; 9,1)	0,11
Veličina mjesta (broj stanovnika)							
selo (< 2.000)	77 (5,8)	Ref.		-	Ref.		
manje mjesto (2 - 10.000)	80 (10,1)	3,2	(-4,4; 10,7)	0,41	1,9	(-5,7; 9,6)	0,61
manji grad (10 - 20.000)	72 (11,8)	-4,7	(-12,6; 3,2)	0,24	-5,5	(-13,6; 2,5)	0,18
veliki grad (> 20.000)	80 (10,3)	3,7	(-2,9; 10,3)	0,27	3,0	(-3,7; 9,8)	0,37

Kratice: AS, aritmetička sredina; SD (standardna devijacija); b, nestandardizirani regresijski koeficijent; IP, interval pouzdanosti; P, statistička značajnost razlike u odnosu na prvu kategoriju izračunata linearnom regresijskom analizom; Ref, referentna skupina.

\* Stopa lažnih otkrića  $< 5\%$

### 5.5.3. Podljestvica niskih socijalnih ograničenja

Ispitanici stari 45 ili više godina u bivarijatnoj su analizi imali statistički značajno niži (manje povoljan) rezultat na podljestvici niskih socijalnih ograničenja od ispitanika mlađih od 35 godina (Tablica 10). Ispitanici nastanjeni u manjim gradovima također su u bivarijatnoj analizi imali statistički značajno niži rezultat na podljestvici niskih socijalnih ograničenja. Oba ta sociodemografska čimbenika ostala su statistički značajno povezana s rezultatom podljestvice niskih socijalnih ograničenja i u multivarijabilnoj analizi nakon prilagodbe za sve ostale čimbenike. Štoviše, povezanost dobi čak je nešto i povećana ( $b = -8,2$ ; 95 % IP  $-14,6$ ;  $-1,7$ ;  $P = 0,01$ ;  $SLO < 5\%$ ). S obzirom na podljestvicu socijalnih ograničenja, nije odbačena null hipoteza ovog istraživanja o nepostojanju povezanosti razine obrazovanja sa stavovima o osobama s mentalnim poteškoćama.

**Tablica 10.** Rezultat podljestvice niskih socijalnih ograničenja prikazan kao postotak od maksimalnog broja bodova, prema sociodemografskim karakteristikama ispitanika ( $n = 105$ )

	AS (SD)	Bivarijatne analize			Multivarijabilna analiza		
		B	(95% IP)	P	b	(95 % IP)	P
Kategorizirana dob (godine)							
< 35	78 (9,8)	Ref.		-	Ref.		
35 – 44	75 (10,9)	-3,4	(-8,0; 1,3)	0,16	-3,5	(-8,5; 1,4)	0,16
≥ 45	71 (13,4)	-7,7	(-13,8; -1,6)	0,01*	-8,2	(-14,6; 1,7)	0,01*
Spol							
muški	80 (12,0)	Ref.		-	Ref.		
ženski	75 (11,0)	-4,8	(-11,6; 1,9)	0,16	-3,8	(-10,8; 3,2)	0,29
Godina studija							
prva	75 (12,1)	Ref.		-	Ref.		
druga	76 (8,9)	0,4	(-4,2; 5,0)	0,87	-3,8	(-8,7; 1,0)	0,12
Bračni status							
u braku/vezi	76 (11,7)	Ref.		-	Ref.		
samci	75 (9,6)	-0,8	(-6,0; 4,5)	0,78	-2,6	(-8,0; 2,8)	0,34
Veličina mjesta (broj stanovnika)							
selo (< 2.000)	78 (9,5)	Ref.		-	Ref.		
manje mjesto (2 - 10.000)	78 (11,9)	0,3	(-7,7; 8,2)	0,95	1,0	(-9,1; 7,1)	0,81
manji grad (10 - 20.000)	67 (14,2)	-11,1	(-19,4; -2,9)	0,01*	-11,4	(-19,9; 2,8)	0,01*
veliki grad (> 20.000)	77 (9,2)	-0,8	(7,8; 6,1)	0,82	-1,2	(-8,3; 5,9)	0,73

Kratice: AS, aritmetička sredina; SD (standardna devijacija); b, nestandardizirani regresijski koeficijent; IP, interval pouzdanosti; P, statistička značajnost razlike u odnosu na prvu kategoriju izračunata linearnom regresijskom analizom; Ref, referentna skupina

\* Stopa lažnih otkrića  $< 5\%$

#### 5.5.4. Pozitivna ideologija zajednice

U bivarijantnim analizama dob je bila statistički značajno inverzno povezana s rezultatom podljestvice pozitivne ideologije zajednice (Tablica 11). Ispitanici koji nisu bili u braku imali su statistički značajno viši (povoljniji) rezultat na ljestvici pozitivne ideologije zajednice. Nakon prilagodbe za sve ostale sociodemografske čimbenike ta povezanost dobi i rezultata podljestvice pozitivne ideologije zajednice smanjena je i nije više bila statistički značajna. Ni s obzirom na podljestvicu ideologije zajednice nije bilo empirijskog temelja hipotezi ovog istraživanja.

