

# STAVOVI STUDENATA MEDICINE O PSIHIJATRIJSKOM BOLESNIKU PRIJE I NAKON SLUŠANJA PREDMETA „PSIHIJARIJA“

---

Jukić, Josip

Master's thesis / Diplomski rad

2014

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, School of Medicine / Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:171:110299>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2022-07-03**



Repository / Repozitorij:

[MEFST Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U SPLITU**  
**MEDICINSKI FAKULTET**

**Josip Jukić**

**STAVOVI STUDENATA MEDICINE O PSIHIJATRIJSKOM BOLESNIKU PRIJE I  
NAKON SLUŠANJA PREDMETA „PSIHIJARIJA“**

**Diplomski rad**

**Akadska godina:**

**2013./2014.**

**Mentor:**

**Prof.dr.sc. Goran Dodig**

**Split, rujan 2014.**

**SVEUČILIŠTE U SPLITU**  
**MEDICINSKI FAKULTET**

**Josip Jukić**

**STAVOVI STUDENATA MEDICINE O PSIHIJATRIJSKOM BOLESNIKU PRIJE I  
NAKON SLUŠANJA PREDMETA „PSIHIJARIJA“**

**Diplomski rad**

**Akadska godina:**

**2013./2014.**

**Mentor:**

**Prof.dr.sc. Goran Dodig**

**Split, rujan 2014.**

## SADRŽAJ

1. UVOD .....	1
1.1. Stigma .....	2
1.2. Stavovi .....	3
1.3. Psihijatrijski bolesnik .....	5
1.4. Depresija .....	6
1.5. Ovisnost o alkoholu .....	7
1.6. Ovisnost o marihuani .....	7
1.7. Shizofrenija .....	9
2. CILJ ISTRAŽIVANJA .....	10
3. ISPITANICI I METODE .....	12
3.1. Ispitanici .....	13
3.2. Opis istraživanja .....	13
4. REZULTATI .....	14
4.1. Karakteristike uzorka .....	15
4.2. Stavovi o shizofreniji, depresiji te ovisnosti o alkoholu i marihuani .....	17
5. RASPRAVA .....	23
6. ZAKLJUČCI .....	26
7. POPIS CITIRANE LITERATURE .....	28
8. SAŽETAK .....	32
9. SUMMARY .....	34
10. ŽIVOTOPIS .....	36
11. PRILOZI .....	38

*Zahvaljujem prof. dr. sc. Goranu Dodigu i dr. med. Žani Kralj na savjetima i pruženoj stručnoj pomoći prilikom izrade diplomskog rada.*

## **1. UVOD**

## 1.1. Stigma

Termin stigma odnosi se na probleme sa informiranošću (neznanjem), stavovima (predrasudama) i ponašanjem (diskriminacijom) (1). Sam pojam odražava jako negativan način kojim društvo klasificira osobu kao manje vrijednu. Medicinska stanja najčešće povezana sa stigmom jesu HIV pozitivnost i mentalni poremećaji (2). Među mentalnim poremećajima, neafektivne psihoze su u najvećem postotku predmet stigmatizacije, premda već i podatak da se osoba liječi psihijatrijski, bez obzira na prirodu poremećaja, izaziva određen stupanj stigmatizacije (3). Stigmatizacija osoba s mentalnim poremećajem definira se kao negativno obilježavanje, marginaliziranje ili izbjegavanje osoba zato što imaju mentalni poremećaj, a temelji se na unaprijed oblikovanim negativnim stavovima koje nazivamo predrasudama (4). Uobičajeni stereotipi o ljudima s mentalnim poremećajima uključuju da su ti ljudi opasni, nepredvidivi, nesposobni i sami krivi za svoj poremećaj te neizlječivi (dementni, retardirani, shizofreni i liječeni u ustanovama socijalne skrbi) (5). Nekoliko studija širom svijeta potvrdilo je da su i studenti medicine skloni stigmatizaciji, kako u svijetu tako i kod nas (4), što se negativno odražava na niz postupaka tijekom rada u struci, a što bi trebalo biti ispravljeno pomoću edukacije. Istraživanje iz Sjedinjenih Američkih Država (SAD) je pokazalo da 87% ljudi kaže da je televizija glavni izvor informacija o mentalnim poremećajima, u odnosu na informacije dobivene od prijatelja (51%) i medicinskih stručnjaka (29%) (6). Studija rađena u Njemačkoj pokazala je da studenti koji su čitali negativne članke o mentalnim poremećajima pokazuju negativnije stavove prema ljudima s tom vrstom poremećaja. Autori su također uočili trend povećanja želje za socijalnom distancom među studentima koji su više vremena provodili gledajući televiziju (5). Rezultati australskog istraživanja pokazuju u više od 50% analiziranih novinskih članaka da su osobe sa mentalnim poremećajem percipirane u javnosti kao opasne (61%), kao izvršitelji kriminalnih radnji (47%) te nepredvidljivi (24%) (6). Stigma se može odnositi na samu stigmatiziranu osobu, ali i na osobe koje su blisko povezane sa njom, kao što su članovi porodice ili zdravstveni djelatnici koji se doživljavaju kao ljudi koji imaju drugačije iskustvo od većine ljudi (6). Posljedice stigmatizacije su višestruke: velik broj ljudi iz straha od stigme ne odlazi liječniku, oporavak osoba koje su stigmatizirane je prolongiran, klinička slika je kompleksnija a recidivi češći, terapijska suradljivost je slabija (7). Zbog svega navedenog, pitanje stigme danas je jedno od najvažnijih pitanja suvremene psihijatrije.

Metode borbe protiv stigme su: psihoedukacija (točne informacije o bolesti), kontakt s oboljelima u tijeku kojeg se stjecanjem iskustava mogu mijenjati negativni stavovi te protest

odnosno suprotstavljanje nepravednim postupcima prema duševnim bolesnicima i prema diskriminaciji duševnih bolesnika (7).

Rašireno je mišljenje da žene uobičajeno lakše i bolje prihvaćaju osobe sa zdravstvenim problemima. U studijama novijeg doba češće se mogu naći navodi da su muškarci ti koji stigmatiziraju više u odnosu na žene, te da je manje izgledno da će žene izbjegavati osobe sa mentalnim poremećajima, da su žene te koje prije pružaju podršku i emotivnu pomoć ljudima kojima je potrebna. Stoga se može pretpostaviti da će studentice imati veći stupanj razumijevanja za psihijatrijske bolesnike (7).

## 1.2. Stavovi

Socijalni psiholozi definiraju stav kao trajno, pozitivno ili negativno vrednovanje ljudi, objekata ili ideja (8).

Stav je mentalna spremnost, stečena individualnim iskustvom, koja vrši direktivni ili dinamički utjecaj na reagiranje pojedinca na objekte i situacije s kojima dolazi u dodir (9).

Stavovi se sastoje od tri dijela: emocionalne, kognitivne, ponašajne sastavnice.

Iako svi stavovi imaju sve tri sastavnice, svaki pojedini stav može se zasnivati više na jednoj sastavnici nego na drugoj (8).

Stav je jedan od temeljnih pojmova za razumijevanje društvenog života i jedan od temeljnih pojmova socijalne psihologije uopće (10). Da bi lakše odredili svoj odnos prema velikom broju različitih pojava, te adekvatno reagirali na njih, ljudi formiraju stavove. Naime, stavovi nam omogućuju da steknemo standarde za svoje prosuđivanje i postupke. Na taj način lakše ocjenjujemo i klasificiramo objekte i situacije što nam omogućuje lakše i brže snalaženje i djelovanje (11).

Kognitivna komponenta sadrži znanja i informacije o objektima prema kojima postoji stav. Određena znanja i shvaćanja pretpostavka su za evaluaciju ili vrednovanje objekta prema kojem se zauzima stav. To znanje može biti vrlo usko i ograničeno, tek da dozvoljava razlikovanje jedne pojave od drugih, a može se raditi i o cijelom sustavu znanja i informacija. Emocionalna komponenta uključuje osjećaje u vezi s objektom ili situacijom prema kojoj postoji stav. Neki objekt nam se može sviđati ili ne sviđati, biti ugodan ili neugodan, i sl. Moguće je dobiti i fiziološke dokaze mjerenja ove komponente stava, npr. registracijom elektrodermalne reakcije. Ponašajna komponenta se očituje u spremnosti na akciju i



djelovanju prema objektu stava. Pozitivan stav uključuje tendenciju da se objekt stava podrži, pomogne i zaštiti, a negativan stav da se izbjegava, onemogućujući ili napadne (11).

