



Univerza v Novem mestu
Fakulteta za zdravstvene vede

Četrto poročilo

Prisotnosti tabujev, stereotipov in predsodkov, stigmatizacije in diskriminacije v zdravstveni dejavnosti do marginaliziranih skupin na področju duševnega zdravja

Vrzeli med potrebami in celovito, integrirano in kontinuirano zdravstveno obravnavo različnih skupin marginaliziranih odraslih na področju duševnega zdravja

CRP 2023 V3-2311

Prof. dr. Karmen Erjavec

Doc. dr. Vesna Zupančič



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Novo mesto, 31. 1. 2025

OPIS DELOVNEGA SKLOPA 4

DS 4. pridobitev znanstvenih dokazov glede prisotnosti tabujev, stereotipov in predsodkov, stigmatizacije in diskriminacije v zdravstveni dejavnosti do marginaliziranih skupin na področju duševnega zdravja

Cilj: Ugotoviti prisotnost tabujev, stereotipov in predsodkov, stigmatizacije in diskriminacije v zdravstveni dejavnosti do marginaliziranih skupin na področju duševnega zdravja.

Metode:

Da bi pridobili posplošljive podatke glede prisotnosti tabujev, stereotipov in predsodkov, stigmatizacije in diskriminacije v zdravstveni dejavnosti do marginaliziranih skupin na področju duševnega zdravja, smo izvedli anketiranje med študenti za poklice v zdravstveni dejavnosti in zaposlenimi. Instrument smo razvili priložnostno namensko na podlagi do takrat zbranih podatkov in z dodatnim pregledom znanstvenih člankov. Pri dodatnem pregledu smo uporabili naslednje ključne besede: »merjenje/zaznavanje predsodkov«, »predsodki pri študentih zdravstvenih ved«, »diskriminatorno ravnanje«, »destigmatizacija«, »predsodki pri zdravstvenih delavcih« ipd. ter angleške različice. V okviru pilotnega preverjanja smo primarno izvedli tri kognitivne intervjuje in anketiranje na manjšem vzorcu. Uporabili smo spletno anketo in v glavni raziskavi pridobili mnenja študentov za poklice v zdravstveni dejavnosti in zaposlenih v zdravstveni dejavnosti. Vzorčenje je bilo namensko priložnostno s pomočjo visokošolskih institucij, združenj študentov in profesionalnih združenj. Instrument smo oblikovali na podlagi predhodno zbranih podatkov. Podatki so bili analizirani kvantitativno z namenom potrditve in identifikacije prisotnosti tabujev, stereotipov in predsodkov, stigmatizacije in diskriminacije v zdravstveni dejavnosti do marginaliziranih skupin na področju duševnega zdravja.

Postopkovno smo ta delovni sveženj izpeljali v naslednjih sklopih:

1. analiza predhodno zbranih podatkov in dopolnitev z dodatnim pregledom pisnih virov,
2. razvoj in preverjanje namensko razvitega anketnega vprašalnika,
3. pridobitev soglasij za izvedbo raziskave,
4. izvedba raziskave med študenti in zaposlenimi v zdravstveni dejavnosti,
5. analiza podatkov in sinteza ugotovitev.
6. oblikovanje poročila glede prisotnosti tabujev, stereotipov in predsodkov, stigmatizacije in diskriminacije v zdravstveni dejavnosti do marginaliziranih skupin na področju duševnega zdravja.

Čas trajanja: 4 mesecev: 1. 10. 2024–31. 1. 2025

TEORETIČNI UVOD

Približno vsak četrti odrasli prebivalec Evrope vsako leto doživi motnjo v duševnem zdravju. Pri tem posamezniki ne trpijo samo zaradi svojih simptomov bolezni, temveč tudi doživljajo stigmatizacijo v skupnosti (Doll idr., 2020, str. 474). Po eni strani se borijo s simptomi in motnjami, ki so posledica bolezni. Po drugi strani pa jih izzivajo stereotipi in predsodki, ki izhajajo iz napačnih predstav o motnjah v duševnem zdravju. Zaradi obojega so ljudje z motnjo v duševnem zdravju oropani priložnosti, ki določajo kakovostno življenje: dobrih služb, varnih stanovanj, zadovoljive zdravstvene oskrbe in pripadnosti raznoliki skupini ljudi. Najučinkovitejši pristop k premagovanju predsodkov do pacientov z duševnimi motnjami pa se zdi neposredni stik in sodelovanje zaupanja vrednih oseb (Corrigan in Watson, 2002, str. 16).

Stigmatizacija je opredeljena kot znak sramu, sramote ali neodobravanje. Posameznik je tako deležen zavrnitve, diskriminacije in izključenosti iz številnih različnih področij družbe. Stigma je običajno razdeljena na javno stigio, samostigmo in osebno stigio (Doll idr., 2020, str. 474).

Javna stigma je sestavljena iz stereotipnih negativnih prepričanj o skupini ljudi (na primer, da so nevarni), pristranskem strinjanju s prepričanjem in negativnih čustvenih reakcij (jeza, strah, gnus) ter diskriminatorne vedenjske reakcije do tarč predsodkov (na primer izogibanje, diskriminacija pri zaposlovanju). Javna stigma lahko povzroči samostigmo, ki lahko pri ljudeh s hudo duševno boleznijo privede do obupa in znatno ovira okrevanje. Visoke ravni stigme do ljudi z duševnimi motnjami med splošno javnostjo in zdravstvenimi delavci predstavljajo oviro za iskanje specializiranih storitev duševnega zdravja. Navedeno vpliva tudi na zmanjšano kakovost storitev zdravstvenih delavcev. Obstajata dve strategiji odpravljanje stigme duševnih bolezni: edukacija in interakcije z ljudmi, ki so okrevali in delijo njihovo zgodbo o tem (Hawthorne, 2019, str. 1118; Fokuo idr. 2017, str. 257–258; Franklin idr., 2015, str. 1).

Kulturna stigma glede duševnega zdravja je še posebej izrazita ovira za dostop do oskrbe, saj so težave z duševnim zdravjem pogosto skrite znotraj družin in skupnosti zaradi strahu pred izključitvijo (Giebel idr., 2024, str. 2).

Nezavedne pristranskosti so eden od vzrokov za zdravstvene razlike. Zdravstveni delavci imajo predsodke do pacientov zaradi njihove rase, spola ali drugih dejavnikov, ne da bi se tega zavedali (Meidert idr., 2023). Čeprav poklicni etos izvajalcev zdravstvenih storitev vključuje enako obravnavo vseh ljudi ne glede na njihove telesne in duševne lastnosti, obstajajo neenakosti med skupinami ljudi v zdravstveni oskrbi (James, 2017; Maina idr., 2018, str. 219). Sposobnost hitre kategorizacije osebe ali pojava, s katerim se srečamo, je verjetno evolucijski razvoj, ki je zagotovil preživetje (Banaji in Greenwald, 2016). Takšne kategorizacije so dejansko bližnjica v možganih in zato posameznika razbremenijo ponavljajočih se odločitev (Marcelin idr., 2019). Sorodni izrazi v literaturi vključujejo stereotip in predsodek (Groves idr., 2021). Stereotipi so pogosto negativni in preveč posplošeni pogledi na posameznike iz določenih prikrasanih skupin, npr. revni ljudje so leni. Predsodki so negativna stališča do druge osebe ali skupine, oblikovana pred kakršno koli izkušnjo, in obsegajo tri komponente: afektivno (npr. pristop/izogibanje), kognitivno (npr. predpostavke in prepričanja) in vedenjsko (npr. nagnjenost) (Galli idr., 2015). Negativni stereotipi in predsodki o zdravstvenih stanjih ustvarjajo stigio, ki lahko povzroči velike ovire pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe (Fontesse idr., 2019). Stigma je razumljena tudi kot širok krovni pojem, ki zajema (1) stereotipe: posplošene sodbe, s katerimi si pomagamo pri razvrščanju ljudi v skupine, pogosto ne temeljijo na resničnih dejstvih; (2) predsodke, ki nastanejo, ko sprejememo stereotipe in hkrati občutimo močna čustva ob osebah, na katere se nanašajo stereotipi in (3) diskriminacijo, ki je negativno vedenje do osebe, na katero se nanašajo stereotipi in predsodki (Program Mira, b.d.).

Študije v Sloveniji kažejo, da so moški, samski ljudje, mlajši posamezniki, osebe z nižjo izobrazbo in tisti, ki živijo v regijah z višjo stopnjo samomorilnosti, manj naklonjeni iskanju pomoči ob težavah z duševnim zdravjem. Stigmatizacija in diskriminacija oseb z duševnimi boleznimi se kaže tudi v dejstvu, da ljudje odlašajo z iskanjem pomoči, kar poslabša izide zdravljenja in rehabilitacije ter vodi v občutke nemoči. Stigma je prisotna na vseh ravneh družbe in v vseh sistemih. Povzroča podcenjevanje resnosti težave in pomanjkanje virov za ustrezne, zelo kakovostne in dostopne programe za duševno zdravje (Možina in Okorn, 2022, str. 1).

Stereotipi in predsodki in pristranskost in diskriminatorno ravnanje pri zdravstvenih delavcih

Zdravstveni delavci so zadolženi za zdravljenje in podporo pacientom, pri čemer se domneva, da nimajo negativnih stereotipov in predsodkov, povezanih s pacienti in prisotnimi boleznimi. Vendar lahko zdravstveni delavci tako kot drugi člani družbe oblikujejo pozitivne in negativne stereotipe in predsodke, ki lahko vplivajo na razvoj terapevtskega odnosa med pacientom in zdravstvenim delavcem ter lahko vplivajo na kakovost in obseg ponujenih storitev. Izražanje teh stereotipov in predsodkov se razlikuje od posameznika; pri nekaterih je očitna, pri drugih pa je lahko zastrta, subtilna ali prikrita. Nanj vpliva tudi smer odnosa oziroma moč in intenzivnost, s katero se drži določen odnos. Določene vrste diagnoz ali invalidnosti imajo večjo verjetnost, da se o njih oblikujejo negativni stereotipi in predsodki, ki vodijo do slabše obravnave, zavrnitve in razvrednotenja pacientov (Mutamba idr., 2013).

Zdravstveni delavci imajo mešana stališča do oseb z motnjo v duševnem zdravju, ki so primerljiva s stališči splošne javnosti. Izražanje teh stereotipov in predsodkov se razlikuje od posameznika; pri nekaterih je očitna, pri drugih pa je lahko zastrta, subtilna ali prikrita. Zaradi stigmatizirajočega odnosa in vedenja zaposlenih ljudje z diagnozo motnje v duševnem zdravju pogosto poročajo, da se počutijo dehumanizirane in diskriminirane (Fontesse idr., 2019).

V raziskavi Lauber idr. (2006, str. 51) so avtorji naredili oceno stereotipov o osebah z duševnimi boleznimi med strokovnjaki za duševno zdravje, opravili so primerjavo njihovega pogleda s pogledom splošne švicarske populacije in analizo vpliva demografskih dejavnikov, spremenljivk poklica in delovnega mesta (vrsta oddelka, čas zaposlitve in poklicne izkušnje). Večina pozitivnih opisov s strani strokovnjakov s področja psihiatrije je veljala za manj značilne za ljudi z duševno boleznijo, medtem ko je večina negativnih opisov veljala za bolj tipične za te ljudi. Zdravstveni delavci pogosto stereotipe in predsodke uporabljajo tudi kot obrambni mehanizem. Tak primer je dehumanizacija, pri kateri z odvzemom človekovih vrednot, ustvarijo čustveni odmik od pacientov z duševno motnjo in s tem skušajo zmanjšati tveganje za čustveno izčrpanost in izgorelost (Valery, 2020). Tudi v več drugih podobnih raziskavah ugotavljajo, da morajo zdravstveni delavci izboljšati svoj odnos do ljudi s težavami v duševnem zdravju (Siqueira idr., 2017, str. 25; Darmayani idr., 2020).

V eni izmed prvih raziskav na temo stereotipne grožnje med pacienti sta Abdou in Fingerhut (2014, str. 316) uporabila tradicionalno stereotipno paradigmo grožnje, da bi preučila, ali afroameriške ženske doživljajo stereotipno grožnjo zdravstvene oskrbe ali stereotipno grožnjo, ki je značilna za kontekste zdravstvenega varstva. Afroameriške in bele ženske, ki so sodelovale v spletni študiji, sestavljeni iz navideznega zdravstvenega varstva, so po čakanju v virtualni čakalnici, ki je vsebovala ali ne vsebovala slike, ki so posredovale negativni stereotipi o spolnosti afroameriških žensk. V stanju grožnje so stene čakalnice vsebovale plakate v zvezi z zdravjem, ki so poudarjali stereotipe o afroameriških ženskah kot hiperseksualne in neodgovorne. En plakat je na primer vseboval podobo noseče afroameriške najstnice. Rezultati so pokazali, da so afroameriške ženske z visoko stopnjo ogrožene etnične identitete poročale o večji tesnobi zaradi stanja, ko so bile v čakalnici.

V javnosti in zdravstvu so pogosto prisotni stereotipi o starejših odraslih, ki so pretežno negativni in se pogosto osredotočajo na fizični in kognitivni upad (npr. slabotni, počasni, pozabljivi, odvisni itd.). Pogledi zdravstvenih delavcev na njihove starejše paciente lahko spremenijo nego in odnos, ki ga imajo s pacientom (Deasey idr., 2014, str. 230). Starost je prisotna tako na sistemski ravni v zdravstvu kot na ravni posameznika. Sistematični pregled iz leta 1996 trdi, da bi morali posamezni zdravstveni delavci odpraviti svoj negativni odnos do starejših odraslih (Grant, 1996, str. 9). Novejša raziskava iz leta 2016 podpira to priporočilo, saj so avtorji raziskave ugotovili, da povečana izpostavljenost starostnim stereotipom in predsodkom ter posledično diskriminaciji v sistemu zdravstvenega varstva lahko poveča tveganje za kronične bolezni, umrljivost in druge škodljive posledice za zdravje pri starejših (Allen, 2016, str. 610).