**Tablica 11.** Rezultat podljestvice pozitivne ideologije zajednice prikazan kao postotak od maksimalnog broja bodova, prema sociodemografskim karakteristikama ispitanika (n = 105)

	AS (SD)	Bivarijantne analize			Multivarijabilna analiza		
		b	(95 % IP)	P	b	(95 % IP)	P
<b>Kategorizirana dob (godine)</b>							
< 35	79 (11,4)	Ref.		-	Ref.		
35 – 44	73 (10,7)	5,3	(-10,2; -0,3)	0,04*	-2,7	(-8,1; 2,6)	0,31
≥ 45	72 (13,8)	-6,9	(-13,5; -0,3)	0,04*	-6,6	(-13,7; 0,5)	0,07
<b>Spol</b>							
muški	77 (12,8)	Ref.		-	Ref.		
ženski	75 (11,7)	-1,7	(-9,0; 5,5)	0,63	-0,5	(-8,0; 7,1)	0,91
<b>Godina studija</b>							
prva	76 (11,9)	Ref.		-	Ref.		
druga	75 (10,9)	-1,4	(-6,2; 3,4)	0,57	-3,9	(-9,1; 1,4)	0,15
<b>Bračni status</b>							
u braku/vezi	74 (12,1)	Ref.		-	Ref.		
samci	80 (9,5)	5,9	(0,4; 11,4)	0,04*	4,3	(-1,6; 10,2)	0,15
<b>Veličina mjesta (broj stanovnika)</b>							
selo (< 2.000)	76 (9,3)	Ref.		-	Ref.		
manje mjesto (2 - 10.000)	75 (12,2)	-0,7	(-9,6; 8,1)	0,87	-1,7	(-10,6; 7,1)	0,70
manji grad (10 - 20.000)	70 (12,2)	-5,9	(-15,0; 3,2)	0,20	-6,0	(-15,2; 3,3)	0,20
veliki grad (> 20.000)	77 (11,8)	0,6	(-7,0; 8,3)	0,87	0,4	(-7,3; 8,1)	0,92

Kratice: AS, aritmetička sredina; SD (standardna devijacija); b, nestandardizirani regresijski koeficijent; IP, interval pouzdanosti; P, statistička značajnost razlike u odnosu na prvu kategoriju izračunata linearnom regresijskom analizom; Ref, referentna skupina.

\* Stopa lažnih otkrića < 5 %

## 5.6. Povezanost osobnog iskustva sa stavovima prema osobama s mentalnim poteškoćama

Osobno iskustvo ispitanika bilo je statistički značajno povezano sa stavovima prema osobama s mentalnim poteškoćama (Tablica 12).

**Tablica 12.** Povezanost osobnog iskustva s ukupnim rezultatom CAMI ljestvice prikazanim kao postotak od maksimalnog broja bodova (n = 105)

	AS (SD)	Bivarijatne analize			Multivarijabilna analiza		
		b	(95 % IP)	P	b	(95 % IP)	P
Osobno iskustvo							
ne	71 (8,2)	Ref.					
da	81 (7,3)	10,6	(7,6; 13,7)	< 0,001*	9,8	(6,7; 12,9)	< 0,001*
Kategorizirana dob (godine)							
< 35	78 (8,6)	Ref.		-	Ref.		
35 – 44	75 (8,5)	-2,9	(-6,9; 1,1)	0,15	-0,8	(-4,4; 2,8)	0,66
≥ 45	72 (12,2)	-5,5	(-10,8; 0,2)	0,04*	-2,9	(-7,8; 2,0)	0,24
Spol							
muški	78 (10,9)	Ref.		-	Ref.		
ženski	75 (9,2)	-2,3	(-8,0; 3,4)	0,42	-1,5	(-6,7; 3,6)	0,55
Godina studija							
prva	76 (10,0)	Ref.		-	Ref.		
druga	75 (7,8)	-1,2	(-5,1; 2,7)	0,54	-2,9	(-6,5; 0,7)	0,11
Bračni status							
u braku/vezi	75 (9,9)	Ref.		-	Ref.		
samci	78 (6,6)	3,1	(-1,4; 7,5)	0,18	2,3	(-3,6; 6,3)	0,26
Veličina mjesta (broj stanovnika)							
selo (< 2.000)	76 (6,5)	Ref.	1,0	-	Ref.		
manje mjesto (2 - 10.000)	77 (10,4)	0,7	(-6,2; 7,6)	0,84	2,4	(-3,7; 8,4)	0,44
manji grad (10 - 20.000)	70 (11,6)	-6,3	(-13,4; 0,8)	0,08	-3,0	(-9,4; 3,4)	0,35
veliki grad (> 20.000)	77 (8,4)	0,6	(-5,4; 6,6)	0,84	1,8	(-3,5; 7,0)	0,51