U svijetu je danas pokrenut niz različitih projekata borbe protiv stigmatizacije osoba s psihičkim poremećajima koji uključuju sljedeće intervencije: kontakt s oboljelim osobama, edukaciju opće populacije, protestne akcije putem medija i drugo, a upravo se identifikacija stavova društva smatra prvim korakom u borbi protiv njihovih negativnih posljedica (11).

Formiranje stavova počinje sa rođenjem pojedinca i temelji se na raznolikim iskustvima koja se međusobno potkrepljuju i nezaobilazno rezultiraju predispozicijom da se reagira na određeni način u svakoj sličnoj podražajnoj situaciji. Dakle, stavovi predstavljaju rezultat socijalizacije i usvajaju se socijalnim učenjem. U procesu formiranja i mijenjanja stava, veliku ulogu igra i aktualna motivacija pojedinca, te karakteristike njegove ličnosti. Na razvoj stavova osim znanja utječu još ova tri čimbenika: motivacija i potkrepljenje, crte ličnosti, te socijalna okolina. Čimbenik motivacije i potkrepljenja odnosi se na razvijanje cikličke reakcije u kojoj osobni motivi, uvjetovani spoznajama proizašlim iz vlastitog iskustva, utječu na obilježje stava koji će se razviti. Crte ličnosti su također dijelom uvjetovane saznanjima, što opet utječe na obilježje stava koji će osoba naposljetku usvojiti. Socijalna okolina ograničava učenje iskustava na ona kojima smo izloženi u toj specifičnoj sredini, pa i ona ima svojevrsan utjecaj na stjecanje stavova. Zauzimanje nekog stava ovisno je od njegove instrumentalne vrijednosti za ostvarenje određenih ciljeva pojedinca. Pozitivan stav obično imamo prema objektima koji doprinose zadovoljenju naših motiva, dok prema objektu koji ometa ostvarenje naših ciljeva, obično zauzimamo negativan stav (12).

Jedan od procesa koji može djelovati na formiranje stava je proces socijalne komparacije. Socijalna komparacija se definira kao proces u kojem su druge osobe, odnosno njihovi stavovi, sposobnosti i oblici reagiranja, osnova za evaluaciju osobnih znanja, stavova, sposobnosti, emocionalnih i drugih stanja. Prema teoriji socijalne komparacije L. Festingera postoji potreba za evaluacijom osobnih znanja, stavova, sposobnosti, načina ponašanja i doživljavanja, te ocjenom njihove ispravnosti i prikladnosti. U nedostatku informacija iz "objektivne realnosti" dolazi do osobne evaluacije usporedbom sa drugim ljudima čije ponašanje predstavlja "socijalnu realnost" (13). Socijalna komparacija među osobama može rezultirati pojavom empatije. Empatija se smatra uživljavanjem u emocionalno stanje druge osobe i razumijevanjem njenog položaja, npr. patnje ili ugroženosti, na osnovu percipirane ili zamišljene situacije u kojoj se ta osoba nalazi. Također u literaturi nalazimo da naše

postavljanje u mentalni okvir referencije druge osobe zahtjeva prepoznavanje i identificiranje sa sadašnjim osjećajima, mislima i reakcijama osobe koja pati, te simultano razumijevanje tih reakcija u smislu njihove važnosti, odnosno značajnosti za budućnost te osobe (14).

Budući da stav mjerimo oslanjajući se na izvještaje koji proizlaze iz samopromatranja ispitanika, stav predstavlja i hipotetski konstrukt, do čijeg sadržaja dolazimo indirektno. Stavovi se mogu relativno lako objektivno mjeriti, što je jedan od osnovnih razloga njihove popularnosti. Cilj mjerenja stavova je “smjestiti” ispitanika na kontinuum, između pozitivnog i negativnog ekstrema, te doznati postojanje, intenzitet, te konzistenciju stava. Na skali stavova, koja se sastoji od tvrdnji sa kojima ispitanik izražava svoje slaganje ili neslaganje, metrijski je najbolje zahvaćena afektivna komponenta stava, a najslabije ponašajna (15).

Stavovi društva prema psihičkim poremećajima nisu se značajno promijenili kroz povijest, premda je dijagnostika i mogućnost njihova liječenja bitno napredovala. Rezultati mnogih istraživanja ukazuju na to da su psihički poremećaji i njihovo liječenje manje socijalno prihvaćeni od poremećaja organske prirode (16).

Općenito, možemo reći da je prosječan stav prema osobama sa psihičkim poremećajima povezan sa strahom i prezirom, odnosno socijalna ih okolina u mnogim slučajevima stigmatizira. Stigma je znak srama i diskreditacije prema kojem neku osobu opisujemo kao nesposobnu, a njeno ponašanje kao neprimjereno i nepoželjno. Drugim riječima, stigmatizirane osobe su oni članovi socijalnih kategorija o kojima značajni dijelovi društva imaju negativne stavove i vjerovanja (17).

### 1.3. Psihijatrijski bolesnik

Mentalno (duševno) zdravlje je stanje općenito dobre osjećajne i društvene prilagodbe u različitim područjima života. Svjetska zdravstvena organizacija definirala je mentalno zdravlje kao stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, može raditi produktivno i plodno, te je sposoban pridonositi zajednici. Mentalno zdrava osoba je zadovoljna, rado živi i ima osjećaj da uspješno ostvaruje sve svoje potencijale. Duševno zdravlje je relativno, a ne apsolutno stanje, određuje se u odnosu na neke pokazatelje npr. odsutnost bolesti, istodobni uspjesi na poslu i emotivno, u ljubavi i u stvaranju, uz sposobnost zrelog i prilagodljivog rješavanja sukoba između nagona, svjesnog, socijalnog okruženja i realnosti. Duševno zdrav čovjek testira realitet i zadovoljan je. Duševni ili mentalni poremećaj je psihološki ili ponašajni sindrom koji uzrokuje značajne

smetnje ili nesposobnost, tj. oštećenje u jednom od važnih područja djelovanja. Očituje se poremećajem ponašanja, psihološke ili biološke funkcije osobe (18). Prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama iz 1997.g. razlikuju se osobe s duševnim smetnjama i osobe s težim duševnim smetnjama. Osoba s duševnim smetnjama je duševno bolesna osoba, osoba s duševnim poremećajem, nedovoljno duševno razvijena osoba, ovisnik o alkoholu ili drogama ili osoba s drugim duševnim smetnjama. Osoba s težim duševnim smetnjama je osoba s duševnim smetnjama koja nije u mogućnosti shvatiti značenje svojega postupanja, ili ne može vladati svojom voljom, ili su te mogućnosti smanjene u tolikoj mjeri da joj je neophodna psihijatrijska pomoć. Takva osoba ima pravo na zaštitu i unapređivanje svoga zdravlja, na jednake uvjete liječenja kao i druge osobe, pravo na dostojanstvo i zaštitu od bilo kakvog oblika zlostavljanja i ponižavanja (19).

### 1.3. Depresija

Raspoloženje se može mijenjati u dva smjera, prema povišenom kada govorimo o hipomaniji ili prema sniženom raspoloženju kada govorimo o depresiji (18).

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO):

učestalost depresivnih poremećaja u općoj populaciji je 3,6-6,8%, a depresija je četvrti najveći zdravstveni problem. Procjenjuje se da će depresija oko 2020. biti drugi svjetski zdravstveni problem. Najveći je uzrok radno-socijalnog nefunkcioniranja obitelji. Od depresije u ovom trenutku pati najmanje tri milijuna Talijana, barem još toliko Engleza, Francuza ili Nijemaca i preko 10 milijuna Amerikanaca. U Hrvatskoj ima 200.000 osoba s različitim oblicima depresivnog poremećaja. (20).