Starost delno temelji na stereotipih o starejših, ki vsebujejo pozitivne (npr. modri, modri, izkušeni) in negativne (npr. čemerni, osamljeni, senilni) stereotipe. Stereotipi o starejših so razširjeni v popularni kulturi in strokovni literaturi, vključno z medicinskimi in gerontološkimi učbeniki (Robinson idr., 2012, str. 2185). Številni negativni vidiki so povezani s spremembami v telesu, zaradi katerih postane neprivlačno (npr. nagubano, sivolaso, grdo), ali nesposobno (npr. pozabljivo, pasivno, šibko, slabotno, oslابلjeno, invalidno, odvisno, bolno). Šibkost, pasivnost in odvisnost so tudi vidiki stereotipa o ženski spolni vlogi, ki je še ena točka presečišča med staranjem in seksizmom, zaradi česar ljudje morda lažje dojemajo starejše ženske kot starejše moške kot nesposobne (Chrisler idr., 2016, str. 88).

Palmore (2004, str. 41) je ugotovil, da je med starejšimi odraslimi v Kanadi in Združenih državah Amerike skoraj polovica poročala, da je zdravnik ali medicinska sestra pripisal njihovo zdravstveno težavo njihovi starosti. Pogostost pripisov zdravstvenega stanja, povezanih s starostjo, vzbuja zaskrbljenost glede vloge stereotipov in nevarnosti stereotipov v zdravstvenem varstvu. V eksperimentalnih študijah, ki vključujejo starejše odrasle, aktivacija stereotipov, povezanih s starostjo, prispeva k slabšemu kognitivnemu in fizičnemu delovanju starejših bolnikov (Barber, 2020, str. 275).

Glede na ugotovitve raziskave Chodosh in drugi (Chodosh idr., 2000, str. 19) so misli zdravnikov in študentov medicine o starejših pogosto povezane s smrtjo, boleznijo in upadom funkcionalnosti. Njihovi stereotipi o

starejših so togi, religiozni, razdražljivi, dolgočasni, osamljeni, izolirani, aseksualni, zlahka zmedeni, depresivni, potrebni pomoči, frustrirajoči in neproduktivni (Higashi idr., 2012, str. 480–481). Če bi imeli možnost izbire, zdravniki pravijo, da bi raje delali z mlajšimi bolniki kot s starejšimi, najbolj pa so nepripravljeni delati z zelo starimi pacienti (starost 85+) in slabotnimi bolniki (Chodosh idr., 2000, str. 30). Ko zdravniki poročajo o mešanici pozitivnih in negativnih vidikov stereotipa o starejših, njihovi odgovori podpirajo stereotipni vsebinski model: starejši so topli in simpatični, a frustrirajoči in težavni zaradi svoje nesposobnosti (Higashi idr., 2012, str. 481).

Medicinske sestre imajo glede na ugotovitve raziskave Liu idr. (2012, str. 400) bolj pozitiven odnos do dela s starejšimi kot zdravniki. To je morda zato, ker je poslanstvo zdravstvene nege »skrbeti« in ne zdraviti. Vendar pa je raziskava McKenzie in Brown (2014, str. 628–629) o zanimanju študentov zdravstvene nege za delo z bolniki z demenco pokazala nizko namero, da bi izbrali to delo. Razlogi, zakaj študenti niso želeli delati z bolniki z demenco, vključujejo mešanico negativnih stereotipov in predsodkov (npr. dolgočasnost, ponavljajoče se delo, nezmožnost vzpostaviti »povezavo« z bolniki) in ekonomijo (npr. nižja plača kot na drugih specializiranih področjih) (Vina in Lloret, 2010).

Zdravstveni delavci imajo lahko različne stereotipe in prepričanja tudi o določenih bolezenskih stanjih pacientov. V raziskavi Mutamba in sodelavcev (2013, str. 986) so ugotovili, da imajo zaposleni v primarnem zdravstvenem varstvu, ki skrbijo za paciente s sindromom kimanja, različne negativne stereotipe, ki lahko negativno vplivajo na kakovost oskrbe pacientov, ki jo nudijo zdravstveni delavci.

Vzroki za nastanek stigmatizacije med zdravstvenimi delavci so predvsem nevednost, predsodki in diskriminacija (Kuklec, 2010, str. 200–201). Zagotavljanje kakovosti zdravstvene obravnave oseb z motnjo v duševnem zdravju je obveznost socialne države in pravica državljanov (Zupančič, 2017, str. 31–45).

Nordt idr. (2006, str. 709) so izvedli raziskavo o odnosu strokovnjakov na področju duševnega zdravja in članov javnosti do duševne bolezni in njihovem specifičnem odzivu na osebo s psihiatričnimi simptomi in brez njih. Psihiatri so imeli več negativnih stereotipov kot splošna populacija. Socialna distanca do velike depresije je bila nižja kot do shizofrenije. Vendar v tem pogledu ni bilo razlike med strokovnjaki in javnostjo. Raziskava zaključuje, da boljše poznavanje strokovnjakov na področju duševnega zdravja in njihova podpora pravic posameznikov ne pomenita niti manj stereotipov niti ne povečata pripravljenosti za tesno sodelovanje z duševno bolnimi ljudmi.

V nasprotju z rezultati predhodne raziskave pa so imeli v primerjavi z ameriško javnostjo strokovnjaki za duševno zdravje bistveno bolj pozitiven odnos do ljudi s težavami v duševnem zdravju, prav tako so oblikovali manj negativnih stereotipov o duševno bolnih. Zaskrbljujoče pa so bile predstave nekaterih strokovnjakov za duševno zdravje o nevarnosti ljudi s shizofrenijo in želja strokovnjakov za duševno zdravje po socialni distanci do pacientov v službenih in osebnih situacijah. Nižja starost, samo opredeljevanje kot ne hispanski belec, ženska, vsaj štiriletna visokošolska izobrazba, poznavanje duševnih bolezni in določeni nazivi delovnih mest ter večletne izkušnje na področju duševnega zdravja so napovedovali bolj pozitivno odnose do ljudi s težavami v duševnem zdravju.

Rezultati raziskav o odnosu zdravstvenih delavcev do oseb z duševnimi motnjami pa dajejo različne rezultate. V Braziliji je bila izvedena raziskava o vrednotenju odnosa zdravstvenih delavcev do ljudi z duševnimi motnjami, da bi ocenili odnos zdravstvenih delavcev, ki delajo v univerzitetni bolnišnici v Rio de Janeiru, in preučili tudi delež negativnega in pozitivnega odnosa zdravstvenih delavcev v Braziliji do ljudi z duševnimi boleznimi v primerjavi z drugimi deli sveta. Podatki so bili zbrani z uporabo raziskave odnosa skupnosti do duševno bolnih v okviru naključnega vzorčenja zdravstvenih delavcev. Rezultati so pokazali stališča, ki segajo od nevtralnega do pozitivnega, pri čemer sta podlestvici dobrohotnost in socialna restriktivnost pokazali najmanj stigmatizirajoče rezultate. Z negativnim odnosom so bile povezane naslednje individualne značilnosti: nižja stopnja izobrazbe in manj kliničnih izkušenj. Na splošno je odnos zdravstvenih delavcev do uporabnikov storitev označen kot pozitiven v primerjavi z drugimi mednarodnimi študijami. Kljub temu pa avtorji poudarjajo, da bi bilo treba okrepiti izobraževalne programe za zdravstvene delavce, da bi dodatno spodbujali že obstoječ pozitiven odnos do oseb z duševnim zdravjem in izvajanje brazilske politike duševnega zdravja (Siqueira idr., 2017, str. 25).

Kako pomembna je izobrazba in usposobljenost pri delu z osebami z duševnimi motnjami priča tudi raziskava Basson idr. (2014). Namen te raziskave je bil ugotoviti dejavnike, ki vplivajo na odnos in dožemanje poklicnih medicinskih sester do duševno bolnih. Uporabljena je bila kvantitativni deskriptivni pristop in izvedena presečna

raziskava med 60 poklicnimi medicinskimi sestrami, ki so bile zaposlene v psihiatrični bolnišnici v Western Capeu v Južni Afriki. Ugotovitve so pokazale, da so medicinske sestre z diplomo psihiatrične zdravstvene nege po vpisu poročale o znatno višji vlogi kompetentnosti kot tiste, ki so končale le osnovni štiriletni celovit program zdravstvene nege. Etnična pripadnost medicinskih sester je igrala vlogo pri stereotipizaciji duševno bolnih. Med poklicnimi medicinskimi sestrami, ki so opravile nadaljevalni tečaj duševnega zdravlja, in tistimi, ki ga niso, ni bilo opaznih bistvenih razlik. Zato je priporočljivo, da je uvodni program, ki obravnava zmote in negativen odnos do duševno bolnih, obvezen za vse študente že v zgodnjih fazah njihovega usposabljanja.

Do oblikovanja stereotipov in predsodkov pri zdravstvenih delavcih pa ne pride le v smislu pacienta, temveč tudi v smislu sodelavcev. Učinkovite zdravstvene storitve zahtevajo prizadevanja za povečanje sodelovanja med zdravstvenimi delavci. Ena od ovir za učinkovito sodelovanje so stereotipi. Stereotipi predstavljajo zaznave ali poglede na osebo ali skupino ljudi v tem primeru sodelavcev (Darmayani idr., 2020). V raziskavi so Darmayani idr. (2020) ugotovili, da so stereotipi med zdravstvenimi delavci povzročali ovire pri komunikaciji zdravstvenega tima in zmanjšali samozavest nekaterih zdravstvenih delavcev. K ugotovitvam so dodali, da je stereotipe mogoče premagati z razvojem kompetenc in izmenjavo znanja med strokovnjaki ter z izobraževanjem o vlogah in kompetencah drugih zdravstvenih delavcev, tako da ima vsak poklic podobne cilje glede varnosti bolnikov.

Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je bil pridobiti določene podatke glede prisotnosti tabujev, stereotipov in predsodkov, stigmatizacije in diskriminacije v zdravstveni dejavnosti do marginaliziranih skupin na področju duševnega zdravlja med zdravstvenimi delavci in študenti v zdravstvu.

Cilji raziskave so bili:

- ugotoviti, kakšna so stališča zdravstvenih delavcev in študentov do pacientov z motnjo v duševnem zdravju,
- ugotoviti prisotnost stigmatizacije med zdravstvenimi delavci vseh poklicev,
- ugotoviti vrsto in obseg stigmatizirajočih mnenj in prepričanj zdravstvenih delavcev in študentov do pacientov z motnjo v duševnem zdravju,
- ugotoviti prisotnosti diskriminacije v zdravstveni dejavnosti do marginaliziranih skupin na področju duševnega zdravlja.

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kakšna so stališča zdravstvenih delavcev do pacientov z motnjo v duševnem zdravju?
2. Kakšna stopnja stigmatizacije (visoka/nizka) je prisotna med zdravstvenimi delavci vseh poklicev in študenti za poklice v zdravstvu?
3. Kakšne je obseg stigmatizirajočih mnenj in prepričanj zdravstvenih delavcev in študentov do pacientov z motnjo v duševnem zdravju?
4. Kako zdravstveni delavci ocenjujejo prisotnost diskriminacije v zdravstveni dejavnosti do marginaliziranih skupin na področju duševnega zdravlja?

Metode

V raziskovalnem delu smo uporabili neeksperimentalno kvantitativno metodo dela s tehniko anketiranja, pri čemer bomo podatke zbrali s pomočjo anketnega vprašalnika.

Predstavitev instrumenta

Uporabili smo prilagojen anketni vprašalnik avtorjev Porfyri idr. (2022), ki je bil uporabljen na populaciji zdravstvenih delavcev v Grčiji. Sestavljen je iz petih delov, ki temeljijo na lestvici mnenj o duševnih boleznih (OMI). OMI je bila izpeljana iz obsežne faktorske analize njene začetne oblike 200 postavk s strani več kot 8000 ljudi z izkušnjami na področju duševnega zdravlja – vključuje 51 izjav, od tega smo jih vključili v vprašalnik 50,

prikazanih prek 6-stopenjske Likertove lestvice (Todor, 2013). Točko šest pa smo dodali, da smo se približali namenu in ciljem našega projekta.

Večdelni strukturirani vprašalnik je obsegal:

- demografske spremenljivke in podatke o profesionalnem ozadju,
- lestvico OMI – Opinions about Mental Illness (Cohen in Struening, 1962), prevedeno in prirejeno za slovenski kontekst,
- sklop postavk za oceno pripravljenosti na interakcijo z osebami z duševno motnjo,
- postavke za oceno stanja stigme in diskriminacije v zdravstvenem sistemu,
- specifične izkušnje z osebami z duševnimi motnjami (npr. družinska zgodovina, delovne izkušnje),
- ter postavke o samorefleksiji lastnih predsodkov in izkušenj z izobraževanji.

Faktorska analiza postavk je razkrila naslednjih pet podlestvíc:

- Faktor A: (11 postavk): mnenje, da osebe z duševno boleznijo ne morejo odgovarjati za svoja dejanja in da bi jih morala nadzorovati družba,
- Faktor B: (14 postavk): odnos, ki bi ga lahko postavili med strpnost in usmiljenje/sočutje;
- Faktor C: (9 postavk): mnenje, da je duševna bolezen podobna drugim boleznim in da jo je treba ustrezno zdraviti pri specialistih;
- Faktor D: (9 postavk): mnenje, da je treba psihiatrične bolnike omejiti na nekaterih družbenih področjih, in
- Faktor E: (9 postavk): prepričanje, da je lahko pravi vzrok duševne bolezni najti v problematičnih medosebnih odnosih (prilagojeno po Cohen in Struening, 1962).

Za vsak dejavnik se končni rezultat izpelje s seštevanjem rezultatov vseh vključenih postavk in njihovim odštevanjem od konstantnega števila. Višje ocene kažejo, da se anketiranec bolj nagiba k odnosu, ki ga izraža vsak dejavnik (Arvaniti idr., 2009). Natančneje, **višji rezultati za faktorje A, B in E kažejo na bolj stigmatizirajoč in stereotipen odnos, medtem ko višji rezultati za faktorja C in D izražajo ugodnejše dožemanje duševnih bolezni in bolnikov, ki trpijo za njimi.**

Vzorec in vzorčenje

V raziskavi je sodelovalo 368 zdravstvenih delavcev, od tega 108 iz primarne, 151 iz sekundarne in 109 iz terciarne ravni zdravstvenega varstva, ter 304 študenti zdravstvenih ved z dveh fakultet. Vzorčenje je bilo izvedeno z uporabo priložnostnega namenskega, kvotnega in snežno-kepe metodološkega pristopa.