Kratice: AS, aritmetička sredina; SD (standardna devijacija); b, nestandardizirani regresijski koeficijent; IP, interval pouzdanosti; P, statistička značajnost razlike u odnosu na prvu kategoriju izračunata linearnom regresijskom analizom; Ref, referentna skupina

\* Stopa lažnih otkrića < 5%

## 6. RASPRAVA

Glavni je cilj istraživanja bio ispitati stavove studenata prve i druge godine diplomskog studija Sestrinstva, Sveta Nedelja na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo (FDMZ) Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku prema osobama s mentalnim poteškoćama te identificirati ključne faktore koji utječu na te stavove, kao što su obrazovanje, svijest o mentalnom zdravlju i osobna iskustva.

Rezultati provedenog istraživanja pružaju uvid u stavove prema osobama s poteškoćama mentalnog zdravlja, posebno u kontekstu dobi ispitanika. Ovaj rezultat pokazuje da osobe, što su starije, imaju manje pozitivne stavove prema osobama s poteškoćama mentalnog zdravlja. Ovakvi rezultati su u skladu s rezultatima drugih istraživanja koja također ukazuju na povezanost dobi i stavova prema mentalnom zdravlju. Na primjer, studije pokazuju da stariji ljudi često imaju konzervativnije i tradicionalnije stavove koji mogu uključivati veću stigmatizaciju mentalnih poremećaja (39). Nasuprot tome, mlađe generacije, koje su izložene modernijim obrazovnim programima i otvorenijim raspravama o mentalnom zdravlju, pokazuju veću prihvaćenost i razumijevanje ovih pitanja (58). Teorijski, dobiveni rezultati podržavaju socijalno-kognitivne teorije koje sugeriraju da su stavovi oblikovani iskustvom i izloženošću različitim informacijama. Stariji ispitanici možda nisu bili izloženi suvremenim edukativnim kampanjama koje promiču pozitivan odnos prema mentalnom zdravlju, što može rezultirati njihovim negativnijim stavovima. Osim toga, životna iskustva i kulturne norme koje su bile dominantne tijekom njihovog formativnog perioda također mogu igrati značajnu ulogu u oblikovanju njihovih stavova.

Rezultati podljestvica niske autoritarnosti ukazuju na kompleksnost faktora koji utječu na stavove prema autoritarnosti i izazivaju nekoliko važnih teorijskih i praktičnih pitanja. Usporedbom s rezultatima drugih istraživanja, ti rezultati su konzistentni s nekim studijama koje sugeriraju da individualne karakteristike, kao što su dob, spol, obrazovanje i socioekonomski status, nemaju uvijek predvidljiv utjecaj na stavove prema autoritarnosti. Primjerice, istraživanje koje su proveli u Španjolskoj, Portugalu i Italiji na uzorku stručnjaka koji rade u raznim ustanovama za mentalno zdravlje, također nije našlo značajnu povezanost između demografskih karakteristika i autoritarnosti, što može ukazivati na to da su stavovi prema autoritarnosti oblikovani širim društvenim i kulturnim kontekstom, a ne samo

individualnim sociodemografskim faktorima (37). Ovi rezultati podržavaju pristupe koji naglašavaju važnost društvenih i kulturnih faktora u oblikovanju stavova prema autoritarnosti. Na primjer, socijalno-kognitivne teorije sugeriraju da su stavovi prema autoritarnosti rezultat kompleksnih interakcija između individualnih iskustava i šireg društvenog konteksta. Rezultati mogu implicirati da individualne karakteristike same po sebi nisu dovoljne za objašnjenje stavova prema autoritarnosti te da je potrebno uzeti u obzir i druge varijable kao što su kulturne norme, politička klima i medijski utjecaji.