U industrijaliziranim zemljama broj osoba s depresivnim poremećajima kontinuirano se povećava. Poremećaj se pojavljuje gotovo dvostruko češće u žena negoli muškaraca, a pravi razlog toj razlici je nepoznat. U Hrvatskoj su psihički poremećaji vodeća grupa poremećaja prema danima bolničkog liječenja, a po broju hospitalizacija u radno aktivnoj dobi (dobna skupina od 20-59 godina) su na drugom mjestu. Od svih psihičkih poremećaja, depresivni poremećaji su i po broju hospitalizacija i po broju dana provedenih na bolničkom liječenju na trećem mjestu. Gotovo 75% depresivnih bolesnika pomišlja na suicid kao na moguće rješenje svoga teškog stanja, a 10-15% i izvršava taj čin (21).

#### 1.4. Ovisnost o alkoholu

Aktualno je u Hrvatskoj registrirano oko 250.000 alkoholičara, a procjenjuje se da se godišnje regrutira oko 8000 novih slučajeva. Budući da je alkoholizam bolest cijele obitelji, pretpostavlja se da od njega, izravno i neizravno, pati oko milijun stanovnika, dakle gotovo četvrtina Hrvatske. Pritom na sedam muškaraca alkoholičara dolaze četiri žene ovisnice o alkoholu. Alkohol je, u hrvatskoj populaciji, najčešće upotrebljavana psihoaktivna tvar kad je riječ o adolescentima i odraslima. Istraživanja su pokazala da je više od 90% adolescenata konzumiralo alkoholna pića. Pritom je porazna činjenica da je više od 30% adolescenata imalo je epizode teškog opijanja, a 3,7 % svakodnevno konzumira alkoholna pića (21). Ovisnost o alkoholu (alkoholizam) je bolest koja uključuje nekoliko simptoma: žudnju odnosno snažnu želju ili hitnu potrebu za pićem, gubitak kontrole i nemogućnost prestanka pijenja jednom kad se s njim započelo, fizičku ovisnost zbog čega se javlja tremor, tjeskoba, mučnina i drugi poremećaji, u početku tolerancija tj. potreba za pijenjem sve većih količina alkohola da bi se postiglo odgovarajuće stanje u organizmu koje se prije postizalo unosom manjih količina, a zatim slijedi pad tolerancije. Ovisnici o alkoholu zanemaruju obitelj, radne i druge obaveze i interese, nastavljaju piti unatoč spoznaji o štetnosti alkohola (22). Brojna međunarodna istraživanja provedena osamdesetih pokazala su svjetsku prevalenciju ovisnosti o alkoholu od 12,6 do 27,5%. Istraživanje koje je provedeno u SAD-u prije dvije godine pokazalo je da je godišnja prevalencija ovisnosti o alkoholu bila 12,5% , da je bolest bila češća kod muškaraca, bijelaca, Indijanaca, mlađih i samaca, osoba sa nižim stupnjem obrazovanja. Značajan stupanj invalidnosti je bio povezan sa osobama koje su bolovale od ovisnosti o alkoholu. Samo 24,1 % njih je bilo podvrgnuto tretmanu liječenja, znatno manji postotak od rezultata istraživanja koje je provedeno desetak godina ranije (22).

#### 1.5. Ovisnost o marihuani

Marihuana je najčešće korištena psihoaktivna droga u svijetu, 3,9% svjetskog stanovništva u dobi od 15-64 godine je konzumiralo marihuanu. Prevalencija je najveća u Oceaniji (14,5%), slijedi sjeverna Amerika (10,5%), Afrika (8%), te Europa - zapadna i središnja (6,9%).

Nije opravdano marihuanu smatrati bezopasnom drogom, jer u odnosu na njenu proširenost među mladom populacijom valja uzeti u obzir dugoročne probleme i posljedice koje može imati na razvoj u adolescenciji, prvenstveno štetne učinke na kognitivne sposobnosti i pamćenje. Povećanje zlouporabe kanabisa je u kontinuiranom porastu u zemljama Latinske

Amerike. Najznačajniji porast je zabilježen u 2005. godini u najvećoj južnoameričkoj zemlji - Brazilu (1% u 2001. godini do 2,6% u 2005.godini). U proteklim godinama došlo je do stabilizacije i pada zlouporabe kanabisa u većini industrijaliziranih zemalja sjeverne Amerike, te zapadne i središnje Europe (21).

Proteklih godina u Hrvatskoj jača pokret legalizacije marihuane preko društvenih mreža (Facebook, Twitter) zbog olakšanog pristupa javnosti, pogotovo mladih s obzirom na velik broj povremenih i kroničnih korisnika u toj populaciji. Stoga i u politici sve češće primjećujemo istupe prema napredovanju legalizacije marihuane bez obzira na negativno mišljenje struke, uz isticanje pozitivnih učinaka kod onkoloških bolesnika a zanemarivanje i umanjivanje negativnih učinaka.

"Hrvatska je nedavno dekriminalizirala posjedovanje droge za osobnu upotrebu. No, prema istraživanjima još uvijek nije spremna za potpunu, rekreativnu i medicinsku legalizaciju marihuane. Među intelektualnim i političkim krugovima sve su češće glasine o pozitivnim stavovima prema legalizaciji marihuane u medicinske svrhe". Za razliku od shizofrenije i depresije, ove ovisnosti nailaze na različiti stupanj stigmatizacije u društvu. Sve više je onih koji alkoholičare i ovisnike o marihuani ne stigmatiziraju kao druga psihijatrijska stanja, te ta dva sredstva ovisnosti sve više postaju društveno prihvatljiva. Bitan utjecaj na to imaju mediji, popularna glazba te mnoge slavne osobe koje javno konzumiraju marihuanu.

Na velikim televizijskim mrežama u Americi počela se emitirati reklama za MarijuanaDoctors.com, online servis namijenjen pacijentima koji traže tretman medicinskom marihuanom u državama u kojima je ona legalna, što će također imati utjecaj na promjene stavova i percepciju ljudi o marihuani u svijetu (23).

Ovisnost o marihuani je poremećaj kojeg karakterizira kronična ili periodična upotreba indijske konoplje-kanabisa koja izaziva određenu psihičku, ali ne i fizičku ovisnost. Ovaj poremećaj se dijagnosticira tek kada upotreba kanabisa postane perzistentna te uzrokuje značajno smanjenje akademske, profesionalne te društvene vrijednosti čovjeka. Oko 9% korisnika kanabisa postaju ovisni (24). U istraživanju provedenom u SAD- u stopa prevalencije poremećaja u korištenju kanabisa bila je 3,4% između onih koji imaju 12- 17 godina, te 1,5% među onima koji imaju 18 godina i više. Tijekom posljednjih deset godina prevalencija je porasla. Ovisnost o kanabisu se razvija postupno. Ukoliko je osoba koristila ovu drogu prije 15. godine, kasnije ima veći rizik za razvoj ovisnosti o kanabisu, nekim drugim psihoaktivnim supstancama ili poremećaja ponašanja. Procjenjuje se da je ovisnost o

kanabisu u 30-80% slučajeva genetički predodređena. To se objašnjava tako što osoba nasljeđuje neke osobine kao što su impulzivnost i znatiželja za novim stvarima, te tako ima povećani rizik za razvijanje ovisnosti o opijatima općenito (25). U jednom istraživanju dokazano je da postoje zajednički genetički rizični faktori za razvijanje ovisnosti o alkoholu, depresiji i kanabisu (26).

## 1.6. Shizofrenija

Shizofrenija je psihijatrijski poremećaj najčešće povezan s stigmom, često se opisuje kao „ludilo“. Nabrojiti ćemo neke od najčešćih načina stigmatizacije bolesnika s shizofrenijom, a i psihijatrijskih bolesnika općenito:

Psihički bolesnici su opasni i nepredvidivi, nesposobni su za donošenje odluka. Nesposobni su za rad, lijeni, krivi su za svoju bolest, slabog su karaktera te se ne oporavljaju od svoje bolesti. Shizofrenija je bolest koja se ne može liječiti. Shizofrenija je bolest industrijskog društva. Za shizofreniju je kriva obitelj. Shizofrenija je normalan odgovor na nezdravu sredinu. Lijekovi protiv shizofrenije mijenjaju ličnost i uzrokuju ovisnost (27).