V skupini **zdravstvenih delavcev** je bilo glede na spol 14,8 % moških in 85,2 % žensk. Po starosti jih je bilo največ v starostni skupini od 41-50 let (29,6 %), 26,9 % jih je bilo starih 30 let in manj. Sledi starostna skupina od 31 do 40 let v 23,8 % ter starostna skupina od 51 do 60 let z 12,1 %. Starejših od 60 let je bilo 7,6 %. Glede na družinski status je bilo 51,6 % poročenih, 29,6 % v razmerju, 10,8 % samskih, 4,9 % ločenih in 0,9 % vdovcev. 2,2 % jih ni želelo podati odgovora. Po poklicu je bilo največ diplomiranih medicinskih sester (52,5 %), sledijo zdravstveni tehniki (24,7%), 9,9 % je bilo zdravnikov, v manjšem deležu so sodelovali fizioterapevti, delovni terapevti, zdravstveni administratorji, psihologi in bolničarji negovalci. Zadnja dosežena stopnja izobrazbe je bila v 26,5 % dodiplomska strokovna oziroma VI/2. stopnja, sledi srednje poklicna oziroma IV. Stopnja v 18,8 %, strokovni magisterij oziroma VII. stopnja (15,3 %) in srednje poklicna oziroma IV. Stopnja z 9,4 %. Doktorsko oziroma VIII/2. stopnjo je imelo 7,2 % udeležencev. Glede na področje dela jih je 30,9 % iz primarne ravni, 63 % iz zdravstvenega zavoda na sekundarni ali terciarni ravni, 3,1 % iz socialnovarstvenih zavodov ter 2,7 % iz drugih zavodov. Glede na status zavoda, v katerem so anketirani zaposleni, jih je 93,7 % zaposlenih v javnih zavodih, 4,5 % v zasebnih zavodih s koncesijo in 1,8 % v zasebnih zavodih brez koncesije. Največ anketiranih je imelo od 5-15 let delovnih izkušenj (32,3 %), sledi skupina več kot 26 let (20,6 %). 17 % jih je imelo manj kot pet let delovnih izkušenj, 15,7 % od 21 do 26 let in 14,3 % od 16 do 20 let.

V skupini študentov je bilo 76,8 % žensk, 22,2 % moških, drugi spola niso označili. 15,5 % jih je bilo starih 20 ali

manj, 31,4 % jih je bilo v starih od 21 do 26 let, 17 % jih je bilo starih od 26 do 30 let. Več kot četrtina (27,3 %) jih je bila iz starostne skupine od 31 do 40 let. Delež anketiranih iz drugih starostnih skupin je nižji. 18 % jih je že poročenih, 44,4 % jih je v razmerju, ločenih 1,5 %, samskih je 34 %, ostali na vprašanje niso želeli odgovoriti. 21,7 % jih je že zaposlenih. Glede na predhodno pridobljeno izobrazbo je med anketiranimi največ zdravstvenih tehnikov (54,6 %), en udeleženec je zdravstveni administrator, 17,5 % pa jih ima naziv diplomirane medicinske sestre. Skupno 24,2 % anketiranih je kot najvišjo doseženo stopnjo izobrazbe navedlo srednjo poklicno, večina pa je zaključila izobraževanje na V. stopnji; 16 % anketirancev je že doseglo VII. stopnjo izobrazbe. Delovno neaktivnih je bilo 18 % udeležencev. Od zaposlenih jih 12 % dela v socialnovarstvenih zavodih, 40,7 % na sekundarni oziroma terciarni ravni zdravstvenega varstva ter 18 % na primarni ravni. Od tega je 63 % zaposlenih v javnih zavodih, 4,1 % v zasebnih zavodih s koncesijo in 6 % pri zasebnih izvajalcih brez koncesije. 17 % jih nima delovnih izkušenj, 39,2 % jih ima do pet let delovnih izkušenj, 32 % od 5 do 15 let delovnih izkušenj, 7,2 % jih ima od 16 do 20 let delovnih izkušenj, 3,6 % od 21 do 26 let delovnih izkušenj, 1 % jih ima več kot 26 let delovnih izkušenj. 75 % jih študira na I. bolonjski stopnji, 21,1 % na II. bolonjski stopnji in 2,6 % na III. bolonjski stopnji. 23,2 % jih je na rednem in 76,8 % na izrednem študiju. 35 % jih je v prvem letniku, 53,6 v drugem letniku, 9,3 v tretjem letniku. Prevladujejo študenti zdravstvene nege in fizioterapije.

Postopek zbiranja in obdelave podatkov

Podatke smo zbrali s spletno anketo 1KA s pomočjo spletnega vprašalnika, razposlanega preko zdravstvenih ustanov in profesionalnih združenj po zimi 2024/2025. Analiza podatkov je bila izvedena v programu SPSS 27.0. Večina postavk je bila oblikovana na Likertovi lestvici (1–6 ali 1–4), dodatno pa so bile analizirane tudi binarne in nominalne spremenljivke.

Zaradi nenormalne porazdelitve (potrjeno s testoma Kolmogorov–Smirnov in Shapiro–Wilk) so bile uporabljene neparametrične metode: Kruskal–Wallisov test za preverjanje razlik med skupinami, dopolnjen z deskriptivno statistiko in analizami frekvenc. Podatki so ovrednoteni glede odstopanja od normalnosti s Kolmogorov–Smirnovim testom. Primerjava povprečnih rezultatov med kategorijami po demografskih spremenljivkah je bila izvedena s parametričnimi testi v primeru normalne porazdelitve (t -test, ANOVA). Sicer smo uporabili neparametrične teste (Mann–Whitneyjev U test in Kruskal–Wallisov test). Cronbachova alfa je bila izračunana v vsaki podlestvici, da smo lahko ocenili vpliv vsake na notranjo konsistentnost podlestvice. Spearmanovo korelacijo smo izvedli za oceno razmerja med podlestvicami. Za vse analize je bila uporabljena stopnja pomembnosti $< 0,05$. V primeru statistične pomembnosti so bile izvedene post hoc analize, da bi ugotovili demografske razlike med posameznimi skupinami. V tem poročilu predstavljamo zgolj ključne ugotovitve.

Etični vidik

Izvajalci zdravstvene nege so v raziskavi sodelovali prostovoljno in anonimno. Vsi pridobljeni podatki bodo varovani ter uporabljeni za izpolnitev vseh zastavljenih ciljev v okviru CRP projekta in za namene znanstvenih objav. Pri izvedbi raziskave bomo upoštevali vsa etična načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Za izvedbo raziskave je bilo pridobljeno etično soglasje Komisije za etiko v raziskavah, ki vključujejo delo z ljudmi Univerze v Novem mestu.

Rezultati

Rezultati anketiranja zdravstvenih delavcev in študentov so predstavljeni ločeno in po sklopih v anketnem vprašalniku. Pri tem predstavljamo delež respondentov, ki so izbrali posamezni odgovor (delež neodgovorov ni predstavljen).

ZDRAVSTVENI DELAVCI

I. VREDNOTENJE OSEBNIH STALIŠČ

Zdravstveni delavci so svoja osebna stališča do pacientov z motnjo v duševnem zdravju ocenjevali s pomočjo šeststopenjske Likertove lestvice (1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – bolj se ne strinjam kot strinjam, 4 – bolj se strinjam kot ne strinjam, 5 – se strinjam, 6 – popolnoma se strinjam). Rezultati vrednotenja so prikazani v Tabeli 1.

Tabela 1: Vrednotenje osebnih stališč do pacientov z motnjo v duševnem zdravju po šeststopenjski Likertovi lestvici

SN	Trditev	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	6 (%)	M	SD
1	Do živčnih zlomov običajno pride, ko ljudje preveč. delajo.	7,6	17,5	12,1	22,9	21,1	18,8	3,89	1,57
2	Duševna bolezen je bolezen kot vse druge.	9,0	8,5	10,8	17,0	29,6	25,1	4,25	1,58
3	Večina pacientov v psihiatričnih bolnišnicah ni nevarnih.	4,9	19,3	23,8	19,7	26,5	5,8	3,61	1,34
4	Čeprav se zdi, da so pacienti, odpuščeni iz psihiatričnih bolnišnic, v redu, se jim ne bi smelo dovoliti poročiti.	1,3	1,8	10,8	17,0	34,1	35,0	4,86	1,15
5	Če bi imeli starši bolj radi svoje otroke, bi bilo manj duševnih bolezni.	16,1	34,5	16,1	18,8	10,8	3,6	2,84	1,39
6	Preprosto je prepoznati nekoga, ki je nekoč imel resno duševno bolezen.	1,3	12,1	13,9	23,8	36,3	12,6	4,19	1,26
7	Pacienti z motnjo v duševnem zdravju pustijo da jim vladajo čustva, medtem, ko zdravi posamezniki razmišljajo.	11,2	16,6	23,3	23,3	19,7	5,8	3,41	1,41
8	Ljudje, ki so bili nekoč hospitalizirani v psihiatrični bolnišnici, niso nič bolj nevarni kot ostali ljudje.	2,2	13,5	15,7	20,6	30,9	17,0	4,16	1,37
9	Ko ima človek težave ali skrbi, je najbolje, da o tem ne razmišlja, ampak se ukvarja s prijetnejšimi stvarmi.	18,4	30,5	14,3	13,0	18,8	4,9	2,98	1,54
10	Čeprav se tega običajno ne zavedajo, veliko ljudi duševno zboli, da bi se izognili težavam vsakdanjega življenja.	17,9	19,3	20,2	22,0	18,8	1,8	3,10	1,43
11	Pacienti z motnjo v duševnem zdravju imajo nekaj, po čemer jih je enostavno ločiti od zdravih ljudi.	1,8	17,9	17,9	23,3	27,4	11,7	3,91	1,34
12	Čeprav se pacienti v psihiatričnih bolnišnicah obnašajo smešno, se jim ne smemo smejati.	2,2	0,9	3,6	15,7	25,1	52,5	5,18	1,13
13	Večina pacientov z motnjo v duševnem zdravju je pripravljena delati.	2,2	6,3	30,5	26,0	29,6	5,4	3,91	1,12
14	Pacientov v psihiatričnih bolnišnicah ne bi smeli obiskovati majhni otroci.	2,7	9,0	25,6	23,8	27,8	11,2	3,99	1,26
15	Ljudje, ki so uspešni pri svojem delu, le redko zbolijo za duševnimi boleznimi.	25,1	46,2	15,2	9,9	3,6	0	2,21	1,04
16	Ljudje ne bi duševno zboleli, če bi se izogibali slabim mislim.	19,7	24,2	13,5	19,3	18,8	4,5	3,07	1,55
17	Ljudje v psihiatričnih bolnišnicah so v marsičem podobni otrokom.	13,5	20,2	27,4	20,2	17,0	1,8	3,13	1,33
18	Več denarja od davkov bi morali porabiti za oskrbo in zdravljenje ljudi s hudimi duševnimi boleznimi.	3,6	8,5	15,2	22,0	34,1	16,6	4,24	1,33
19	Glede na simptomatiko bolezni se pacient z motnjo v duševnem zdravju razlikuje od ostalih pacientov, npr. kardiološkega.	3,6	8,5	9,9	16,1	43,5	18,4	4,43	1,33

20	Pacienti z motnjo v duševnem zdravju prihajajo iz družin, kjer so se starši malo zanimali za svoje otroke.	2,2	6,3	20,6	27,4	30,5	13,0	4,17	1,21
21	Ljudje z duševnimi boleznimi se ne smejo zdraviti v isti bolnišnici kot ljudje s fizičnimi boleznimi.	6,7	17,0	13,9	16,6	28,3	17,5	3,95	1,56
22	Vsakdo, ki se močno trudi izboljšati sebe, si zasluži spoštovanje drugih.	2,2	0,9	3,6	5,4	41,7	46,2	5,22	1,03
23	Če bi naše bolnišnice imele zelo dobro usposobljene zdravnike, medicinske sestre in pomožno osebje, bi se številni pacienti dovolj pozdravili, da bi živeli zunaj psihiatričnih bolnišnic.	7,2	17,9	19,7	22,9	22,4	9,9	3,65	1,44
24	Ženska bi bila neumna, če bi se poročila z moškim, ki ima hudo duševno bolezen, čeprav se zdi, da je popolnoma ozdravel.	1,3	7,2	21,5	22,0	31,8	16,1	4,24	1,24
25	Če bi otroke staršev z motnjo v duševnem zdravju vzgajali duševno zdravi starši, verjetno ti otroci ne bi duševno zboleli.	16,6	31,8	25,6	18,4	6,7	0,9	2,7	1,20
26	Ljudje, ki so bili pacienti v psihiatrični bolnišnici, ne bodo nikoli več takšni, kot so bili.	4	22,0	19,7	22,0	19,7	12,6	3,69	1,43
27	Veliko pacientov z motnjo v duševnem zdravju je sposobnih za kvalificirano delo ne glede na naravo motenj v duševnem zdravju.	2,7	8,5	24,7	26,0	30,5	7,6	3,96	1,20
28	Naše psihiatrične bolnišnice so bolj podobne zaporom kot mestom, kjer lahko ljudje z motnjo v duševnem zdravju prejmejo potrebno oskrbo.	9,4	26,0	28,7	19,3	11,7	4,9	3,13	1,32
29	Kdor je v bolnišnici zaradi duševne bolezni, ne bi smel voliti.	2,2	4,9	17,9	21,5	28,3	25,1	4,44	1,30
30	Duševna bolezen je pri mnogih ljudeh posledica ločitve ali razveze staršev v otroštvu.	15,2	35,0	22,4	20,6	4,5	2,2	2,71	1,21
31	Najboljši način za ravnanje s pacienti v psihiatričnih bolnišnicah je, da se jih drži za zaklenjenimi vrati.	0,4	5,4	6,7	13,0	39,5	35,0	4,91	1,14
32	Biti hospitaliziran v psihiatrični bolnišnici je enako neuspehu v resničnem življenju.	3,1	10,3	7,6	11,2	35,9	31,8	4,62	1,43
33	Pacienti v psihiatričnih bolnišnicah bi morali dobiti več prostora za zasebno uporabo.	2,7	11,7	23,3	29,1	24,7	8,5	3,87	1,23
34	Če pacient v psihiatrični bolnišnici koga udari, ga je treba kaznovati, da tega ne stori več.	13,9	29,6	23,3	24,2	7,2	1,8	2,87	1,24
35	Če bi otroke zdravih staršev vzgajali duševno bolni starši, bi verjetno postali duševno bolni.	1,3	6,3	19,7	22,4	36,8	13,5	4,27	1,19
36	Vsaka psihiatrična bolnišnica bi morala biti obdana z visokimi ograjami in imeti varnostno osebje.	2,2	8,5	14,8	14,3	37,7	22,4	4,44	1,33
37	Zakon bi moral ženski dovoliti, da se loči od moža, takoj ko je bil zaradi hude duševne bolezni zaprt v psihiatrični bolnišnici.	21,1	28,7	21,5	17,9	8,1	2,7	2,71	1,34
38	Ljudem, ki zaradi svoje duševne bolezni ne morejo delati, je treba dati denar za preživetje.	3,6	9,0	24,7	24,7	25,1	13,0	3,98	1,31
39	Duševna bolezen je običajno posledica neke bolezni živčnega sistema.	6,3	22,9	27,4	21,1	20,6	1,8	3,32	1,26