Rezultati benevolentnosti u skladu s nekim prethodnim istraživanjima pokazali su da bračni status može utjecati na stavove prema benevolentnosti. Na primjer, studija iz Kine pokazala je da osobe koje nisu u braku često imaju povoljnije stavove prema socijalnim pitanjima, što može biti rezultat većeg stupnja socijalne angažiranosti i empatije (59). Međutim, naši rezultati pokazuju da ta razlika nestaje nakon prilagodbe za ostale čimbenike, sugerira da bračni status sam po sebi možda nije odlučujući faktor, već da postoji kompleksna interakcija s drugim sociodemografskim varijablama. Ti rezultati naglašavaju važnost holističkog pristupa u istraživanjima i intervencijama usmjerenima na promicanje benevolentnosti i socijalne inkluzije. Praktične implikacije uključuju potrebu za podrškom studentima i holističkim pristupom u edukaciji kako bi se smanjila stigma i poboljšali stavovi prema osobama s mentalnim poteškoćama.

Rezultati u stavovima prema niskim socijalnim ograničenjima među različitim sociodemografskim skupinama ispitanika pokazali su značajne razlike u istraživanjima. Oba sociodemografska čimbenika, i starija dob i nastanjenost u manjem gradu, ostala su statistički značajno povezana s rezultatima podljestvice niskih socijalnih ograničenja i u multivarijabilnoj analizi, nakon prilagodbe za sve ostale čimbenike (60). Navedeni rezultati podržavaju socijalno-kognitivne teorije koje sugeriraju da starije osobe i stanovnici manjih gradova mogu biti manje izloženi progresivnim idejama i promjenama u društvenim normama, što može rezultirati održavanjem tradicionalnih stavova (61). Rezultati ukazuju na potrebu za ciljanom edukacijom i intervencijama usmjerenima na stariju populaciju i stanovnike manjih gradova. Edukativni programi koji naglašavaju važnost socijalne inkluzije i smanjenje stigme prema osobama s mentalnim poteškoćama, mogu biti posebno korisni. Također, intervencije koje potiču međugeneracijski dijalog i razmjenu iskustava, mogu pomoći u smanjenju socijalnih ograničenja i promicanju pozitivnijih stavova.

Rezultati pozitivne ideologije zajednice pokazali su da mlađa dob i ispitanici koji nisu u braku imaju povoljnije rezultate. Međutim, nakon prilagodbe za sve ostale sociodemografske čimbenike, ove povezanosti više nisu bile statistički značajne. Mlađe osobe imaju tendenciju izražavanja povoljnijih stavova prema socijalnim pitanjima, uključujući ideologiju zajednice. To se može pripisati većoj izloženosti modernim obrazovnim programima i kampanjama koje promiču socijalnu inkluziju. S druge strane, starije osobe mogu imati tradicionalnije stavove zbog utjecaja kulturnih normi i manje izloženosti takvim inicijativama tijekom njihovog života (62). Kako bi poboljšali stavove prema pozitivnoj ideologiji zajednice, važno je raditi na edukaciji, odnosno, povećati izloženost modernim obrazovnim programima i kampanjama koje promiču socijalnu inkluziju, posebno usmjerene na starije populacije. Potrebno je uključiti zajednicu u međugeneracijski dijalog, odnosno, potaknuti interakciju između mlađih i starijih generacija kako bi se smanjile predrasude i promovirali povoljniji stavovi. Važno je organizirati kulturne događaje i radionice koje promiču socijalnu inkluziju i raznolikost te razbijaju tradicionalne norme; uz to i pokrenuti medijske kampanje koje naglašavaju pozitivne primjere zajedničkog života i socijalne inkluzije. Mlađe su osobe izloženije modernim programima što utječe na povoljnije stavove. Starijim osobama treba prilagoditi slične inicijative za promjenu stavova.

Rezultati povezanosti osobnog iskustva sa stavovima prema osobama s mentalnim poteškoćama pokazali su da ispitanici, koji su imali osobno iskustvo s mentalnim poteškoćama bilo zbog vlastitih problema ili iskustva s bliskim osobama, imaju znatno povoljnije stavove prema osobama s mentalnim poteškoćama. Osobno iskustvo s mentalnim poteškoćama često vodi do smanjenja stigme, a povećanja empatije i promicanja pozitivnih stavova prema osobama s mentalnim poteškoćama (63). Razvoj edukativnih i intervencijskih programa potiče osobni kontakt i dijeljenje iskustava, čime se može učinkovito smanjiti stigma i poboljšati stavovi prema mentalnom zdravlju.