Znanstvenici već dugo znaju da bitnu ulogu u nastanku shizofrenije imaju geni. Bolest se javlja u 1% opće populacije, ali kod onih koji imaju nekog bliskog tko boluje od shizofrenije kao što su roditelj, brat ili sestra učestalost se povećava na 10%. Rizik je češći i kod onih koji imaju daljeg rođaka koji boluje od ove bolesti (tete, ujaci, djedovi ili rođaci) nego u općoj populaciji. Najveći rizik imaju jednojajčani blizanci. Ako jedan boluje, šanse da i drugi ima poremećaj su 40-60% (28). Shizofrenija podjednako učestalo pogađa muškarce i žene, u svim etničkim skupinama diljem svijeta. Najveća incidencija je od 18-25 godine u muškaraca i 26-45 godina u žena. Nije neuobičajeno ni pojavljivanje u djetinjstvu, ranoj adolescenciji ili kasnije u životu (29).

## **2. CILJ ISTRAŽIVANJA**

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi stavove studenata četvrte godine medicine Sveučilišta u Splitu prema bolesnicima s depresijom, shizofrenijom, ovisnosti o alkoholu i marihuani, te utjecaj nastave iz predmeta Psihijatrija na moguće promjene stavova.

Primarna hipoteza ovog istraživanja bila je da će se stavovi studenata pozitivno promijeniti nakon odslušane nastave iz predmeta Psihijatrija.

Ostale hipoteze:

1. Stavovi studenata nakon nastave pozitivnije će se promijeniti kad je riječ o bolesnicima s shizofrenijom, nego prema bolesnicima s ovisnosti o alkoholu i marihuani.
2. Stavovi studenata bit će pozitivniji prema bolesnicima s depresijom i shizofrenijom nego prema bolesnicima s ovisnosti o alkoholu i marihuani prije slušanja nastave iz predmeta Psihijatrija.
3. Početni stavovi bit će pozitivniji u žena nego muškaraca, a promjena stavova nakon odslušane nastave bit će izraženija u muškaraca nego žena.
4. Stavovi studenata bit će pozitivniji u studenata koji su prethodno bili u kontaktu s psihijatrijskim bolesnikom.



### **3. ISPITANICI I METODE**

### 3.1. Ispitanici

Istraživanje je provedeno među studentima medicine četvrte godine Medicinskog fakulteta u Splitu koji su u akademskoj godini 2013/2014 slušali kolegij Psihijatrija. Uključeni su ispitanici oba spola, koji su dobrovoljno pristali na istraživanje (n=56).

Kolegij se održavao na Klinici za psihijatriju KBC- a Split.

Provođenje istraživanja u toku nastave odobrila je Katedra za psihijatriju. Za popunjavanje ankete bilo je potrebno oko dvadesetak minuta.

### 3.2. Opis istraživanja

Ispitanici su u anketi odgovarali na sociodemografska pitanja i pitanja iz hrvatske verzije upitnika Medical condition regard scale (MCRS) prije i nakon slušanja nastave iz predmeta Psihijatrija. MCRS je standardizirani upitnik koji ispituje stavove ispitanika o određenim psihijatrijskim stanjima i bolesnicima. U ovom istraživanju razmatrali smo stavove studenata o četiri psihijatrijske bolesti: shizofreniji, depresiji, ovisnosti o alkoholu i ovisnosti o marihuani. Svoje slaganje sa tvrdnjama u MCRS studenti su označavali odgovorima od 1-6 gdje je 1 označavalo potpuno neslaganje, a 6 potpuno slaganje s tim tvrdnjama. Tvrdnje pod brojem 1, 2, 4, 6, 9, 10 se razlikuju od tvrdnji pod brojem 3, 5, 7, 8, 11, te su stoga posljednje tijekom analize rezultata interpretirane obrnuto (tj. 6=1; 5=2; 4=3; 3=4; 2=5; 1=6). MCRS upitnik prikazan je u prilogu na tablici 1.

Prikupljeni podatci uneseni su u program Microsoft Office Excel 2013, potom analitički obrađeni u programu Statistical Package for the Social Science 16.0 (SPSS). U statističkoj obradi prikupljenih podataka korišteni su neparametrijski analitički postupci (Wilcoxon test). Rezultati su smatrani statistički značajnim ako su se razlikovali na razini statističke pogreške  $p < 0,05$ , te je tijekom analize korištena razina pouzdanosti 95%.

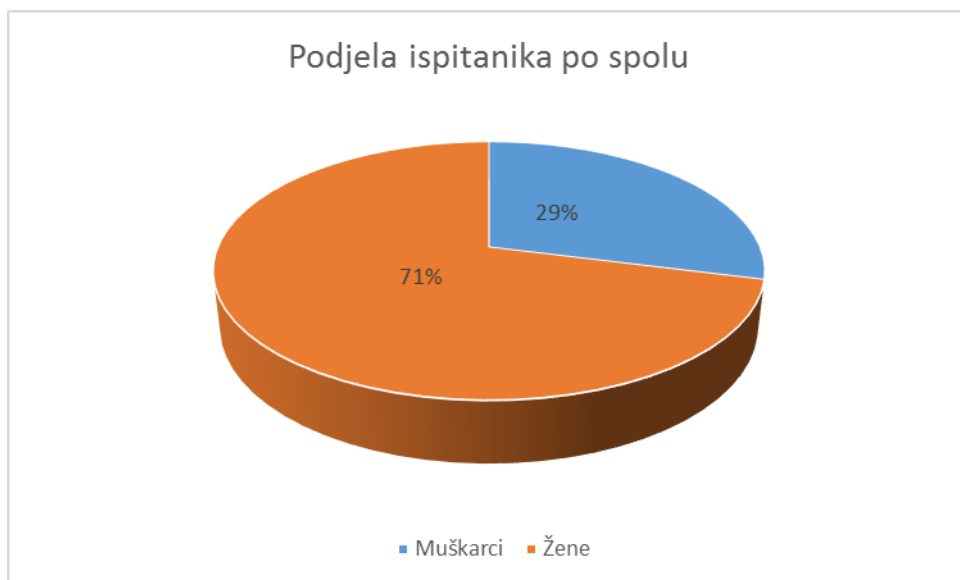
Odgovore na tvrdnje sa aritmetičkom sredinom manjom od 3.5 označili smo kao negativan stav, a one s aritmetičkom sredinom većom od 3.5 kao pozitivan stav.

#### **4. REZULTATI**

#### 4.1. Karakteristike uzorka

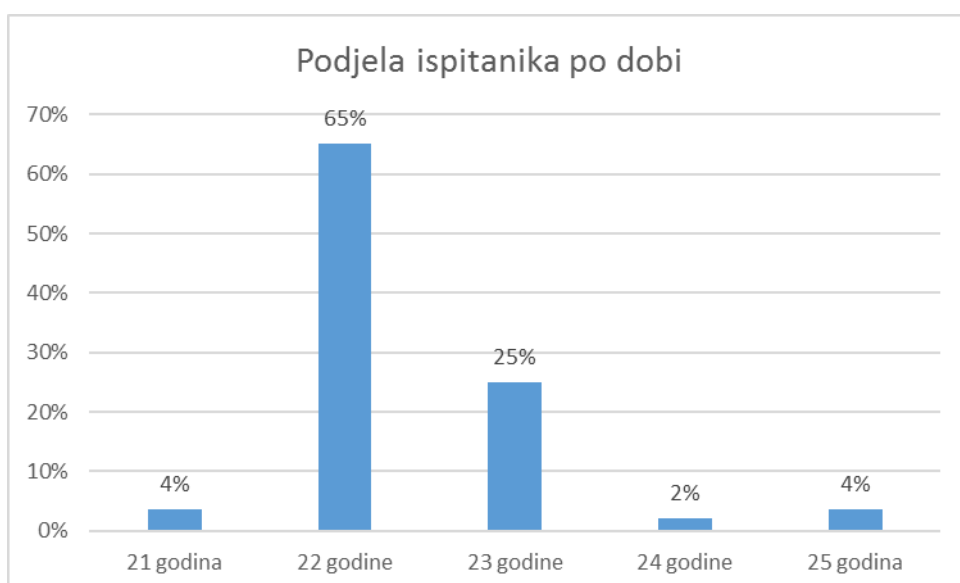
Među ispitanicima bilo je 16 muškaraca (29%) i 40 žena (71%) (Slika 1).