40	Kakor koli pogledate, ljudje s hudimi duševnimi boleznimi niso več pravi ljudje.	2,2	14,8	13,9	20,2	28,3	20,6	4,19	1,42
41	Večini žensk, ki so bile nekoč pacientke v duševni bolnišnici, bi lahko zaupali, da bi delale kot varuške.	14,8	25,6	30,5	18,8	9,4	0,9	2,85	1,22
42	Večini pacientov v psihiatričnih bolnišnicah je vseeno, kako so videti.	3,1	34,1	22,9	18,8	17,9	3,1	3,24	1,23
43	Visokošolski profesorji imajo večjo verjetnost, da bodo duševno zboleli, kot poslovneži.	21,1	47,5	23,8	4,9	2,7	0	2,21	0,92
44	Mnogi ljudje, ki še nikoli niso bili hospitalizirani v psihiatrični bolnišnici, so bolj bolni kot številni pacienti z motnjo v duševnem zdravju, ki so bili hospitalizirani.	5,8	18,8	23,3	27,8	20,6	3,6	3,49	1,27
45	Čeprav se nekateri pacienti z motnjo v duševnem zdravju zdijo v redu, je nevarno vsaj za trenutek pozabiti, da trpijo za duševno boleznijo.	6,7	22,9	22,0	21,1	22,9	4,5	3,44	1,36
46	Včasih je duševna bolezen kazen za slaba dejanja.	0,0	6,7	13,9	12,6	32,3	34,5	4,74	1,26
47	Naše psihiatrične bolnišnice bi morale biti organizirane tako, da bi se pacient počutil tako, kot da živi doma.	3,6	4,5	15,2	26,0	33,6	17,0	4,33	1,25
48	Eden glavnih vzrokov za duševne bolezni je pomanjkanje moralne moči ali volje.	6,7	26,5	20,2	13,9	22,4	10,3	3,5	1,50
49	Za paciente v psihiatrični bolnišnici je mogoče storiti le malo, razen poskrbeti, da jim je udobno in da so dobro nahranjeni.	1,8	6,7	10,3	15,2	38,1	27,8	4,65	1,27
50	Mnogi pacienti z motnjo v duševnem zdravju bi ostali v bolnišnici, dokler ne bi ozdraveli, tudi če bi bila vrata odklenjena.	7,6	13,9	30,9	24,7	20,2	2,7	3,44	1,25

1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – bolj se ne strinjam kot strinjam, 4 – bolj se strinjam kot ne strinjam, 5 – se strinjam, 6 – popolnoma se strinjam

Najvišja stopnja strinjanja je bila pri trditvah: »Vsakdo, ki se močno trudi izboljšati sebe, si zasluži spoštovanje drugih« (5,22), »Čeprav se pacienti v psihiatričnih bolnišnicah obnašajo smešno, se jim ne smemo smejati.« (5,15), »Najboljši način za ravnanje s pacienti v psihiatričnih bolnišnicah je, da se jih drži za zaklenjenimi vrati.« (4,91), »Čeprav se zdi, da so pacienti, odpušteni iz psihiatričnih bolnišnic v redu, se jim ne bi smelo,« (4,86), »Včasih je duševna bolezen kazen za slaba dejanja.« (4,74).

Najnižja stopnja strinjanja je bila pri trditvah: »Ljudje, ki so uspešni pri svojem delu, le redko zbolijo za duševnimi boleznimi.« (2,21), »Če bi otroke staršev z motnjo v duševnem zdravju vzgajali duševno zdravi starši, verjetno ti otroci ne bi duševno zboleli.« (2,71) in »Duševna bolezen je pri mnogih ljudeh posledica ločitve ali razveze staršev v otroštvu.« (2,71).

II. OCENA STOPNJE PRIPRAVLJENOSTI NA SPECIFIČNE SITUACIJE

Rezultati samoocene zdravstvenih delavcev glede stopnje pripravljenosti, merjene s štiristopenjsko lestvico (1 – absolutno nepripravljen, 2 – precej nepripravljen, 3 – delno pripravljen, 4 – absolutno pripravljen), so predstavljeni v Tabeli 2.

Tabela 2: Ocena stopnje pripravljenosti na specifične situacije

Vprašanje	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	M	SD
-----------	-------	-------	-------	-------	---	----

1	Ste pripravljeni dati sobo v vašem domu v najem osebi z motnjo v duševnem zdravju oziroma duševno boleznijo?	19,7	41,7	20,6	17,9	2,37	0,99
2	Ste pripravljeni delati z osebo z motnjo v duševnem zdravju oziroma duševno boleznijo?	6,3	22,0	39,5	32,3	2,98	0,89
3	Ste pripravljeni imeti za soseda nekoga z motnjo v duševnem zdravju oziroma duševno boleznijo?	4,9	27,8	33,2	34,1	2,96	0,81
4	Kako ste pripravljeni na to, da bi skrb za svoje otroke zaupali nekomu z motnjo v duševnem zdravju oziroma duševno boleznijo?	48,9	35,0	13,0	3,1	1,7	0,99
5	Kako pripravljeni ste na to, da bi se vaši otroci (ne glede na to, ali jih imate ali ne) poročili z osebo z motnjo v duševnem zdravju oziroma duševno boleznijo?	26,5	36,8	23,8	13,00	2,23	0,97
6	Kako pripravljeni ste na to, da bi nekoga z motnjo v duševnem zdravju oziroma duševno boleznijo predstavili svojim prijateljem?	10,8	31,8	31,8	25,6	2,72	0,97
7	Ste pripravljeni predstaviti nekoga z motnjo v duševnem zdravju oziroma duševno boleznijo in ga priporočiti za delo nekomu, ki ga poznate?	16,1	35,0	32,7	16,1	2,49	0,95

1 – absolutno nepripravljen, 2 – precej nepripravljen, 3 – delno pripravljen, 4 – absolutno pripravljen

Pri vseh navedenih situacijah je bila povprečna stopnja pripravljenosti anketiranih zdravstvenih delavcev nižja od vrednosti 3 (»delno pripravljen«). Najvišja stopnja pripravljenosti je bila izražena pri trditvi »Za delo z osebo z motnjo v duševnem zdravju« (2,98) ter pri trditvi »Da bi imeli za soseda osebo z motnjo v duševnem zdravju« (2,96), kar kaže na delno pripravljenost. Najnižja povprečna ocena – pod ravni »precej nepripravljen« (1,7) – je bila zabeležena pri vprašanju »Kako pripravljeni ste na to, da bi skrb za svoje otroke zaupali nekomu z motnjo v duševnem zdravju oziroma duševno boleznijo?«.

Zdravstveni delavci so opredelili svojo specifično osebno situacijo z izbiro navedenih trditev na način označitve z DA pri izjavah, ki veljajo za njih, in z NE, če izjava za njih ne velja). Ugotovitve so predstavljene v tabeli 3:

Tabela 3: Opredelitev specifične osebne situacije

	Trditve	1-da (%)	2-ne (%)
1	Nikoli nisem opazoval osebe, za katero sem vedel, da ima duševno bolezen.	52,5	47,5
2	Opazoval sem osebo, za katero verjamem, da je morda imela duševno bolezen.	70,4	29,6
3	Gledal sem film ali televizijsko oddajo, v kateri je lik upodobil osebo z duševno boleznijo.	90,6	9,4
4	Gledal sem dokumentarec o duševnih boleznih.	77,1	22,9
5	Pogosto sem opazoval osebe z duševno boleznijo.	55,6	44,4
6	Na delovnem mestu sem delal z osebo, ki je imela duševno bolezen.	66,4	33,6
7	Med izobraževanjem sem opravil tečaj v zvezi z duševnimi boleznimi.	45,3	54,7
8	Moje delo vključuje zagotavljanje storitev/zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi.	52,9	47,1
9	Družinski prijatelj ima duševno bolezen.	47,1	52,9
10	Imam sorodnika, ki ima motnjo v duševnem zdravju	36,8	63,2
11	Živim z osebo, ki ima motnjo v duševnem zdravju oziroma duševno bolezen.	16,6	83,4
12	Imam motnjo v duševnem zdravju oziroma duševno bolezen.	7,6	92,4

Največji delež anketirancev (90,6 %) je poročal, da je že gledal film ali televizijsko oddajo, v kateri je bil upodobljen lik z duševno boleznijo, oziroma dokumentarni film o duševnih boleznih (77,1 %). Skupno 7,6 % anketiranih je navedlo, da imajo sami motnjo v duševnem zdravju, 16,6 % živi z osebo z motnjo v duševnem zdravju, 36,8 % pa ima sorodnika z motnjo v duševnem zdravju. Poleg tega je 66,6 % anketiranih že delalo z osebami z motnjo v duševnem zdravju, približno polovica (52,9 %) pa trenutno izvaja storitve za to populacijo.

III. OCENA STANJA PO ŠESTOPENSKI LIKERTOVI LESTVICI

Zdravstveni delavci so ocenjevali stališča s pomočjo šeststopenjske Likertove lestvice (1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – bolj se ne strinjam kot strinjam, 4 – bolj se strinjam kot ne strinjam, 5 – se strinjam, 6 – popolnoma se strinjam). Rezultati so predstavljeni v Tabeli 4.

Tabela 4: Ocena stanja na področju pojavnosti stigme

	Trditve	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	6 (%)	M	SD
1	Duševno zdravje je v družbi pogosto tabu tema, ki se ji sogovorniki izogibajo.	1,8	4,9	6,7	19,7	39,9	26,9	4,72	1,18
2	Zaradi strahu pred razkrivanjem ali pa zaradi pomanjkanja informacij o duševnih motnjah se lahko ustvarijo številna zmotna prepričanja.	0,9	1,3	3,1	14,3	48,9	31,4	5,03	0,92
3	Preko bližnjega stika z ljudmi z duševnimi motnjami lahko najbolj učinkovito odpravimo mite in neresnice o motnjah v duševnem zdravju ali duševnih stiskah.	0,9	2,2	9,0	24,7	37,7	25,6	4,73	1,07
4	Preko bližnjega stika z ljudmi z duševnimi motnjami lahko najbolj učinkovito odpravimo mite in neresnice o motnjah v duševnem zdravju ali duševnih stiskah.	0,9	0,4	7,6	22	47,5	21,5	4,79	0,94
5	V zdravstveni dejavnosti se borimo proti stigmatizaciji duševnih motenj.	1,3	2,7	9,9	23,8	45,3	17,0	4,60	1,05
6	V zdravstveni dejavnosti prisluhnemo osebam in njihovim izpovedim o soočanju z motnjo v duševnem zdravju.	0,4	4,5	10,8	20,6	47,5	16,1	4,19	1,05
7	Med izobraževanjem za poklice v zdravstvu se naučimo prepoznavati zmotna prepričanja in neresnice o motnjah v duševnem zdravju.	1,8	10,8	17,5	26,9	30,0	13,0	4,12	1,26
8	V zdravstveni dejavnosti smo pogosto nosilci stereotipov in predsodkov o pacientih z motnjo v duševnem zdravju.	4,5	22,4	26,0	25,6	17,5	4,0	3,41	1,25
9	V zdravstveni dejavnosti pogosto stigmatiziramo paciente z motnjo v duševnem zdravju.	3,6	13,9	24,7	28,3	25,6	4,0	3,70	1,21
10	V zdravstveni dejavnosti bolj pogosto diskriminiramo paciente zaradi motenj v duševnem zdravju kot na drugih področjih družbene dejavnosti.	1,3	10,8	21,1	31,4	29,6	5,8	3,95	1,14
11	V zdravstveni dejavnosti paciente iz marginalnih ali ranljivih skupin prebivalstva pogosto negativno diskriminiramo.	3,6	14,8	26,9	22,4	26,5	5,8	3,71	1,27
12	Paciente z motnjo v duševnem zdravju iz marginalnih ali ranljivih skupin prebivalstva obravnavamo bolj diskriminatorno v negativnem smislu glede na ostale paciente z motnjo v duševnem zdravju.	2,7	14,8	22,9	25,6	27,4	6,7	3,80	1,25
13	Marginalizirani ali ranljivi pacienti z motnjo v duševnem zdravju so s strani zdravstvenih delavcev zaradi strahu pogosto pozitivno diskriminirani glede na ostale paciente.	1,8	16,6	25,1	33,6	19,3	3,6	3,63	1,13
14	V zdravstveni dejavnosti so vsi pacienti ne glede na naravo bolezni obravnavani enakopravno.	4,5	9,0	23,3	24,7	27,8	10,8	3,95	1,31

1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – bolj se ne strinjam kot strinjam, 4 – bolj se strinjam kot ne strinjam, 5 – se strinjam, 6 – popolnoma se strinjam

Povprečna stopnja strinjanja z vsemi trditvami je bila višja od vrednosti 3,41, kar je bilo ugotovljeno pri navedbi »V zdravstveni dejavnosti smo pogosto nosilci stereotipov in predsodkov o pacientih z motnjo v duševnem

zdravju.« Najvišja povprečna ocena stopnje strinjanja je bila dosežena pri trditvi »Zaradi strahu pred razkrivanjem ali pa zaradi pomanjkanja informacij o duševnih motnjah se lahko ustvarijo številna zmotna prepričanja.« (5,03).