### **6.1. Usporedba s rezultatima drugih istraživanja**

Uočena je velika varijabilnost odgovora na CAMI ljestvicu što može ukazivati na heterogenost ciljane populacije i na širinu spektra stavova prema osobama s mentalnim poremećajima. Slični su rezultati zabilježeni u nedavnom sistematskom pregledu koji je obuhvatio više od 40 godina istraživanja koristeći CAMI ljestvicu (57). U primjeni na ovom uzorku potvrđena je visoka pouzdanost rezultata CAMI-ja, ali ne i njegova jednodimenzionalnost. Nisu reproducirane četiri

dimenzije CAMI-ja: autoritarnost, benevolentnost, socijalna ograničenja i ideologija zajednice. U istraživanju, Sanabria-Mazo i suradnici, također su našli da su tri ili četiri faktorske strukture najčešće prijavljene s adekvatnom unutarnjom konzistencijom za globalnu skalu ( $\alpha \geq 0.80$ ). Međutim, subskale, posebno autoritarnost, pokazale su slabiju pouzdanost ( $\alpha = 0.27$  do  $0.68$ ) (57).

Aritmetička sredina odgovora na CAMI iznosila je 76 % od teorijskog maksimuma, a aritmetičke sredine odgovora na četiri njegove podljestvice bile su od 74 % do 79 %. Usporedno, Sanabria-Mazo i suradnici također su našli da je interna konzistencija za ukupnu ljestvicu prihvatljiva dok su individualne subskale pokazale različite stupnjeve pouzdanosti (57).

S ukupnim rezultatom CAMI-ja ni jedna sociodemografska karakteristika ispitanika nije bila neovisno povezana dok su s rezultatima pojedinih podljestvica bile povezane dob, godina studija i veličina mjesta boravka. Sanabria-Mazo i suradnici također su u svom istraživanju istaknuli kako je većina korelacija s potencijalno povezanim mjerama bila značajna i u očekivanom smjeru, ali su naglasili potrebu za daljnjim istraživanjem kako bi se bolje razumjela ova povezanost. Naši rezultati pokazuju da sudionici u prosjeku izražavaju najpovoljnije stavove na mjeri benevolentnosti dok su stavovi prema ideologiji zajednice najmanje povoljni. Prosječni rezultati na subskalama pomaknuti su prema nižim vrijednostima teorijskog prosjeka skale što ukazuje na pozitivnije stavove. Sanabria-Mazo i suradnici također su primijetili širok raspon stavova s potrebom za daljnjim istraživanjima kako bi se utvrdila stabilnost ovih mjera tijekom vremena. Usporedba naših rezultata s istraživanjem Sanabria-Mazo i suradnika pokazuje kako su naši nalazi u skladu s međunarodnim trendovima u istraživanju stavova prema mentalnim poremećajima, koristeći CAMI ljestvicu. Ovi rezultati naglašavaju važnost kontekstualnih faktora i heterogenosti uzoraka te potrebu za daljnjim istraživanjima kako bi se bolje razumjele dinamike stavova prema mentalnom zdravlju.



## 7. ZAKLJUČAK

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- razina obrazovanja nije povezana s općim stavom prema osobama s mentalnim poteškoćama
- dob utječe na stavove prema osobama s poteškoćama mentalnog zdravlja
- stavovi prema socijalnim ograničenjima u velikoj su mjeri oblikovani društvenim i kulturnim kontekstom
- osobno je iskustvo ispitanika povezano sa stavovima prema osobama s mentalnim poteškoćama.

## 8. SAŽETAK

**Cilj istraživanja:** Cilj je istraživanja bio ispitati stavove studenata Sestrinstva prema osobama s mentalnim poteškoćama te identificirati ključne faktore koji utječu na te stavove, kao što su obrazovanje, svijest o mentalnom zdravlju i osobna iskustva.

**Nacrt studije:** Presječno istraživanje.

**Ispitanici i metode:** Studenti prve i druge godine diplomskog studija Sestrinstva, Sveta Nedelja Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku. Istraživanje je provedeno vlastito kreiranim upitnikom vezanim uz sociodemografske podatke, a u drugom dijelu korištena je standardizirana ljestvica stavova zajednice prema mentalno oboljelima (engl. *Community Attitudes Toward The Mentally Ill*; CAMI). Statistička analiza podataka učinjena je pomoću programa JASP.

**Rezultati:** U istraživanju je sudjelovalo 105 ispitanika od kojih je 67 bilo s prve godine studija, a 36 s druge godine studija. Odgovori na CAMI ljestvici pokazuju veliku varijabilnost, što ukazuje na heterogenost populacije i širok spektar stavova. Potvrđena je visoka pouzdanost rezultata CAMI-ja, ali nisu reproducirane četiri dimenzije. Aritmetička sredina odgovora iznosila je 76 % od teorijskog maksimuma, a dob, godina studija i veličina mjesta boravka bili su povezani s rezultatima pojedinih podljestvica, ali ne i s ukupnim rezultatom CAMI-ja.