Slika 1. Prikaz ispitanika po spolu



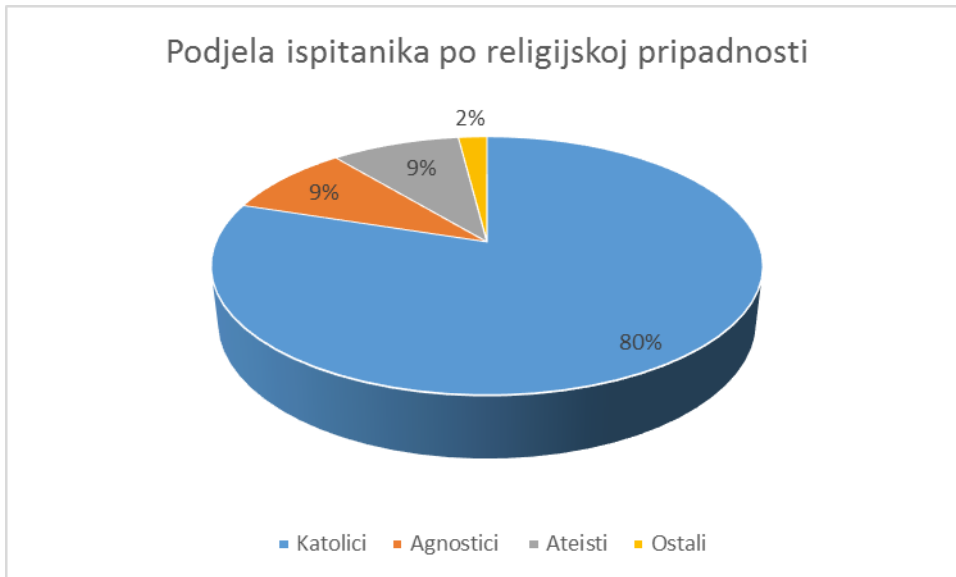
Dob svih ispitanika bila je između 21-25 godina (Slika 2).

Slika 2. Prikaz ispitanika po dobi



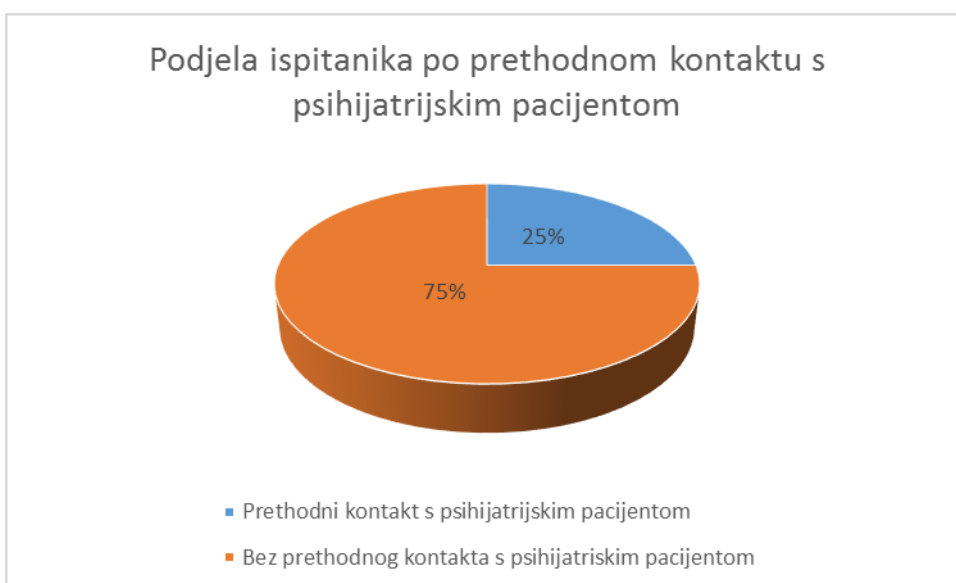
Kao jedan od faktora koji moguće koreliraju sa stavovima studenata ispitali smo i religijsku pripadnost ispitanika (Slika 3).

Slika 3. Prikaz ispitanika po religijskoj pripadnosti



Među ispitanicama je bilo 75% onih koji nisu bili u prethodnom kontaktu s psihijatrijskim pacijentom i 25% koji su bili u kontaktu s psihijatrijskim pacijentom prije nastave iz psihijatrije (Slika 4).

Slika 4. Prikaz ispitanika po prethodnom kontaktu s psihijatrijskim pacijentom



#### **4.2. Stavovi o shizofreniji, depresiji te ovisnosti o alkoholu i ovisnosti o marihuani**

Analizom je utvrđeno da su se stavovi studenata statistički značajno promijenili u odgovorima na tvrdnje 7 i 8 MCERS za depresiju (tvrdnja 7 - Liječenje ovakvih bolesnika je uzaludno trošenje zdravstvenog novca, i tvrdnja 8 - S ovakvim bolesnicima mi je iznimno teško raditi), na način da su studenti u tvrdnji 7 davali više ocjene nakon odslušane nastave iz predmeta Psihijatrija, a na tvrdnju 8 niže ocjene nakon odslušane nastave nego prije početka nastave. To nam govori da su se nakon slušanja nastave stavovi promijenili u negativnije u tvrdnji 7, te pozitivnije u tvrdnji 8, odnosno više su se slagali da je liječenje pacijenata s depresijom uzaludno trošenje zdravstvenog novca nakon nastave nego prije, te su se manje slagali da je rad s bolesnicima koji boluju od depresije za njih posebno težak nakon nastave. Početni stavovi na ove tvrdnje bili su u oba slučaja pozitivni i iako su se statistički značajno promijenili u različitim smjerovima ostali su u oba slučaja pozitivni u smislu da nam sveukupni rezultat govori da prevladava mišljenje da se većina ne slaže da je liječenje takvih pacijenata uzaludno trošenje zdravstvenog novca, te se većinom ne slažu da je rad s takvim pacijentima posebno težak za njih. P vrijednost za tvrdnju 7 MCERS za depresiju iznosila je 0.026, a za tvrdnju 8 MCERS za depresiju iznosila je 0.031, gdje je vrijednost p manja od 0.05 značila statistički značajnu razliku u stavovima prije i poslije nastave. Tijekom analize rezultata korištena je razina pouzdanosti 95%. Ostale p vrijednosti prikazane su na tablici 2.

Tablica 2. prikaz p vrijednosti.

<i>p vrijednosti</i>	Shizofrenija	Depresija	Ovisnost o alkoholu	Ovisnost o marihuani
Tvrđnja 1	0.098	0.073	0.153	0.078
Tvrđnja 2	0.23	0.242	0.424	0.322
Tvrđnja 3	0.153	0.195	0.285	0.164
Tvrđnja 4	0.087	0.063	0.126	0.067
Tvrđnja 5	0.073	0.099	0.124	0.086
Tvrđnja 6	0.198	0.078	0.221	0.266
Tvrđnja 7	0.253	0.026	0.251	0.273
Tvrđnja 8	0.186	0.031	0.139	0.155
Tvrđnja 9	0.078	0.092	0.068	0.059
Tvrđnja 10	0.058	0.085	0.074	0.075
Tvrđnja 11	0.239	0.287	0.165	0.147

U ostalim pitanjima nije bilo statistički značajne promjene stavova te smo stoga koristili aritmetičke sredine svih odgovora na iste tvrdnje da prikazemo početne stavove studenata i njihove promjene koje nisu bile statistički značajne.

Aritmetička sredina odgovora na pojedinačne tvrdnje MCRS za shizofreniju, depresiju, ovisnost o alkoholu i ovisnost o marihuani, te ukupna aritmetička sredina pojedine promatrane bolesti sa standardnim devijacijama prikazane su na tablicama 3 i 4.

Tablica 3. Aritmetičke sredine svih tvrdnji.