Ocene zdravstvenih delavcev o pogostosti pristranskosti oziroma diskriminatornega ravnanja zdravstvenih (so)delavcev pri obravnavi pacientov iz marginalnih skupin zaradi težav v duševnem zdravju so bile podane na štiristopenjski lestvici (1 – ni prisotno, 2 – občasno prisotno, 3 – precej prisotno, 4 – pogosto prisotno). Rezultati so predstavljeni v Tabeli 5.

Tabela 5: Ocena zdravstvenih delavcev po področjih

	Trditev	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	M	SD
1	Promocija duševnega zdravja	10,3	52,5	12,1	9,9	2,74	1,4
2	Preventiva duševnih motenj	14,8	48,4	11,7	25,1	2,80	1,58
3	Diagnostika motenj v duševnem zdravju	16,1	48,0	11,2	24,7	2,70	1,50
4	Zdravljenje motenj v duševnem zdravju	9,4	46,2	18,8	46,2	2,85	1,41
5	Rehabilitacija zaradi motenj v duševnem zdravju	12,6	49,3	13,5	24,7	2,73	1,36
6	Reintegracija in ponovna vključitev v skupnosti	8,5	52	14,8	24,6	2,78	1,38
7	V otroških in šolskih dispanzerjih	20,2	45,3	13,9	21,6	2,49	1,31
8	V ambulantah družinske medicine	13,9	52,9	15,7	9,4	2,47	1,16
9	V patronažni službi.	18,4	40,8	27,4	15,4	2,41	1,06
10	Na področju medicine dela	17,0	50,7	50,7	11,6	2,31	0,98
11	Pri ambulantni obravnavi na področju ginekologije	19,3	45,3	21,5	13,8	2,35	1,05
12	V specialističnih ambulantah	17,5	57,4	13,9	11,2	2,23	0,97
13	V bolnišnični obravnavi	13,0	49,8	21,1	16,1	2,45	1,02
14	V porodnišnicah	15,7	43,5	22,4	18,3	2,55	1,19
15	V psihiatričnih bolnišnicah	24,7	44,4	14,3	16,6	2,23	1,0

1 – ni prisotno, 2 – občasno prisotno, 3 – precej prisotno, 4 – pogosto prisotno

Zdravstveni delavci so stopnjo pristranskosti oziroma diskriminatornega ravnanja v povprečju ocenili višje kot »občasno prisotno« (2) in bližje stopnji »precej prisotno« (3). Najvišja povprečna ocena je bila zabeležena na področju zdravljenja duševnih motenj (2,85), najnižja pa na področju psihiatričnih bolnišnic (2,23).

Ocene o prisotnosti diskriminatornega ravnanja zdravstvenih (so)delavcev pri obravnavi pacientov iz marginalnih skupin zaradi težav v duševnem zdravju so bile podane na štiristopenjski lestvici (1 – ni prisotno, 2 – občasno prisotno, 3 – precej prisotno, 4 – pogosto prisotno). Rezultati so predstavljeni v Tabeli 6.

Tabela 6: Ocena prisotnosti diskriminatornega ravnanja zdravstvenih (so)delavcev pri zdravstveni obravnavi pacientov iz posameznih marginalnih skupin zaradi težav na področju duševnega zdravja

		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	M	SD
1	Starejši pacienti	20,6	57,4	15,2	6,7	2,8	0,79
2	Romi	9,0	32,3	32,3	26,5	2,76	0,95
3	Priseljenci, tuje govoreči	10,3	42,6	30,5	16,6	2,53	0,89
4	Osebe z različnimi oblikami invalidnosti	22,0	54,7	19,7	3,6	2,05	0,75
5	Socialno-ekonomsko prikrajšani posamezniki	19,3	49,3	19,7	11,7	2,24	0,89
6	Zaporniki	9,9	40,4	33,6	16,1	2,56	0,88
7	Brezdomci	9,9	41,3	30,5	18,4	2,57	0,90
8	Spolni delavci	14,8	39	27,8	18,4	2,50	0,97
9	Istospolno usmerjeni	16,1	43,9	30,5	9,4	2,33	0,96
10	Vinjeni ali odvisni od alkohola	5,4	37,7	35,4	21,5	2,73	0,9

11	Ovisniki od prepovedanih drog	4,5	37,7	33,6	24,2	2,78	0,87
12	Osebe brez zdravstvenega zavarovanja	26,0	53,4	16,6	4	1,99	0,77

1 – ni prisotno, 2 – občasno prisotno, 3 – precej prisotno, 4 – pogosto prisotno

Ocene prisotnosti pristranskosti oziroma diskriminatornega ravnanja se gibljejo med vrednostma 2 (občasno prisotno) in 3 (precej prisotno). Najnižja povprečna ocena je bila zabeležena pri obravnavi oseb brez zdravstvenega zavarovanja (1,99), najvišja pa pri obravnavi starejših pacientov (2,8). Tem sledijo odvisniki od prepovedanih drog (2,78) in pripadniki romske skupnosti (2,76).

IV. SAMOOCENA

Anketirani so označili odgovor, ki je po njihovem mnenju najbolje odražal njihovo seznanjenost z vsebinami stigme v času izobraževanja (Tabela 7). Več kot polovica anketiranih (52,5 %) je navedla, da so bili s tematiko delno seznanjeni že v času formalnega izobraževanja. Ena petina udeležencev je poročala, da se s področjem ni srečala, več kot četrtnina pa je navedla, da so bili s tematiko v celoti seznanjeni že v času formalnega izobraževanja za poklic.

Tabela 7: Seznanitev med izobraževanjem

	Trditev	Delež (%)
a)	S stereotipi, predsodki, stigmatizacijo, pristranskostjo in diskriminacijo se nisem seznanil med formalnim izobraževanjem in usposabljanjem za poklic.	19,6 %
b)	S stereotipi, predsodki, stigmatizacijo, pristranskostjo in diskriminacijo sem se delno seznanil že med formalnim izobraževanjem in usposabljanjem za poklic	44,8 %
c)	S stereotipi, predsodki, stigmatizacijo, pristranskostjo in marginalizacijo sem se dobro seznanil med formalnim izobraževanjem in usposabljanjem za poklic.	32,5 %

Anketirani so označili odgovor, ki najbolj drži za njih glede seznanitve z vsebinami stigme med delom pri delodajalcu (Tabela 8).

Tabela 8: Seznanitev pri delodajalcu

	Trditev	Delež
a)	Nisem bil deležen nobenih izobraževanj/usposabljanj o stigmi, stereotipih in predsodkih, pristranskostih in diskriminacije v času zaposlenosti pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti.	35,9 %
b)	Sem že bil udeležen na izobraževanjih/usposabljanjih o stigmi, stereotipih in predsodkih, pristranskostih in diskriminacije v času zaposlenosti pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, vendar ne dovolj.	52 %
c)	Sem redno na izobraževanjih/usposabljanjih o stigmi, stereotipih in predsodkih, pristranskostih in diskriminacije v času zaposlenosti pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti.	12,1 %

Več kot polovica (52 %) jih je že bilo udeleženih pri izobraževanjih/usposabljanjih o stigmi, stereotipih in predsodkih, pristranskostih in diskriminacije v času zaposlenosti pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti. Več kot tretjina pa takega izobraževanja še ni bila deležna.

Največ jih je ocenilo, da nimajo predsodkov do oseb z motnjo v duševnem zdravju (42,2 %), skoraj 10 % jih o svoji predsodkih še ni razmišljal (Tabela 9).

Tabela 9: Stopnja samozavedanja svojih predsodkov do oseb z motnjo v duševnem zdravju

	Trditev	Delež
a)	Nisem še razmišljal o svojih predsodkih.	9,4 %
b)	Nimam predsodkov do oseb z motnjo v duševnem zdravju.	42,2 %

c)	Se ne zavedam svojih predsodkov do oseb z motnjo v duševnem zdravju.	11,2 %
d)	Se delno zavedam svojih predsodkov do oseb z motnjo v duševnem zdravju.	23,8 %
e)	Se zavedam svojih predsodkov do oseb z motnjo v duševnem zdravju.	13 %
f)	Imam predsodke do oseb z motnjo v duševnem zdravju.	0,4 %

Skoraj polovica (42,6 %) jih ocenjuje, da pri svojem delu niso pristranski ali diskriminatorni pri ravnanju na delovnem mestu do oseb z motnjo v duševnem zdravju (Tabela 10).

Tabela 10: Stopnja zavedanja prisotnosti svoje pristranskosti in diskriminatornega ravnanja do oseb z motnjo na področju duševnega zdravja zaradi predsodkov

	Trditev	Delež
a)	Nisem še razmišljal o svojih pristranskosti/diskriminatornem ravnanju na delovnem mestu do oseb z motnjo v duševnem zdravju.	11,7 %
b)	Nisem pristranski ali diskriminatoren pri ravnanju na delovnem mestu do oseb z motnjo v duševnem zdravju.	42,6 %
c)	Se ne zavedam, da sem pristranski ali diskriminatoren pri ravnanju na delovnem mestu do oseb z motnjo v duševnem zdravju.	13,5 %
d)	Se delno zavedam, da sem kdaj pristranski ali diskriminatoren pri ravnanju na delovnem mestu do oseb z motnjo v duševnem zdravju.	20,6 %
e)	Se zavedam, da sem kdaj pristranski ali diskriminatoren pri ravnanju na delovnem mestu do oseb z motnjo v duševnem zdravju.	11,6 %
f)	Sem vedno pristranski ali diskriminatoren pri ravnanju na delovnem mestu do oseb z motnjo v duševnem zdravju.	0 %

ŠTUDENTI

I. VREDNOTENJE OSEBNIH STALIŠČ PRI ŠTUDENTIH

Študenti so svoja osebna stališča ocenjevali s pomočjo šeststopenjske Likertove lestvice (1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – bolj se ne strinjam kot strinjam, 4 – bolj se strinjam kot ne strinjam, 5 – se strinjam, 6 – popolnoma se strinjam). Rezultati vrednotenja so prikazani v Tabeli 11.

Tabela 11: Vrednotenje osebnih stališč do pacientov z motnjo v duševnem zdravju po šeststopenjski Likertovi lestvici

SN	Trditev	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	6 (%)	M	SD
1	Do živčnih zlomov običajno pride, ko ljudje preveč delajo.	4,6	4,1	13,4	27,8	36,1	12,9	4,21	1,35
2	Duševna bolezen je bolezen kot vse druge.	9,3	13,9	7,7	14,4	26,8	26,8	4,12	1,75
3	Večina pacientov v psihiatričnih bolnišnicah ni nevarnih.	8,8	10,8	23,2	33,5	19,1	3,6	3,5	1,34
4	Čeprav se zdi, da so pacienti, odpuščeni iz psihiatričnih bolnišnic, v redu, se jim ne bi smelo dovoliti poročiti.	33,0	40,7	17,0	5,2	2,1	1,0	2,02	1,08
5	Če bi imeli starši bolj radi svoje otroke, bi bilo manj duševnih bolezni.	12,4	21,1	20,6	24,7	14,9	5,2	3,20	1,08
6	Preprosto je prepoznati nekoga, ki je nekoč imel resno duševno bolezen.	12,4	33	25,3	20,1	6,7	1,5	2,76	1,47

7	Pacienti z motnjo v duševnem zdravju pustijo, da jim vladajo čustva, medtem ko zdravi posamezniki razmišljajo.	9,8	15,5	24,7	26,8	20,6	1,5	3,34	1,25
8	Ljudje, ki so bili nekoč hospitalizirani v psihiatrični bolnišnici, niso nič bolj nevarni kot ostali ljudje.	2,1	77	19,6	23,2	31,4	14,9	4,15	1,36
9	Ko ima človek težave ali skrbi, je najbolje, da o tem ne razmišlja, ampak se ukvarja s prijetnejšimi stvarmi.	20,6	31,4	18	16	10,8	2,1	2,67	1,41
10	Čeprav se tega običajno ne zavedajo, veliko ljudi duševno zboli, da bi se izognili težavam vsakdanjega življenja.	11,3	21,6	19,6	24,2	18	4,1	3,24	1,46
11	Pacienti z motnjo v duševnem zdravju imajo nekaj, po čemer jih je enostavno ločiti od zdravih ljudi.	12,9	23,7	25,3	27,3	8,2	1,0	2,91	1,3
12	Čeprav se pacienti v psihiatričnih bolnišnicah obnašajo smešno, se jim ne smemo smejati.	4,6	1,5	2,6	12,4	28,9	48,5	4,98	1,47
13	Večina pacientov z motnjo v duševnem zdravju je pripravljena delati.	2,6	9,3	25,3	8,1	16,5	6,7	3,71	1,26
14	Pacientov v psihiatričnih bolnišnicah ne bi smeli obiskovati majhni otroci.	14,4	26,3	21,6	22,7	10,3	2,6	2,88	1,43
15	Ljudje, ki so uspešni pri svojem delu, le redko zbolijo za duševnimi boleznimi.	23,7	41,2	17,0	10,8	3,1	1	2,19	1,24
16	Ljudje ne bi duševno zboleli, če bi se izogibali slabim mislim.	17,5	30,9	22,7	16,5	7,7	2,6	2,65	1,39
17	Ljudje v psihiatričnih bolnišnicah so v marsičem podobni otrokom.	6,2	23,7	25,8	30,9	9,8	1,5	3,11	1,29
18	Več denarja od davkov bi morali porabiti za oskrbo in zdravljenje ljudi s hudimi duševnimi boleznimi.	2,6	5,7	17,0	27,3	32	13,4	4,12	1,41
19	Glede na simptomatiko bolezni se pacient z motnjo v duševnem zdravju razlikuje od ostalih pacientov, npr. kardiološkega.	2,1	8,2	9,8	23,7	39,7	14,4	4,26	1,43
20	Pacienti z motnjo v duševnem zdravju prihajajo iz družin, kjer so se starši malo zanimali za svoje otroke.	6,7	21,1	25,8	31,4	11,3	1,5	3,16	1,3
21	Ljudje z duševnimi boleznimi se ne smejo zdraviti v isti bolnišnici kot ljudje s fizičnimi boleznimi.	10,8	25,8	13,4	20,6	20,6	6,7	3,26	1,6
22	Vsakdo, ki se močno trudi izboljšati sebe, si zasluži spoštovanje drugih.	2,1	2,6	3,1	16,0	28,4	45,9	4,95	1,43
23	Če bi naše bolnišnice imele zelo dobro usposobljene zdravnike, medicinske sestre in pomožno osebje, bi se številni pacienti dovolj pozdravili, da bi živeli zunaj psihiatričnih bolnišnic.	5,7	13,4	20,6	29,4	21,1	7,7	3,62	1,47
24	Ženska bi bila neumna, če bi se poročila z moškim, ki ima hudo duševno bolezen, čeprav se zdi, da je popolnoma ozdravel.	18	32	22	18	6,7	1	2,58	1,32
25	Če bi otroke staršev z motnjo v duševnem zdravju vzgajali duševno zdravi starši, verjetno ti otroci ne bi duševno zboleli.	8,2	26,3	27,3	26,8	6,7	2,6	2,97	1,3
26	Ljudje, ki so bili pacienti v psihiatrični bolnišnici, ne bodo nikoli več takšni, kot so bili.	4,6	34,5	17,5	26,3	10,3	4,1	3,05	1,41