**Zaključak:** Na temelju ovog istraživanja utvrđeno je da razina obrazovanja nije povezana s općim stavovima prema osobama s mentalnim poteškoćama. Dob se pokazala kao značajan faktor koji utječe na stavove prema osobama s poteškoćama mentalnog zdravlja, dok su stavovi prema socijalnim ograničenjima u velikoj mjeri oblikovani društvenim i kulturnim kontekstom. Također, osobno iskustvo ispitanika s mentalnim poteškoćama povezano je s njihovim stavovima prema tim osobama.

**Ključne riječi:** dob, obrazovanje, osobna iskustva, socijalna ograničenja, stavovi prema mentalnom zdravlju, studenti sestrinstva, svijest o mentalnom zdravlju.

## 9. SUMMARY

### **Attitudes of students towards individuals with mental health difficulties**

**Objectives:** The aim of the study was to examine nursing students' attitudes towards individuals with mental health difficulties and to identify key factors influencing these attitudes, such as education, mental health awareness, and personal experiences.

**Study design:** A cross-sectional study.

**Subjects and methods:** The participants were first and second-year nursing students from the Faculty of Dental Medicine and Health, University of Josip Juraj Strossmayer in Osijek, located in Sveta Nedelja. The study was conducted with a self-created questionnaire to gather sociodemographic data, and in the second part, the standardized Community Attitudes Toward The Mentally Ill (CAMI) scale was used. Data were analyzed using the JASP software.

**Results:** 105 participants took part in the study, of which 67 from the first year and 36 from the second year. Responses to the CAMI scale showed high variability, indicating heterogeneity in the target population and a wide range of attitudes towards individuals with mental health difficulties. The reliability of the CAMI results was high, and the four dimensions were not reproduced. The mean response on the CAMI scale was 76 % of the theoretical maximum, suggesting generally positive attitudes. Age, year of study, and the size of the place of residence were linked with individual subscales' results, not the total score of CAMI.

**Conclusion:** This study concluded that the level of education is not associated with general attitudes towards individuals with mental health difficulties. Age was found to be a significant factor influencing attitudes towards individuals with mental health difficulties. However, attitudes towards social restrictions are largely shaped by social and cultural context.

**Key words:** age; attitudes towards mental health; education; mental health awareness; nursing students; personal experiences; social restrictions.

## 10. LITERATURA

1. World Health Organization. Mental health. Dostupno na adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Datum pristupa: 24.5.2024.
2. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, i sur. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet Lond Engl*. 2016;387.10023:1123–32.
3. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychol Sci Public Interest J Am Psychol Soc*. 2014;15 2:37–70.
4. World Health Organization. Mental disorders. Dostupno na adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. Datum pristupa: 8.6.2024.
5. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Dostupno na adresi: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241506021>. Datum pristupa: 8.6.2024.
6. World Health Organization. International Classification of Diseases. Dostupno na adresi: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>. Datum pristupa: 8.6.2024.
7. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Dostupno na adresi: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>. Datum pristupa: 9.6.2024.
8. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*. 2017;219:86–92.
9. World Health Organization. Depressive disorder (depression). Dostupno na adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Datum pristupa: 9.6.2024.
10. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Depresija. Dostupno na adresi: <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/depresija/>. Datum pristupa: 8.6.2024.
11. Rose GM, Tadi P. Social Anxiety Disorder. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2024. Dostupno na adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555890/>. Datum pristupa: 8.6.2024.