Aritmetičke sredine odgovora prije i nakon nastave	Shizofrenija		Depresija		Ovisnost o alkoholu		Ovisnost o marihuani	
	prije	nakon	prije	nakon	prije	nakon	prije	nakon
Tvrdnja 1	3.14	3.14	3.27	3.5	3.11	2.91	3.45	3.14
Tvrdnja 2	5.27	4.93	5.11	4.91	4.32	4.07	4.14	3.96
Tvrdnja 3	4	3.81	4.26	4.11	3.89	4.02	3.86	3.93
Tvrdnja 4	4.43	4.02	4.45	4.2	3.43	3.07	3.29	2.98
Tvrdnja 5	4.73	4.76	5.2	5.32	3.98	4.22	4.53	4.71
Tvrdnja 6	3.66	3.71	3.77	3.82	3.21	3.21	2.98	3.09
Tvrdnja 7	5.6	5,65	5.6	5.64	4.15	4.25	3.92	3.98
Tvrdnja 8	4.46	4.51	4.5	5.02	3.57	3.64	4.21	4.37
Tvrdnja 9	4.75	4.63	4.98	4.61	4.36	4.2	4.36	4.05
Tvrdnja 10	3.82	3.73	4	3.86	3.41	3.14	3.39	3.3
Tvrdnja 11	4.33	4.42	4.4	4.62	3.32	3.24	3.74	3.96



Tablica 4. Ukupna aritmetička sredina i standardna devijacija.

	Ukupna aritmetička sredina odgovora	Standardna devijacija
Shizofrenija	4.14	4.38
Depresija	3.7	4.28
Ovisnost o alkoholu	3.8	3.71
Ovisnost o marihuani	4.28	3.81

Iz prikazane tablice sa aritmetičkim sredinama odgovora možemo zaključiti da studenti većinom imaju negativan stav prema tvrdnji 1 MCRS u sva 4 ispitivana psihijatrijska stanja, tj. da imaju u većini negativan stav prema zadovoljstvu u radu s takvim bolesnicima.

U tvrdnji 2 jasan je pozitivan stav, premda je on značajno veći kod bolesnika sa shizofrenijom i depresijom, nego u bolesnika koji uzimaju marihuanu i ovisnih o alkoholu, tj. prevladava stav da takvi bolesnici zaslužuju istu razinu zdravstvene skrbi kao i bolesnici s drugim bolestima.

U tvrdnji 3 prevladava pozitivan stav u smislu da se studenti većinom ne slažu da ne mogu puno učiniti za pomoć bolesnicima

U tvrdnji 4 postoje oprečni stavovi prema depresiji i shizofreniji naspram ovisnosti o alkoholu i ovisnosti o marihuani. Prema depresiji i shizofreniji studenti su pokazali pozitivan stav, a u slučaju ovisnosti o alkoholu i marihuani negativan stav na način da većinom posebno suosjećaju s bolesnicima koji boluju od depresije i shizofrenije, a kod ovisnih o alkoholu i marihuani ne pokazuju posebno suosjećanje.

U tvrdnji 5 prevladava pozitivan stav na način da većinu ne uznemiravaju takvi bolesnici.

U tvrdnji 6 također postoje oprečni stavovi prema depresiji i shizofreniji u odnosu na ovisnost o alkoholu i marihuani. Većini ne bi smetalo ustajanje na poziv noću za rad sa bolesnicima s depresijom i shizofrenijom, dok se većina slaže da bi im smetalo ustajanje noću za rad s bolesnicima s ovisnosti o alkoholu i ovisnosti o marihuani. Dakle, pokazan je pozitivan stav prema depresiji i shizofreniji te negativan prema ovisnosti o alkoholu i ovisnosti o marihuani.

U tvrdnji 7 prevladava pozitivan stav prema svim ispitivanim stanjima, premda je on izraženiji kad su u pitanju depresija i shizofrenija.

U tvrdnji 8 prevladava pozitivan stav u smislu da se studenti većinom ne slažu da im je iznimno teško raditi sa takvim bolesnicima.

U tvrdnji 9 također prevladava pozitivan stav tj. većina misli da može pronaći način da se takvi bolesnici osjećaju bolje.

U tvrdnji 10 pokazani su oprečni stavovi o ovisnosti o alkoholu u odnosu na ostala ispitivana stanja. Prema bolesnicima s ovisnosti o alkoholu pokazan je pozitivan stav, a prema ostalim stanjima negativan stav na način da bi voljeli posvetiti više svog vremena radu s bolesnicima s ovisnosti o alkoholu, a bolesnicima s ostalim stanjima ne.

U tvrdnji 11 također je pokazan oprečan stav prema ovisnosti o alkoholu u odnosu na bolesnike s ostalim stanjima. Prema bolesnicima s ovisnosti o alkoholu pokazan je negativan stav, a prema ostalima pozitivan stav u smislu da radije ne bi radili s bolesnicima s ovisnosti o alkoholu, dok bi s bolesnicima s ostalim stanjima bili voljni raditi.

Na isti način kao sa cijelom skupinom studenata, analizu smo napravili posebno za muškarce i žene, te posebno za one koji su prethodno bili u kontaktu s psihijatrijskim bolesnikom i onima bez prethodnog kontakta.

Pritom smo otkrili da analizom samo muškog dijela skupine dobivamo statistički značajnu razliku u odgovorima na dvije tvrdnje koje prije nisu bile karakterizirane kao statistički značajne analizom cijele populacije, i to tvrdnja 4 MCRS za depresiju, te tvrdnja 10 MCRS za ovisnost o alkoholu (tvrdnja 4 - Posebno suosjećam s ovakvim bolesnicima, tvrdnja 10 – Volim posvetiti više vremena ovakvim bolesnicima) na način da su se stavovi promijenili u pozitivnije u obe tvrdnje, tj. više su posebno suosjećali s bolesnicima s depresijom, te bi voljeli posvetiti više vremena radu s bolesnicima ovisnim o alkoholu nakon odslušane nastave. Također, dvije tvrdnje prethodno obilježene kao tvrdnje prema kojima su se stavovi statistički značajno promijenili analizom cijele skupine ostale su statistički značajno različite (tvrdnja 7 i 8 MCRS za depresiju). P vrijednost za tvrdnju 4 MCRS za depresiju iznosila je 0.046, a za tvrdnju 10 MCRS za ovisnost o alkoholu 0.041.

Analizom samo ženskog dijela skupine dobiveni su isti rezultati kao i analizom cijele skupine. Zasebno analizom studenata koji su bili u prethodnom kontaktu sa psihijatrijskim bolesnikom dobivena je statistički značajna razlika u dvije tvrdnje u kojima je zabilježena statistički značajna razlika analizom cijele populacije (tvrdnja 7 i 8 MCRS za depresiju), te u tvrdnji 9 MCRS za ovisnost o marihuani (tvrdnja 9 - Obično pronađem način da se bolesnici poput ovih osjećaju bolje). Stavovi su se promijenili prema pozitivno u navedenoj tvrdnji, tj. studenti su se više slagali da obično pronađu način da se takvi bolesnici osjećaju bolje.

Analiza drugog dijela ove skupine, tj. onih koji nisu bili u prethodnom kontaktu s psihijatrijskim bolesnikom, pokazala je iste rezultate kao i analiza cijele skupine, odnosno statistički značajnu razliku u tvrdnjama 7 i 8 MCRS za depresiju.

P vrijednost za tvrdnju 9 MCRS za ovisnost o marihuani iznosila je 0.039 (analiza dijela skupine s prethodnim kontaktom s psihijatrijskim bolesnikom).

Ostale p vrijednosti u oba slučaja ostale su slične kao i one dobivene analizom cijele populacije (navedene na tablici 2).

## **5. RASPRAVA**

Prvi klinički susret studenata medicine sa psihijatrijskim bolesnikom nije rezultirao značajnim promjenama njihovih stavova prema bolesnicima sa četiri ispitivana psihijatrijska stanja nakon odslušane nastave. Ovo istraživanje se dijelom podudara, a dijelom razlikuje od sličnih studija provedenih u svijetu. Razlika je u tome što većina sličnih studija bilježi statistički značajnu razliku u stavovima prije i nakon edukacije o psihijatrijskim bolesnicima, međutim ta ista istraživanja ne pronalaze statistički značajnu razliku promjene stavova kad su analizirane posebno žene te studenti bez prethodnog kontakta sa psihijatrijskim bolesnicima. Analizirana skupina studenata u ovom istraživanju je upravo takva. Prema tome, u ovom istraživanju očekivanja su ispunjena.