27	Veliko pacientov z motnjo v duševnem zdravju je sposobnih za kvalificirano delo ne glede na naravo motenj v duševnem zdravju.	1,5	11,3	24,7	36,6	19,6	4,1	3,65	1,27
28	Naše psihiatrične bolnišnice so bolj podobne zaporom kot mestom, kjer lahko ljudje z motnjo v duševnem zdravju prejmejo potrebno oskrbo.	6,2	25,8	26,3	25,8	11,3	2,6	3,1	1,33
29	Kdor je v bolnišnici zaradi duševne bolezni, ne bi smel voliti.	13,4	32,5	18,6	21,6	8,2	3,1	2,78	1,44
30	Duševna bolezen je pri mnogih ljudeh posledica ločitve ali razveze staršev v otroštvu.	5,7	24,7	25,3	27,3	11,3	3,6	3,16	1,36
31	Najboljši način za ravnanje s pacienti v psihiatričnih bolnišnicah je, da se jih drži za zaklenjenimi vrati.	25,8	42,3	19,6	7,2	1,5	0,5	2,06	1,1
32	Biti hospitaliziran v psihiatrični bolnišnici je enako neuspehu v resničnem življenju.	24,7	38,1	15,5	14,4	2,1	1,5	2,21	1,3
33	Pacienti v psihiatričnih bolnišnicah bi morali dobiti več prostora za zasebno uporabo.	3,1	7,2	21,1	34	24,7	6,2	3,74	1,46
34	Če pacient v psihiatrični bolnišnici koga udari, ga je treba kaznovati, da tega ne stori več.	11,3	22,7	19,1	29,4	10,3	3,6	3,01	1,52
35	Če bi otroke zdravih staršev vzgajali duševno bolni starši, bi verjetno postali duševno bolni.	8,8	26,8	22,2	29,9	6,2	2,6	2,91	1,41
36	Vsaka psihiatrična bolnišnica bi morala biti obdana z visokimi ograjami in imeti varnostno osebje.	12,9	24,7	17,5	21,1	15,5	4,6	3,01	1,61
37	Zakon bi moral ženski dovoliti, da se loči od moža, takoj ko je bil zaradi hude duševne bolezni zaprt v psihiatrični bolnišnici.	11,3	28,4	26,8	20,1	6,2	3,1	2,74	1,44
38	Ljudem, ki zaradi svoje duševne bolezni ne morejo delati, je treba dati denar za preživetje.	2,1	7,2	18,0	25,8	31,4	11,9	3,98	1,54
39	Duševna bolezen je običajno posledica neke bolezni živčnega sistema.	3,6	22,7	26,8	26,8	14,9	1,5	3,17	1,4
40	Kakor koli pogledate, ljudje s hudimi duševnimi boleznimi niso več pravi ljudje.	23,2	28,9	17,5	19,1	6,2	1,5	2,46	1,45
41	Večini žensk, ki so bile nekoč pacientke v duševni bolnišnici, bi lahko zaupali, da bi delale kot varuške.	8,8	26,8	37,1	17,5	4,6	1,5	2,73	1,28
42	Večini pacientov v psihiatričnih bolnišnicah je vseeno, kako so videti.	4,1	26,8	26,8	25,3	10,8	2,6	3,05	1,39
43	Visokošolski profesorji imajo večjo verjetnost, da bodo duševno zboleli, kot poslovneži.	11,3	37,6	29,4	11,3	5,2	1,5	2,52	1,28
44	Mnogi ljudje, ki še nikoli niso bili hospitalizirani v psihiatrični bolnišnici, so bolj bolni kot številni pacienti z motnjo v duševnem zdravju, ki so bili hospitalizirani.	5,7	20,1	25,8	22,7	18,0	4,1	3,25	1,51
45	Čeprav se nekateri pacienti z motnjo v duševnem zdravju zdijo v redu, je nevarno vsaj za trenutek pozabiti, da trpijo za duševno boleznijo.	6,7	16,5	29,4	22,7	16,5	4,1	3,22	1,52
46	Včasih je duševna bolezen kazen za slaba dejanja.	33	28,4	15,5	12,4	7,2	0	2,18	1,39

47	Naše psihiatrične bolnišnice bi morale biti organizirane tako, da bi se pacient počutil tako, kot da živi doma.	3,1	7,2	14,9	26,8	33,5	11,3	4,02	1,51
48	Eden glavnih vzrokov za duševne bolezni je pomanjkanje moralne moči ali volje.	11,9	18,0	20,1	23,7	19,6	3,6	3,2	1,57
49	Za paciente v psihiatrični bolnišnici je mogoče storiti le malo, razen poskrbeti, da jim je udobno in da so dobro nahranjeni.	21,1	33,5	19,6	16,0	6,7	0	2,41	1,3
50	Mnogi pacienti z motnjo v duševnem zdravju bi ostali v bolnišnici, dokler ne bi ozdraveli, tudi če bi bila vrata odklenjena.	4,6	23,7	29,9	25,3	10,8	2,6	3,09	1,36

1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – bolj se ne strinjam kot strinjam, 4 – bolj se strinjam kot ne strinjam, 5 – se strinjam, 6 – popolnoma se strinjam

Najvišja povprečna stopnja strinjanja je bila dosežena pri trditvah: »Vsakdo, ki se močno trudi izboljšati sebe, si zasluži spoštovanje drugih« (4,95) ter »Čeprav se pacienti v psihiatričnih bolnišnicah obnašajo smešno, se jim ne smemo smejati« (4,98).

Najnižja povprečna stopnja strinjanja pa je bila ugotovljena pri trditvah: »Najboljši način za ravnanje s pacienti v psihiatričnih bolnišnicah je, da se jih drži za zaklenjenimi vrati« (2,06) in »Čeprav se zdi, da so pacienti, odpuščeni iz psihiatričnih bolnišnic, v redu, se jim ne bi smelo dovoliti poročiti« (2,02).

II. OCENA STOPNJE PRIPRAVLJENOSTI NA SPECIFIČNE SITUACIJE

Rezultati samoocene študentov glede stopnje pripravljenosti, merjene s štiristopenjsko lestvico (1 – absolutno nepripravljen, 2 – precej nepripravljen, 3 – delno pripravljen, 4 – absolutno pripravljen), so predstavljeni v Tabeli 12.

Tabela 12: Ocena stopnje pripravljenosti na specifične situacije

	Vprašanje	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	M	SD
1	Ste pripravljeni dati sobo v vašem domu v najem osebi z motnjo v duševnem zdravju oziroma duševno boleznijo?	31,4	35,1	26,8	3,6	1,93	1
2	Ste pripravljeni delati z osebo z motnjo v duševnem zdravju oziroma duševno boleznijo?	5,7	13,9	53,1	23,7	2,84	1,08
3	Ste pripravljeni imeti za soseda nekoga z motnjo v duševnem zdravju oziroma duševno boleznijo?	6,2	18,0	45,4	27,3	2,85	1,09
4	Kako ste pripravljeni na to, da bi skrb za svoje otroke zaupali nekemu z motnjo v duševnem zdravju oziroma duševno boleznijo?	44,3	37,1	13,4	1,5	1,61	0,91
5	Kako pripravljeni ste na to, da bi se vaši otroci (ne glede na to, ali jih imate ali ne) poročili z osebo z motnjo v duševnem zdravju oziroma duševno boleznijo?	21,6	40,2	27,3	7,7	2,12	1,03
6	Kako pripravljeni ste na to, da bi nekoga z motnjo v duševnem zdravju oziroma duševno boleznijo predstavili svojim prijateljem?	5,2	19,1	38,7	34	2,92	1,11
7	Ste pripravljeni predstaviti nekoga z motnjo v duševnem zdravju oziroma duševno boleznijo in ga priporočiti za delo nekemu, ki ga poznate?	8,8	35,1	36,6	16,0	2,49	1,09

1 – absolutno nepripravljen, 2 – precej nepripravljen, 3 – delno pripravljen, 4 – absolutno pripravljen

Pri vseh navedenih situacijah je bila povprečna stopnja pripravljenosti študentov nižja od ravni 3 (»delno pripravljen«). Najvišja ocena pripravljenosti je bila dosežena pri vprašanju »Kako pripravljeni ste, da bi osebo z

motnjo v duševnem zdravju oziroma duševno boleznijo predstavili svojim prijateljem?» (2,92). Najnižja ocena pripravljenosti, pod ravni »precej nepripravljen« (1,61), pa je bila zabeležena pri vprašanju »Kako pripravljeni ste, da bi skrb za svoje otroke zaupali osebi z motnjo v duševnem zdravju oziroma duševno boleznijo?«.

Študenti so opredelili svojo specifično osebno situacijo z izbiro navedenih trditev, in sicer tako, da so pri izjavah, ki zanje veljajo, označili odgovor »DA«, pri izjavah, ki zanje ne veljajo, pa odgovor »NE«. Rezultati so predstavljeni v Tabeli 13.

Tabela 13: Opredelitev specifične osebne situacije

	Trditev	1-da (%)	2-ne (%)
1	Nikoli nisem opazoval osebe, za katero sem vedel, da ima duševno bolezen.	27,8	70,1
2	Opazoval sem osebo, za katero verjamem, da je morda imela duševno bolezen.	75,3	22,7
3	Gledal sem film ali televizijsko oddajo, v kateri je lik upodobil osebo z duševno boleznijo.	89,7	7,7
4	Gledal sem dokumentarec o duševnih boleznih.	67,5	29,9
5	Pogosto sem opazoval osebe z duševno boleznijo.	47,4	50,0
6	Na delovnem mestu sem delal z osebo, ki je imela duševno bolezen.	58,8	39,2
7	Med izobraževanjem sem opravil tečaj v zvezi z duševnimi boleznimi.	21,6	76,3
8	Moje delo vključuje zagotavljanje storitev/zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi.	52,1	45,9
9	Družinski prijatelj ima duševno bolezen.	33,5	63,9
10	Imam sorodnika, ki ima motnjo v duševnem zdravju	34,5	63,4
11	Živim z osebo, ki ima motnjo v duševnem zdravju oziroma duševno bolezen.	16,5	81,4
12	Imam motnjo v duševnem zdravju oziroma duševno bolezen.	11,9	86,1

Največji delež anketirancev (89,7 %) je poročal, da je že gledal film ali televizijsko oddajo, v kateri je bil upodobljen lik z duševno boleznijo, oziroma dokumentarni film o duševnih boleznih (67,5 %). Skupno 11,9 % anketiranih je navedlo, da imajo sami motnjo v duševnem zdravju, 16,5 % jih živi z osebo z motnjo v duševnem zdravju, 34,8 % pa ima sorodnika z motnjo v duševnem zdravju. Poleg tega je 66,6 % anketiranih že delalo z osebami z motnjo v duševnem zdravju, približno polovica (52,9 %) pa trenutno izvaja storitve za to populacijo.

III. OCENA STANJA PO ŠESTOPENSKI LIKERTOVI LESTVICI

Študenti so stališča ocenjevali s pomočjo šeststopenjske Likertove lestvice (1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – bolj se ne strinjam kot strinjam, 4 – bolj se strinjam kot ne strinjam, 5 – se strinjam, 6 – popolnoma se strinjam). Rezultati so predstavljeni v Tabeli 14.