12. Moussaoui J, Saadi I, Barrimi M. The Epidemiological, Clinical, and Therapeutic Profile of Bipolar Patients in Eastern Morocco. *Cureus*. 2024;16.6:12-23.
13. El-Ashry A, Nashwan A. Value Component of Acceptance and Commitment Therapy among Patients with Schizophrenia. *Acad Ment Health Well-Being*. 2024;3:1-5
14. Noor M, Othman N, Tarmizi N, Masnan F, Yahaya N, Saliman L. Systematic Literature Review On Challenges Against The Care Of The Elderly With Dementia. *Educ Adm Theory Pract*. 2024;30.5:11818–11825.
15. World Health Organization. Dementia. Dostupno na adresi: <https://www.who.int/health-topics/dementia>. Datum pristupa: 9.6.2024.
16. Kosić R, Duraković Tatić A, Petrić D, Kosec T. Utjecaj poremećaja iz spektra autizma na obitelj. *Med Flum*. 2021;57.2:139–149.
17. Panić M, Bouillet D. Pojavnost problema u ponašanju djece u ustanovama ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja. *Hrvat Rev Za Rehabil Istraživanja*. 2021;57:73–91.
18. Fonseca N, Curtarelli VD, Bertoletti J, Azevedo K, Cardinal TM, Moreira JD, i sur. Avoidant restrictive food intake disorder: recent advances in neurobiology and treatment. *J Eat Disord*. 2024;12.1:74.
19. Javed A, Lee C, Zakaria H, Buenaventura RD, Cetkovich-Bakmas M, Duailibi K, i sur. Reducing the stigma of mental health disorders with a focus on low- and middle-income countries. *Asian J Psychiatry*. 2021;58:102601.
20. Ajzen I. Nature and operation of attitudes. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:27–58.
21. Verplanken B, Orbell S. Attitudes, Habits, and Behavior Change. *Annu Rev Psychol*. 2022;73:327–52.
22. Eagly AH, Chaiken S. *The psychology of attitudes*. 1. izd. New York: Cengage Learning; 1993.
23. Albarracín D, Shavitt S. Attitudes and Attitude Change. *Annu Rev Psychol*. 2018;69:299–327.
24. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50.2:179–211.
25. Petty RE, Cacioppo JT. *Attitudes and Persuasion. Classic and Contemporary Approaches*. Dubuque: W.C. Brown Company Publishers. 1981.
26. Petty RE. *Attitudes And Persuasion: Classic And Contemporary Approaches*. 1. izd. New York: Routledge. 1996.

27. Haddock G, Maio GR. *Contemporary Perspectives on the Psychology of Attitudes*. 1. izd. Psychology Press. 2004.
28. Smith ER. Social influence and attitude change: The effects of subjective norms on the persuasion process. *J Exp Soc Psychol*. 2020;56:23–9.
29. Jahn DR, Leith J, Muralidharan A, Brown CH, Drapalski AL, Hack S, i sur. The Influence of Experiences of Stigma on Recovery: Mediating Roles of Internalized Stigma, Self-Esteem, and Self-Efficacy. *Psychiatr Rehabil J*. 2020;43.2:97–105.
30. Penava I, Barać K, Begić A, Babić D. Stigmatizacija psihički oboljelih osoba. *Zdr Glas*. 2022;16:46–58.
31. Chou HJ, Tseng KY. The experience of emergency nurses caring for patients with mental illness: A qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17.22:8540.
32. Thornicroft G, Sunkel C, Aliev AA, Baker S, Brohan E, Chammay R el, i sur. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*. 2022;400.10361:1438–80.
33. Clay J, Eaton J, Gronholm PC, Semrau M, Votruba N. Core components of mental health stigma reduction interventions in low- and middle-income countries: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;1:29.
34. Abi Doumit C, Haddad C, Sacre H, Salameh P, Akel M, Obeid S, i sur. Knowledge, attitude and behaviors towards patients with mental illness: Results from a national Lebanese study. *PLoS One*. 2019;14.9:1-13.
35. Pescosolido BA, Halpern-Manners A, Luo L, Perry B. Trends in Public Stigma of Mental Illness in the US, 1996-2018. *JAMA Netw Open*. 2021;4.12:3-9.
36. Koutra K, Mavroeides G, Triliva S. Mental Health Professionals' Attitudes Towards People with Severe Mental Illness: Are they Related to Professional Quality of Life? *Community Ment Health J*. 2022;58.3:701–712.
37. Del Olmo-Romero F, González-Blanco M, Sarró S, Grácio J, Martín-Carrasco M, Martínez-Cabezón AC, i sur. Mental health professionals' attitudes towards mental illness: professional and cultural factors in the INTER NOS study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2019;269.3:325–339.
38. Chen J, El-Den S, Pham L, O'Reilly CL, Collins JC. Healthcare professionals' knowledge, confidence and attitudes in relation to psychosis care: A systematic review. *Int J Soc Psychiatry*. 2023;69.8:1856–1868.