Sukladno rezultatima drugih istraživanja pronašli smo pozitivnije promjene u stavovima kad su analizirani zasebno podatci muškaraca te onih koji su bili u prethodnom kontaktu s psihijatrijskim bolesnicima. Razlika je u tome što su u drugim istraživanjima rezultati bili značajno pozitivniji u navedenim podskupinama naspram rezultata cijele skupine studenata.

Statistički značajna razlika pronađena u odgovorima na tvrdnje 7 i 8 MCRS za depresiju analizom samo ženskog dijela skupine odstupa od rezultata sličnih istraživanja gdje nije pronađena statistički značajna razlika promjene stavova u ženskom dijelu skupine, već je ukupna promjena stavova bila rezultat promjene stavova samo muškog dijela skupine.

Pozitivnija promjena stavova u studenata koji su prethodno nastavi bili u kontaktu s psihijatrijskim bolesnicima podudara se s rezultatima sličnih istraživanja, premda je, kao što je već naznačeno promjena bila primjetnija u sličnim istraživanjima.

Možemo primijetiti da su ipak promjene stavova bile najveće kad je riječ o depresiji što dosad nije zabilježeno ili promatrano u sličnim istraživanjima.

Kao što smo već objasnili ovo istraživanje je limitirano ispitivanom skupinom studenata sličnih značajki bitnih za ishod rezultata. Uzorak ispitanika nije velik, stoga je njegova snaga da pokaže moguće pozitivne rezultate ograničena.

Teoretski, kontakt sa psihijatrijskim bolesnikom u kraćem vremenskom periodu, iako strukturiran i organiziran, možda nije dovoljan za dugoročnu promjenu stava pojedinca i brisanje stečenih stigma.

Naše istraživanje je limitirano izborom ispitivanih psihijatrijskih stanja, stoga je moguće da bi ispitivanjem nekih drugih psihijatrijskih stanja rezultati bili znatno drugačiji.

Ovo istraživanje je rađeno na jednoj skupini studenata, iz jednog grada, te stoga ne može biti reprezentativno za druge studente medicine.

Rezultati ovog istraživanja nam govore da nastava nije statistički značajno utjecala na promjenu stavova studenata, iako rezultati aritmetičkih sredina odgovora potvrđuju pozitivan pomak u razini suosjećanja i promjene stavova studenata prema psihijatrijskim bolesnicima. To nam ukazuje na potrebu napredovanja u uklanjanju predrasuda prema psihijatrijskim bolesnicima koje mogu voditi do loše medicinske skrbi prema istima.

Početni stavovi studenata su značajno pozitivniji prema bolesnicima s depresijom i shizofrenijom nego prema bolesnicima s ovisnosti o alkoholu i ovisnosti o marihuani, što možda ukazuje na krivu interpretaciju tih bolesnika koji zbog poremećaja kontrole uzimanja psihoaktivne tvari razvijaju promjene u ponašanju, kognitivnim i fiziološkim funkcijama.

Daljnje istraživanje je potrebno na većem uzorku studenata za jasnije shvaćanje utjecaja nastave na promjenu stavova.

Važno je pronaći načine za poboljšanje stavova studenata prema takvim bolesnicima, npr. aktivniji klinički rad s bolesnicima tijekom trajanja nastave, te eventualno omogućavanje studentima upoznavanja sa obitelji bolesnika, tj. uzimanja heteroanamneze, jer neki studenti možda lakše suosjećaju s obitelji bolesnika nego s samim bolesnikom.

Potencijalno bi korisno moglo biti istraživanje u kojem su studenti izloženi različitim metodama učenja i kontakta s psihijatrijskim bolesnicima radi evaluacije korisnosti tih metoda i daljnjeg napredovanja u edukaciji studenata (30, 31, 32).

## **6. ZAKLJUČCI**

Na temelju rezultata ovog istraživanja možemo zaključiti da se stavovi studenata nisu statistički značajno promijenili.

Statistički značajna razlika pronađena je u odgovorima na dvije tvrdnje iz MCRS povezanog s depresijom i to tvrdnje 7 i 8, tj. više su se slagali da je liječenje bolesnika s depresijom uzaludno trošenje zdravstvenog novca nakon nastave nego prije, te su se manje slagali da je rad s bolesnicima koji boluju od depresije za njih posebno težak nakon nego prije nastave.

Na temelju analize aritmetičkih sredina odgovora svih studenata na tvrdnje od 1 do 9 MCRS za sva četiri ispitivana stanja, zaključili smo da studenti medicine imaju većinom pozitivniji stav prema bolesnicima s depresijom i shizofrenijom nego prema bolesnicima s ovisnosti o alkoholu i ovisnosti o marihuani. Primijećen je blagi pozitivan pomak većine studenata prema svim ispitivanim stanjima premda on nije bio statistički značajan.

Odstupanja u stavovima studenata zabilježena su u tvrdnjama 10 i 11 MCRS, na način da bi voljeli posvetiti više svog vremena radu s bolesnicima s ovisnosti o alkoholu, a bolesnicima s ostalim stanjima ne, te da radije ne bi radili s bolesnicima s ovisnosti o alkoholu, dok bi s bolesnicima s ostalim stanjima bili voljni raditi.

Pozitivnija promjena stavova pronađena je kod muškaraca i onih koji su bili u prethodnom kontaktu s psihijatrijskim bolesnicima.



## **7. POPIS CITIRANE LITERATURE**

1. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination. *Br J Psychiatry*. 2007; 190:192-3.
2. Nedic A, Zivanović O, Lisulov R, Vuckovic N, Knezevic A, Soldatovic-Stajic B, et al. Current issues in psychiatry. *Med Pregl*. 2007; 60(11-12):637-41.
3. Ogunsemi OO, Odusan O, Olatawura MO. Stigmatising attitude of medical students towards a psychiatry label. *Ann Gen Psychiatry*. 2008; 7(15):1-4.
4. Corrigan, P. Empowerment and serious mental illness: treatment partnership and community opportunities. *Psychiatry Quarterly*. 2002; 73(3):217-28.
5. Angermeyer MC, Matschinger H. The Stereotype of Schizophrenia and Its Impact on Discrimination Against People With Schizophrenia: Results From Representative Survey in Germany. *Schizophrenia Bulletin*. 2004; 30(4):1049-61.
6. Milačić-Vidojević I, Dragojević N. Stigma i diskriminacija prema osobama s mentalnom bolešću i članovima njihovih porodica. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*. 2011; 10(2):319-37.
7. Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2009; 259(5):298-306.
8. Stavovi [Internet]. Dostupno na: [www.ffzg.unizg.hr/psiho/](http://www.ffzg.unizg.hr/psiho/).
9. Allport GW. Attitudes. *Handbook of social psychology*. 1935; 62:798-844.
10. Pennington, D.C. *Osnove socijalne psihologije*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1997. str. 10-9; 30-58.
11. Stavovi srednjoškolaca prema psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima i njihovo predviđanje na osnovu kauzalnih atribucija, kontakta i samoprocjene znanja [Internet]. Dostupno na: [darhiv.ffzg.unizg.hr/10](http://darhiv.ffzg.unizg.hr/10).
12. Bedworth AE, Bedworth DA. The profession and practise of health education. *Health education*. 1992; 4:208-35.
13. Petz B. *Psihologijski rječnik*. Zagreb: Prosvjeta; 1992. str. 100-57.