Tabela 14: Ocena stanja na področju pojavnosti stigme

	Trditev	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	6 (%)	M	SD
1	Duševno zdravje je v družbi pogosto tabu tema, ki se ji sogovorniki izogibajo.	3,6	8,2	11,3	17,0	34	23,7	4,32	1,58
2	Zaradi strahu pred razkrivanjem ali pa zaradi pomanjkanja informacij o duševnih motnjah se lahko ustvarijo številna zmotna prepričanja.	1,5	3,6	10,8	12,4	40,2	29,4	4,66	1,44
3	Preko bližnjega stika z ljudmi z duševnimi motnjami lahko najbolj učinkovito odpravimo mite in neresnice o motnjah v duševnem zdravju ali duševnih stiskah.	1,5	3,1	12,4	23,7	37,6	19,6	4,43	1,37
4	Preko bližnjega stika z ljudmi z duševnimi motnjami lahko najbolj učinkovito odpravimo mite in neresnice o motnjah v duševnem zdravju ali duševnih stiskah.	2,1	4,1	9,3	27,3	28,7	16,5	4,38	1,37
5	V zdravstveni dejavnosti se borimo proti stigmatizaciji duševnih motenj.	2,1	5,2	14,4	29,4	30,9	16	4,22	1,4

6	V zdravstveni dejavnosti prisluhnemo osebam in njihovim izpovedim o soočanju z motnjo v duševnem zdravju.	1	5,2	14,4	22,7	37,6	17,0	4,34	1,38
7	Med izobraževanjem za poklice v zdravstvu se naučimo prepoznavati zmotna prepričanja in neresnice o motnjah v duševnem zdravju.	2,6	6,2	18,6	24,7	32,5	13,4	4,1	1,43
8	V zdravstveni dejavnosti smo pogosto nosilci stereotipov in predsodkov o pacientih z motnjo v duševnem zdravju.	4,6	14,4	26,3	27,8	19,6	5,2	3,51	1,39
9	V zdravstveni dejavnosti pogosto stigmatiziramo paciente z motnjo v duševnem zdravju.	9,3	15,5	26,8	29,9	11,3	5,2	3,26	1,42
10	V zdravstveni dejavnosti bolj pogosto diskriminiramo paciente zaradi motenj v duševnem zdravju kot na drugih področjih družbene dejavnosti.	12,4	20,1	20,6	25,3	14,9	4,1	3,12	1,53
11	V zdravstveni dejavnosti paciente iz marginalnih ali ranljivih skupin prebivalstva pogosto negativno diskriminiramo.	8,8	15,5	18,0	33,5	17,0	4,6	3,38	1,49
12	Paciente z motnjo v duševnem zdravju iz marginalnih ali ranljivih skupin prebivalstva obravnavamo bolj diskriminatorno v negativnem smislu glede na ostale paciente z motnjo v duševnem zdravju.	8,2	18,6	20,6	30,4	14,9	5,2	3,32	1,46
13	Marginalizirani ali ranljivi pacienti z motnjo v duševnem zdravju so s strani zdravstvenih delavcev zaradi strahu pogosto pozitivno diskriminirani glede na ostale paciente.	3,6	16	32,5	27,8	13,4	4,1	3,34	1,34
14	V zdravstveni dejavnosti so vsi pacienti ne glede na naravo bolezni obravnavani enakopravno.	7,2	12,4	25,8	26,3	16,5	9,8	3,54	1,51

1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – bolj se ne strinjam kot strinjam, 4 – bolj se strinjam kot ne strinjam, 5 – se strinjam, 6 – popolnoma se strinjam

Povprečna stopnja strinjanja je bila pri vseh trditvah višja od vrednosti 3,12, kar je bilo ugotovljeno pri navedbi »V zdravstveni dejavnosti pogosteje diskriminiramo paciente zaradi motenj v duševnem zdravju kot na drugih področjih družbenega življenja.« Najvišja povprečna ocena stopnje strinjanja je bila dosežena pri trditvi »Zaradi strahu pred razkrivanjem ali pa zaradi pomanjkanja informacij o duševnih motnjah se lahko ustvarijo številna zmotna prepričanja« (4,66).

Ocene študentov o tem, kako pogosto je po njihovi presoji prisotna pristranskost oziroma diskriminatorno ravnanje zdravstvenih (so)delavcev pri obravnavi pacientov iz marginalnih skupin zaradi težav v duševnem zdravju, so bile podane na štiristopenjski lestvici (1 – ni prisotno, 2 – občasno prisotno, 3 – precej prisotno, 4 – pogosto prisotno). Rezultati so predstavljeni v Tabeli 15.

Tabela 15: Ocena po področjih

	Trditev	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	M	SD
1	Promocija duševnega zdravja	12	57	23	8	2,3	0,77
2	Preventiva duševnih motenj	18	55	21	6	2,2	0,78
3	Diagnostika motenj v duševnem zdravju	19	48	26	8	2,2	0,84
4	Zdravljenje motenj v duševnem zdravju	8	50	33	8	2,4	0,76
5	Rehabilitacija zaradi motenj v duševnem zdravju	16	48	30	6	2,3	0,81
6	Reintegracija in ponovna vključitev v skupnosti	16	51	26	8	2,3	0,81
7	V otroških in šolskih dispanzerjih	21	52	23	4	2,1	0,77
8	V ambulantah družinske medicine	14	57	25	4	2,2	0,72

9	V patronažni službi.	26	47	23	4	2,1	0,8
10	Na področju medicine dela	16	49	28	6	2,2	0,8
11	Pri ambulantni obravnavi na področju ginekologije	25	51	20	4	2,0	0,78
12	V specialističnih ambulantah	17	56	24	3	2,1	0,72
13	V bolnišnični obravnavi	10	54	30	6	2,3	0,73
14	V porodnišnicah	20	51	25	4	2,1	0,78
15	V psihiatričnih bolnišnicah	18	35	25	22	2,5	1,02

1 – ni prisotno, 2 – občasno prisotno, 3 – precej prisotno, 4 – pogosto prisotno

Študenti so stopnjo prisotnosti pristranskosti oziroma diskriminatornega ravnanja v povprečju ocenili kot »občasno prisotno« (2). Najvišja povprečna ocena je bila dosežena na področju zdravljenja duševnih motenj (2,85), najnižja pa na področju psihiatričnih bolnišnic (2,23).

Ocene o prisotnosti diskriminatornega ravnanja zdravstvenih (so)delavcev pri obravnavi pacientov iz marginalnih skupin zaradi težav v duševnem zdravju so bile podane na štiristopenjski lestvici (1 – ni prisotno, 2 – občasno prisotno, 3 – precej prisotno, 4 – pogosto prisotno). Rezultati so predstavljeni v Tabeli 16.

Tabela 16: Ocena prisotnosti diskriminatornega ravnanja zdravstvenih (so)delavcev pri zdravstveni obravnavi pacientov iz posameznih marginalnih skupin zaradi težav na področju duševnega zdravja

		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	M	SD
1	Starejši pacienti	14	48	30	8	2,3	0,82
2	Romi	10	25	38	28	2,8	0,95
3	Priseljenci, tuje govoreči	11	35	36	17	2,6	0,9
4	Osebe z različnimi oblikami invalidnosti	19	45	28	8	2,2	0,85
5	Socialno-ekonomsko prikrajšani posamezniki	17	47	30	7	2,3	0,82
6	Zaporniki	6	32	40	22	2,8	0,86
7	Brezdomci	9	33	36	22	2,7	0,91
8	Spolni delavci	9	44	28	18	2,6	0,9
9	Istospolno usmerjeni	16	39	29	17	2,5	0,95
10	Vinjeni ali odvisni od alkohola	6	35	35	23	2,8	0,88
11	Odvisniki od prepovedanih drog	8	25	38	30	2,9	0,92
12	Osebe brez zdravstvenega zavarovanja	24	40	26	10	2,2	0,93

1 – ni prisotno, 2 – občasno prisotno, 3 – precej prisotno, 4 – pogosto prisotno

Ocene prisotnosti pristranskosti oziroma diskriminatornega ravnanja so se gibale med vrednostma 2 (občasno prisotno) in 3 (precej prisotno). Najnižja povprečna ocena je bila ugotovljena pri obravnavi oseb brez zdravstvenega zavarovanja (2,2), najvišje ocene pa pri zapornikih (2,8), pripadnikih romske skupnosti (2,8) ter odvisnikih od prepovedanih drog (2,8).

IV. SAMOOCENA

Anketirani so izbrali odgovor, ki je po njihovem mnenju najbolj odražal stopnjo njihove seznanjenosti z vsebinami stigme v času izobraževanja (Tabela 7). Največji delež (44,8 %) je navedel, da so bili s področjem delno seznanjeni že v času formalnega izobraževanja. Približno petina anketiranih je poročala, da se s tematiko ni srečala, skoraj tretjina pa je navedla, da je bila z vsebinami v celoti seznanjena že v času formalnega izobraževanja za poklic.

Tabela 7: Seznanitev med izobraževanjem

	Trditev	Delež (%)
a)	S stereotipi, predsodki, stigmatizacijo, pristranskostjo in diskriminacijo se nisem seznanil tekom predhodnega formalnega izobraževanja in usposabljanja za poklic.	19,6 %

b)	S stereotipi, predsodki, stigmatizacijo, pristranskostjo in diskriminacijo sem se delno seznanil tekom predhodnega formalnega izobraževanja in usposabljanja za poklic	44,8 %
c)	S stereotipi, predsodki, stigmatizacijo, pristranskostjo in marginalizacijo sem se dobro seznanil tekom predhodnega formalnega izobraževanja in usposabljanja za poklic.	32,5 %

Anketirani so izbrali odgovor, ki po njihovem mnenju najbolj odraža stopnjo njihove seznanjenosti z vsebinami stigme v okviru dela pri delodajalcu (Tabela 18).

Tabela 8: Seznanitev pri delodajalcu

	Trditev	Delež
a)	S stereotipi, predsodki, stigmatizacijo, pristranskostjo in diskriminacijo se še nisem seznanil med sedanjim formalnim izobraževanjem in usposabljanjem za poklic.	35,9 %
b)	S stereotipi, predsodki, stigmatizacijo, pristranskostjo in diskriminacijo sem se delno seznanil med sedanjim formalnim izobraževanjem in usposabljanjem za poklic	52 %
c)	S stereotipi, predsodki, stigmatizacijo, pristranskostjo in marginalizacijo sem se dobro seznanil med sedanjim formalnim izobraževanjem in usposabljanjem za poklic.	12,1 %

Več kot polovica anketiranih (52 %) je poročala, da so se v času zaposlitve pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti že udeležili izobraževanj oziroma usposabljanj o stigmi, stereotipih, predsodkih, pristranskosti in diskriminaciji. Več kot tretjina anketiranih pa takšnega izobraževanja še ni bila deležna.

Tabela 19: Stopnja samozavedanja svojih predsodkov do oseb z motnjo v duševnem zdravju

	Trditev	Delež
a)	Nisem še razmišljal o svojih predsodkih.	14,4 %
b)	Nimam predsodkov do oseb z motnjo v duševnem zdravju.	35,1 %
c)	Se ne zavedam svojih predsodkov do oseb z motnjo v duševnem zdravju.	11,9 %
d)	Se delno zavedam svojih predsodkov do oseb z motnjo v duševnem zdravju.	24,7 %
e)	Se zavedam svojih predsodkov do oseb z motnjo v duševnem zdravju.	10,8 %
f)	Imam predsodke do oseb z motnjo v duševnem zdravju.	0

Več kot tretjina anketiranih je ocenila, da do področja duševnega zdravja nima predsodkov, medtem ko je približno ena desetina priznala, da predsodke ima.

Tabela 20: Stopnja zavedanja prisotnosti svoje pristranskosti in diskriminatornega ravnanja do oseb z motnjo na področju duševnega zdravja zaradi predsodkov

	Trditev	Delež
a)	Nisem še razmišljal o svojih pristranskosti/ diskriminatornem ravnanju na delovnem mestu do oseb z motnjo v duševnem zdravju.	20,6
b)	Nisem pristranski ali diskriminatoren pri ravnanju na delovnem mestu do oseb z motnjo v duševnem zdravju.	41,2
c)	Se ne zavedam, da sem pristranski ali diskriminatoren pri ravnanju na delovnem mestu do oseb z motnjo v duševnem zdravju.	10,3
d)	Se delno zavedam, da sem kdaj pristranski ali diskriminatoren pri ravnanju na delovnem mestu do oseb z motnjo v duševnem zdravju.	14,9
e)	Se zavedam, da sem kdaj pristranski ali diskriminatoren pri ravnanju na delovnem mestu do oseb z motnjo v duševnem zdravju.	9,3
f)	Sem vedno pristranski ali diskriminatoren pri ravnanju na delovnem mestu do oseb z motnjo v duševnem zdravju.	0,5

Skoraj polovica jih meni, da pri ravnanju na delovnem mestu niso pristranski ali diskriminatorni do oseb z motnjo v duševnem zdravju

Razprava in sklepne ugotovitve

Ugotovitve kažejo na prisotnost stališč, ki odražajo stereotipna prepričanja tako med zdravstvenimi delavci kot med študenti. V obeh skupinah je zaznati tudi izrazito zanikanje predsodkov in diskriminatornega ravnanja. Rezultati lestvice OMI (Opinion about Mental Illness) so pokazali, da imajo zdravstveni delavci, zaposleni v primarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu, nižjo stopnjo zaznane socialne omejitve, socialne oskrbe in socialne integracije v primerjavi z zdravstvenimi delavci in sodelavci, zaposlenimi v širšem institucionalnem okolju (npr. socialnovarstveni zavodi, domovi). Statistično značilne razlike so bile ugotovljene predvsem pri dimenzijah socialna omejitev ($H = 33,020$; $p < 0,001$), socialna oskrba ($H = 18,994$; $p < 0,001$) in socialna integracija ($H = 13,120$; $p = 0,001$). To nakazuje na bolj negativna pričakovanja glede sposobnosti oseb z duševnimi motnjami pri vključevanju v družbeno življenje, zlasti med tistimi zdravstvenimi delavci, ki z njimi niso v rednem stiku.

Tabela 21: Končni rezultat, upoštevajoč ravni zdravstvenega varstva (Kruskal-Wallisov test)

Dimenzija	Kruskal-Wallis H	df	p-vrednost
A: Socialna diskriminacija	0,435	2	0,804
B: Socialna omejitev	33,020	2	0,000
C: Socialna oskrba	18,994	2	0,000
D: Socialna integracija	13,120	2	0,001
E: Etiologija	0,342	2	0,843

Analiza podatkov o osebni izpostavljenosti duševnim boleznim med tremi skupinami zdravstvenih delavcev (splošni, primarna raven, terciarna raven) je prinesla več znanstveno relevantnih ugotovitev, podprtih s χ^2 -testom.

1. Večja izpostavljenost v primarnem zdravstvu

Zdravstveni delavci na primarni ravni so v primerjavi z drugima skupinama statistično značilno pogostejše:

- opazovali osebo, za katero so vedeli, da ima duševno bolezen (80,4 %; $\chi^2 = 24,287$; $p < 0,001$),
- sumili, da ima nekdo duševno bolezen (94,1 %; $\chi^2 = 21,326$; $p < 0,001$),
- pogosto opazovali osebe z duševno boleznijo (76,5 %; $\chi^2 = 12,679$; $p = 0,002$),
- opravili tečaj o duševnem zdravju (68,6 %; $\chi^2 = 16,523$; $p < 0,001$).