39. Wu Q, Luo X, Chen S, Qi C, Yang WFZ, Liao Y, i sur. Stigmatizing Attitudes Towards Mental Disorders Among Non-Mental Health Professionals in Six General Hospitals in Hunan Province. *Front Psych.* 2020;2:10.
40. Yue L, Zhao R, Zhuo Y, Kou X, Yu J. Experience and attitude of psychiatric nurses in caring for patients with repeated non-suicidal self-injury in China. *Int J Nurs Stud.* 2024;2:3-12.
41. Hartley S, Raphael J, Lovell K, Berry K. Effective nurse–patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *Int J Nurs Stud.* 2020;102:103490.
42. Cilia Vincenti S, Grech P, Scerri J. Psychiatric hospital nurses’ attitudes towards trauma-informed care. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2022;29.1:75–85.
43. Alexander L, Coyte B, Evans A, Dickson J, Guinea S, Foster K. The Educational Value of Mental Health Simulation in Undergraduate Bachelor of Nursing Education: An Integrative Review. *Clin Simul Nurs.* 2023;84:101459.
44. Lundström S, Jormfeldt H, Hedman Ahlström B, Skärsäter I. Mental health nurses’ experience of physical health care and health promotion initiatives for people with severe mental illness. *Int J Ment Health Nurs.* 2020;29.2:244–253.
45. Fortuna KL, Ferron J, Bianco CL, Santos MM, Williams A, Williams M, i sur. Loneliness and its Association with Health Behaviors in People with a Lived Experience of a Serious Mental Illness. *Psychiatr Q.* 2021;92.1:101–116.
46. Berghöfer A, Martin L, Hense S, Weinmann S, Roll S. Quality of life in patients with severe mental illness: a cross-sectional survey in an integrated outpatient health care model. *Qual Life Res.* 2020;29.8:2073–2087.
47. Martínez-Martínez C, Sánchez-Martínez V, Ballester-Martínez J, Richart-Martínez M, Ramos-Pichardo JD. A qualitative emancipatory inquiry into relationships between people with mental disorders and health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2021;28.4:721–737.
48. Deres AT, Bürkner PC, Klauke B, Buhlmann U. The role of stigma during the course of inpatient psychotherapeutic treatment in a German sample. *Clin Psychol Psychother.* 2020;27.2:239–248.
49. Boardman J, Killaspy H, Mezey G. *Social Inclusion and Mental Health.* 2. izd. Cambridge: Cambridge University Press. 2022.

50. Jorm AF. Effect of Contact-Based Interventions on Stigma and Discrimination: A Critical Examination of the Evidence. *Psychiatr Serv.* 2020;71.7:735–737.
51. Fonseca A, Osma J. Using information and communication technologies for mental health prevention and treatment. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18.2:461.
52. Rodríguez-Rivas ME, Cangas AJ, Cariola LA, Varela JJ, Valdebenito S. Innovative technology-based interventions to reduce stigma toward people with mental illness: systematic review and meta-analysis. *JMIR Serious Games.* 2022;10.2:329-337.
53. Tyerman J, Patovirta AL, Celestini A. How stigma and discrimination influences nursing care of persons diagnosed with mental illness: a systematic review. *Issues Ment Health Nurs.* 2021;42.2:153–163.
54. Lien YY, Lin HS, Lien YJ, Tsai CH, Wu TT, Li H, i sur. Challenging mental illness stigma in healthcare professionals and students: a systematic review and network meta-analysis. *Psychol Health.* 2021;36.6:669–684.
55. Wang X, Cheng Z. Cross-Sectional Studies. *Chest.* 2020;158.1:42-54.
56. Taylor SM, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull.* 1981;7.2:225–240.
57. Sanabria-Mazo JP, Doval E, Bernadàs A, Angarita-Osorio N, Colomer-Carbonell A, Evans-Lacko S, i sur. Over 40 years (1981–2023) assessing stigma with the Community Attitudes to Mental Illness (CAMI) scale: a systematic review of its psychometric properties. *Syst Rev.* 2023;12.1:66.
58. Oliveira AM, Machado D, Fonseca JB, Palha F, Silva Moreira P, Sousa N, i sur. Stigmatizing attitudes toward patients with psychiatric disorders among medical students and professionals. *Front Psych.* 2020;1:11.
59. Meng N, Huang X, Wang J, Wang M, Wang Y. The factors and outcomes of stigma toward mental disorders among medical and nursing students: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2022;22.1:357.
60. Bhavsar V, Schofield P, Das-Munshi J, Henderson C. Regional differences in mental health stigma—Analysis of nationally representative data from the Health Survey for England in 2014. *PLoS One.* 2019;14.1:67-72.
61. Ingram E, Jones R, Schofield P, Henderson C. Small area deprivation and stigmatising attitudes towards mental illness: a multilevel analysis of Health Survey for England in 2014 data. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2019;54.11:1379–1389.



62. Vaingankar JA, Abdin E, Chong SA, Shafie S, Sambasivam R, Zhang YJ, i sur. The association of mental disorders with perceived social support, and the role of marital status: results from a national cross-sectional survey. *Arch Public Health*. 2020;78.1:108.
63. Morgan AJ, Wright J, Reavley NJ. Review of Australian initiatives to reduce stigma towards people with complex mental illness: what exists and what works? *Int J Ment Health Syst*. 2021;15.1:10.