14. Esser HL, SD. A homecare Guide. Mental illness, Canada: John Wiley & Sons. 1988; 10(2):220-89.
15. Zvonarević M. Socijalna psihologija. Zagreb: Školska knjiga; 1989. str. 20-9.
16. Yuker HE. The effects of contact on attitudes toward disabled persons. Attitudes toward persons with disabilities. 1988; 1:262-74.
17. Halgin RP, Whitbourne SK. Abnormal Psychology. 1994; 10(1):330-87.
18. Hotujac Lj. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006. str. 10-9; 70-9.
19. Zakon o zaštiti osoba [Internet]. Dostupno na: [www.zakon.hr/z/181/Zakon-o-zaštiti-osoba-s-duševnim-smetnjama](http://www.zakon.hr/z/181/Zakon-o-zaštiti-osoba-s-duševnim-smetnjama).
20. Svjetska zdravstvena organizacija [Internet]. Dostupno na: [www.who.int/](http://www.who.int/).
21. Hrvatski zavod za javno zdravstvo [Internet]. Dostupno na: [hzjz.hr/](http://hzjz.hr/).
22. Hasin DS, et al. Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM- IV alcohol abuse and dependence in the United States. Arch Gen Psychiatry. 2007; 64(7):830-42.
23. Marihuana: Razlozi za i protiv dekriminalizacije [Internet]. Dostupno na: [www.monitor.hr/vijesti/tag/marihuana/prikazi-vijesti/20/stranica/8](http://www.monitor.hr/vijesti/tag/marihuana/prikazi-vijesti/20/stranica/8).
24. Wagner FA, Anthony CA. From first drug use to drug dependence: developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol. Neuropsychopharmacology. 2002; 26:479-88.
25. Budney AJ, Roffman R, Stephens RS, Walker D. Marijuana dependence and its treatment. Addict Sci ClinPract. 2007; 4(1):4-16.
26. Fu Q, et al. Shared genetic risk of major depression, alcohol dependence, and marijuana dependence. Arch Gen Psychiatry. 2002; 59(12):1125-32.
27. Gruber EN. Prihvatimo različitosti, odbacimo predrasude- živjeti s duševnom bolešću. Popovača: Udruga za unapređenje duševnog zdravlja i kvalitete života duševnog bolesnika i njegove obitelji «Sretna obitelj»; 2007. str. 22-4.
28. Carlsson E. Antipsychotic drugs, neurotransmitters and schizophrenia. Am J Psychiatry. 1978; 135:164-73.

29. National institute of mental health [Internet]. U. S. Department of health and human services. Dostupno na: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/schizophrenia>.
30. Boyle MJ, et al. Attitudes of undergraduate health science students towards patients with intellectual disability, substance abuse, and acute mental illness: a cross-sectional study. BMC Medical Education. 2010; 10:71.
31. Rudnick A. Attitudes of preclinical medical students towards psychiatric patients before and after an early clinical experience. Canadian Medical Education Journal. 2011; 2(1).
32. Calvert, et al. Does undergraduate education have an effect on Edinburgh medical students' attitudes to psychiatry and psychiatric patients. The Journal of Nervous and Mental Disease. 1999; 12:757-61.

## **8. SAŽETAK**

## CILJ ISTRAŽIVANJA

Predrasude i diskriminacija psihijatrijskih pacijenata su uobičajene u društvu. Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi stavove studenata medicine četvrte godine sveučilišta u Splitu prema pacijentima s depresijom, shizofrenijom, ovisnosti o alkoholu i ovisnosti o marihuani, te utjecaj nastave iz predmeta Psihijatrija na moguće promjene stavova i razinu suosjećanja s takvim pacijentima.

## ISPITANICI I METODE

Studenti četvrte godine medicinskog fakulteta u Splitu pohađali su nastavu iz predmeta Psihijatrija. Podatci su prikupljeni pomoću anketa u čijem je ispunjavanju sudjelovalo 56 studenata prije i nakon slušanja nastave psihijatrije. Za procjenu promjene stavova i razine suosjećanja korištena je Medical Condition Regard Scale.

## REZULTATI

Stavovi studenata nisu se statistički značajno promijenili nakon odslušane nastave. Međutim, jednostavnim mjerenjem aritmetičkih sredina odgovora primijećen je pozitivan pomak u razini suosjećanja i promjeni stavova u većini elemenata istraživanja koji nije bio klasificiran kao statistički značajna razlika. U analizi početnih stavova ispitanika prema pacijentima s ispitivanim stanjima primijećena je veća razina suosjećanja prema pacijentima s depresijom i shizofrenijom nego prema pacijentima s ovisnosti o alkoholu te ovisnosti o marihuani. Daljnje istraživanje je potrebno na većim i raznolikijim skupinama studenata za jasnije shvaćanje utjecaja nastave na promjenu stavova.

## ZAKLJUČAK

Statistički značajna razlika pronađena je u odgovorima na dvije tvrdnje iz MCRS povezanog s depresijom i to tvrdnje Depresija 7 i Depresija 8, tj. više su se slagali da je liječenje pacijenata s depresijom uzaludno trošenje zdravstvenog novca nakon nastave nego prije, te su se manje slagali da je rad s bolesnicima koji boluju od depresije za njih posebno težak nakon nego prije nastave.

Pozitivnija promjena stavova pronađena je kod muškaraca i onih koji su bili u prethodnom kontaktu s psihijatrijskim pacijentima.

## **9. SUMMARY**

## **THESIS TITLE**

### **ATTITUDES OF MEDICAL STUDENTS TOWARDS PSYCHIATRIC PATIENTS BEFORE AND AFTER LISTENING TO CLASSES OF PSYCHIATRY**

#### **OBJECTIVES**

Stigma or negative discriminatory attitudes towards psychiatric patients are common in the general public. The aim of this study was to determine the attitudes of medical students in the fourth year University of Split towards patients with depression, schizophrenia, alcohol and marijuana addiction, and the impact of clinical knowledge at possible changes in attitudes and level of sympathy with such patients.

#### **EXAMINEES AND METHODS**

Students in the fourth year of medical school in Split attended classes in subject Psychiatry. Data were collected using a questionnaire, which was complied by 56 students before and after listening to the classes of psychiatry. Medical Condition Regard Scale was used to estimate the change in attitudes and levels of sympathy.

#### **RESULTS**

The attitudes of students were not significantly changed after attended courses. However, simple arithmetic means of measuring the response show positive shift in the level of compassion and a change in attitudes in most elements of research that has not been classified as a statistically significant difference. The initial analysis of their attitudes toward patients with these conditions has showed higher levels of empathy toward patients with depression and schizophrenia than to patients with alcohol dependence and marijuana addiction.

#### **CONCLUSION**

A statistically significant difference was found in the answers to two statements from MCRS associated with depression. They agreed more that the treatment of patients with depression is a waste of medical money after classes than before, and showed less agreement that work with patients suffering from depression is for them especially hard after classes. More positive changes in attitudes were found in men and those who have been in previous contact with psychiatric patients.



## **10. ŽIVOTOPIS**

**Josip Jukić**

**DATUM I MJESTO ROĐENJA:**

7. srpnja 1989.g. Split, Republika Hrvatska

**DRŽAVLJANSTVO:**

hrvatsko

**ADRESA STANOVANJA:**

Don Lovre Katića 26, Solin

**E-mail:**

josip.jukic@hotmail.com

**OBRAZOVANJE:**

1995.-2003. godine: Osnovna škola „Don Lovre Katića“

2003.-2007. godine: Prirodoslovno-matematička gimnazija Split

2007.-2014. godine: Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu

**STRANI JEZICI:**

Aktivno znanje engleskog jezika



Tablica 1. Primjer korištene MCRS tablice

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>						
U potpunosti se ne slažem	Ne slažem se	Djelomično se ne slažem	Djelomično se slažem	Slažem se	U potpunosti se slažem						
						<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>1.</b>	Rad s ovakvim bolesnicima pruža mi zadovoljstvo										
<b>2.</b>	Takvi bolesnici bi trebali imati istu razinu zdravstvene skrbi kao i svi drugi bolesnici										
<b>3.</b>	Ne mogu puno učiniti da pomognem ovakvom bolesniku										
<b>4.</b>	Posebno suosjećam s ovakvim bolesnicima										
<b>5.</b>	Ovakvi bolesnici me uznemiruju										
<b>6.</b>	Ne bi mi smetalo ustajanje na poziv noću, za rad s ovakvim bolesnicima										
<b>7.</b>	Liječenje ovakvih bolesnika je uzaludno trošenje zdravstvenog novca										
<b>8.</b>	S ovakvim bolesnicima mi je iznimno teško raditi										
<b>9.</b>	Obično pronađem način da se bolesnici poput ovih osjećaju bolje										
<b>10.</b>	Volim posvetiti više vremena ovakvim bolesnicima										
<b>11.</b>	Radije bih da ne radim s ovakvim bolesnicima										