Ti rezultati nakazujejo na večjo izobraženost in senzibiliziranost zdravstvenih delavcev v primarni oskrbi pri prepoznavanju in razumevanju duševnih motenj.

2. Splošni zdravstveni delavci z največ neposrednih izkušenj

Splošni zdravstveni delavci (vključno s sodelavci iz socialnega in izobraževalnega sektorja) so pogostejše živeli z osebo z duševno boleznijo (25,2 %; $\chi^2 = 11,906$; $p = 0,003$) ter najpogostejše delali z osebami z duševno boleznijo (78,4 %; $\chi^2 = 21,691$; $p < 0,001$). To nakazuje višjo raven neposredne osebne izpostavljenosti.

3. Družinske in socialne vezi

Statistično značilne razlike so bile ugotovljene tudi glede družinskih in socialnih povezav:

- imeti sorodnika z duševno boleznijo je bilo manj pogosto v skupini primarne ravni (11,8 %) kot v drugih dveh skupinah (≈ 44 %; $\chi^2 = 17,784$; $p < 0,001$),

- bivanje z osebo z duševno boleznijo je bilo najpogostejše pri splošni skupini (25,2 %) in najmanj pogosto v primarnem zdravstvu (7,8 %; $p = 0,003$).

4. Področja brez statistično značilnih razlik

Statistično značilnih razlik med skupinami ni bilo glede:

- družinskega prijatelja z duševno boleznijo ($p = 0,631$),
- lastne diagnoze duševne motnje ($p = 0,971$),
- dela, ki vključuje zdravljenje oseb z duševnimi motnjami ($p = 0,242$).

5. Diskriminacija glede na marginalne skupine

Statistično značilne razlike v zaznavi diskriminatornega ravnanja so bile ugotovljene za Rome ($p = 0,006$), priseljence in tuje govoreče osebe ($p = 0,011$), socialno-ekonomsko prikrajšane posameznike ($p = 0,002$) ter osebe brez zdravstvenega zavarovanja ($p = 0,026$). Najvišje ocene diskriminatornega ravnanja so podali zdravstveni delavci na primarni ravni, zlasti pri preventivi (5,43), diagnostiki (5,06) in zdravljenju (5,00), kar kaže na povečano občutljivost za neenako obravnavo v zgodnjih fazah oskrbe.

Romi, priseljenci, brezdomci, zaporniki, odvisniki in socialno ranljivi posamezniki so bili dosledno prepoznani kot skupine, pri katerih zdravstveno osebje najpogostejše zaznava diskriminacijo, kar potrjuje obstoj večplastne stigmatizacije.

6. Socialna bližina in pripravljenost za stik

Zdravstveni delavci v primarnem zdravstvu so izrazili večjo pripravljenost za socialne stike z osebami z duševnimi motnjami (npr. sodelovanje na delovnem mestu, najem sobe v domačem okolju). Njihove ocene so bile statistično značilno višje (npr. pripravljenost za delo: $H = 45,899$; $p < 0,001$; pripravljenost za najem sobe: $H = 55,276$; $p < 0,001$).

7. Vrzel v izobraževanju

Več kot 70 % vseh sodelujočih je navedlo, da v času formalnega izobraževanja niso prejeli zadostnega usposabljanja o stereotipih, stigmati, diskriminaciji in pristranskosti. V času zaposlitve 38,7 % ni imelo dodatnih izobraževanj na to temo, zgolj 9–20 % pa se jih je redno udeleževalo. To kaže na resno pomanjkljivost v sistemu izobraževanja in usposabljanja zdravstvenega osebja.

8. Samorefleksija in zaničanje predsodkov

Večina udeležencev ni zaznala lastnih predsodkov ali diskriminatornih ravnanj, vendar je skoraj četrtina priznala, da delno prepoznava lastne pristranskosti, kar nakazuje potrebo po dodatnem delu na področju samorefleksije in strokovne integritete.

9. Ugotovitve med študenti

Podobne vzorce je bilo zaznati tudi pri študentih, čeprav so se pri nekaterih trditvah pokazale razlike (npr. glede trditve »Najboljši način za ravnanje s pacienti v psihiatričnih bolnišnicah je, da se jih drži za zaklenjenimi vrati«).

10. Implikacije za prakso

Rezultati kažejo, da proceduralni protokoli sami po sebi niso zadostni. Učinkovitejši pristop predstavljajo ciljno usmerjene, kombinirane intervencije, ki vključujejo:

- stik z osebami z izkušnjo duševne motnje,
- strukturirano refleksijo,
- organizacijske prilagoditve (npr. zaščiten čas za pogovore v primarni oskrbi).

Takšne prakse bi lahko prispevale k bolj pravični in vključujoči obravnavi duševnega zdravja v Sloveniji.

11. Priporočila

Na podlagi ugotovitev priporočamo:

- vključitev vsebin o stigmati, diskriminaciji in družbeni pravičnosti v kurikule zdravstvenih programov že na dodiplomski ravni,

- vzpostavitev stalnih oblik usposabljanj na delovnem mestu z reflektivnimi metodami, vključevanjem oseb z izkušnjo duševne motnje in kritično pedagogiko,
- razvoj kazalnikov za spremljanje pristranskosti in diskriminacije v zdravstveni obravnavi,
- uvedbo supervizije in etičnih forumov v zdravstvenih timih,
- spodbujanje interdisciplinarnega sodelovanja med področji zdravstva, sociale, etike in izobraževanja.

Primerjalno gledano so rezultati raziskave deloma skladni z mednarodnimi ugotovitvami. OECD (2025a) v poročilu Understanding and addressing inequalities in mental health poudarja, da se večina evropskih držav zaveda pomena zmanjševanja stigme in diskriminacije, vendar le redke sistematično ocenjujejo učinkovitost teh politik, zlasti v povezavi z ranljivimi skupinami, kot so etnične manjšine ali priseljenci. Naši podatki, ki kažejo na večjo zaznano diskriminacijo do marginaliziranih skupin (Romi, priseljenci, osebe brez zdravstvenega zavarovanja), odražajo enaka tveganja, ki jih izpostavlja OECD – torej potrebo po bolj ciljno usmerjenih ukrepih.

Masedo Gutiérrez (2025) ugotavlja, da negotovost in nizka pripravljenost pogosto prispevata k stigmatizirajočim odzivom zdravstvenih delavcev, še posebej pri študentih in mladih strokovnjakih. Avtorica poudarja pomen usposabljanj, ki vključujejo neposreden stik z osebami z duševnimi motnjami, ter krepitev samozavesti glede lastne strokovne kompetence. Ti rezultati so primerljivi z našimi, saj so zdravstveni delavci na primarni ravni poročali o večji pripravljenosti in večji neposredni izpostavljenosti, medtem ko se na terciarni ravni kaže določena čustvena distanca.

Poročilo Health at a Glance: Europe 2024 (OECD, 2025b) dodatno opozarja na potrebo po prenosu dobrih praks v evropske zdravstvene sisteme, zlasti v smislu celostnih programov usposabljanja, prilagodljivih delovnih protokolov ter sistemske podpore zdravstvenim delavcem pri delu z ranljivimi skupinami.

Naše ugotovitve, ki kažejo na heterogenost zaznav diskriminacije in pripravljenosti med različnimi ravnmi zdravstvenega varstva, so v skladu z mednarodnimi ugotovitvami o pomanjkanju sistematične evalvacije intervencij, neravnovesju v izpostavljenosti marginaliziranim skupinam in potrebi po celostno usmerjenih anti-stigma strategijah. OECD priporočila in rezultate drugih raziskav, kot sta Masedo Gutiérrez (2025) in študija o mentalnem zdravju v Evropi (2024), lahko uporabimo kot smernice za oblikovanje lokalnih rešitev, ki bodo učinkovito naslavljalje stigma pri zdravstvenih delavcih.

KLJUČNE UGOTOVITVE

1. Prisotnost stereotipov, predsodkov in diskriminatornega vedenja je bila večkrat potrjena, tudi z uporabo validiranih merskih instrumentov.
2. Ukrepi za zmanjševanje diskriminacije so raznoliki, vendar njihovi učinki niso vedno zanesljivi, saj gre pri pojavnosti diskriminacije za kompleksen splet vzročno-posledičnih povezav.
3. Zmanjševanje in preprečevanje diskriminacije zahteva stalna prizadevanja v večplastnih akcijah, ki morajo hkrati naslavljalati splošno javnost in paciente ter izvajalce storitev – zdravstvene delavce. Nadaljnja prizadevanja so zato nujna.
4. Do sedaj zbrani ukrepi za zmanjševanje diskriminatornega ravnanja zdravstvenih delavcev kot ključni izpostavljajo izobraževanje in usposabljanje tako zdravstvenih delavcev kot uporabnikov storitev. Posebej pomembne so ciljne raziskave, ki lahko spodbudijo inovativne pristope k zmanjševanju diskriminacije in omogočijo vrednotenje učinkov obstoječih ukrepov.
5. Ugotovitve raziskave potrjujejo, da gre za aktualno in družbeno pomembno tematiko, ki zahteva nadaljnje raziskovanje ter razvoj na dokazih utemeljenih ukrepov.
6. Študija je prva v slovenskem kontekstu, ki je sistematično primerjala stališča zdravstvenih delavcev do oseb z duševnimi motnjami na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene oskrbe. Rezultati razkrivajo kompleksne razlike: zdravstveni delavci na sekundarni ravni so pripravljeni na vključevanje, a ostajajo previdni v kriznih situacijah; na primarni ravni gradijo zaupanje skozi dolgotrajne odnose, vendar so pogosto omejeni s sistemskimi dejavniki; na terciarni ravni pa kljub strokovnemu znanju včasih ohranjajo čustveno distanco, kar zmanjšuje vključevanje pacientov.

7. Skupna vrzel na vseh ravneh ostaja pomanjkanje kontinuiranega in reflektivnega usposabljanja za zmanjševanje stigme, kar prispeva k ohranjanju predsodkov ter stereotipnih predstav o diskriminaciji in etiologiji duševnih motenj.

LITERATURA

1. Agency for Healthcare Research and Quality (b.d.). The Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT) and User's Guide. <https://www.ahrq.gov/health-literacy/patient-education/pemat.html>.
2. Aisling McGrath, A., Matthews, E., Murphy, N., Oostveen, I., Wagemakers, A., Verkooijen, K. (2024). Identification of relevant mental health indicators for European community-based health enhancing physical activity initiatives: An adapted Delphi study. *Mental Health and Physical Activity*, 27, 100638.
3. Alnemary, F. M., Alnemary, F. M., Alamri, A.S. in Alamri, Y. A. (2017). Characteristics of Arabic Websites with information on autism. *Neurosciences (Riyadh)*, 22(2), 143-145.
4. Alvarez-Galvez, J., Salinas-Perez, J.A., Montagni, I. in Salvador-Carulla, L. (2020). The persistence of digital divides in the use of health information: a comparative study in 28 European countries. *International Journal of Public Health*, 5(3), 325-333.
5. Athanasopoulou, C., Suni, S., Hätönen, H., Apostolakis, I., Lionis, C., Välimäki, M. (2016). Attitudes towards schizophrenia on YouTube: A content analysis of Finnish and Greek videos. *Informatics for Health and Social Care*, 41(3), 307-324.
6. Atkins, L., Francis, J., Islam, R., O'Connor, D., Patey, A., Ivers, N., idr. (2017). A guide to using the theoretical domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implementation Sciences*, 12(1), 1-18.
7. Banaji, M. R., in Greenwald, A. G. (2016). *Blindspot: Hidden Biases of Good People*. In Google Books. Random House Publishing Group..
8. Baroni, S., Marazziti, D., Mucci, F. in Dell Osso, L. (2019). Problematic Internet use in drug addicts under treatment in public rehab centers. *World Journal of Psychiatry*, 9(3), 55-64.
9. Batterham, P. J., Ftanou, M., Pirkis, J., Brewer, J.L., Mackinnon, A. J., Beautrais, A., idr. (2015). A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychological Assessment*, 27(2), 501-512.
10. Beaunoyer, E., Arsenaault, M. D., Lomanowska, A.M., Guitton, M.J.(2017). Understanding online health information: Evaluation, tools, and strategies. *Patient Education and Counseling*, 100(2), 183-189.
11. Berardi, C., Hinwood, M., Smith, A., Melia, A., Paolucci, F. (2021). Barriers and facilitators to the integration of digital technologies in mental health systems: a protocol for a qualitative systematic review. *PLoS ONE*, 16(11), e0259995.
12. Bernstein, M. T., Reynolds, K. A., Jakobson, L.S., Petty, S. K., Pryor, T.A.M., Stoesz BM, idr. (2021). Do anxiety websites have the answers people are looking for? *Patient Education and Counseling*, 105(4): 933-941.
13. Bertholet, N. in Cunningham, J.A. (2021). Information technology and addiction science: promises and challenges. *Addiction Science & Clinical Practice*, 16, 7.
14. Brijnath, B., Protheroe, J., Mahtani, K.R., Antoniadis, J. (2016). Do Web-based Mental Health Literacy Interventions Improve the Mental Health Literacy of Adult Consumers? Results From a Systematic Review. *J Med Internet Res*, 20;18(6), e165.
15. Brink, M., Green, A., Bo Bojesen, A., Lamberti, J.S. (2017). Physical Health, Medication, and Healthcare Utilization among 70-Year-Old People with Schizophrenia: A Nationwide Danish Register Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25 (5), 500 – 509.
16. Carrara, B.S., Ventura, C.A.A., Bobbili, S.J., Jacobina, O.M.P., Khenti, A., Mendes, I.A.C. (2019). Stigma in health professionals towards people with mental illness: An integrative review. *Arch Psychiatr Nurs*, 33(4),311-318.
17. Cerminara, C., Santarone, M.E., Casarelli, L., Curatolo, P. in El Malhany. N. (2014). Use of the DISCERN tool for evaluating web searches in childhood epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 41,119-21.
18. Cohen, J., in Struening, E. L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of abnormal and social psychology*, 64, 349-360.
19. Corrigan, P.W. (2016). Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness. *World Psychiatry*. (2016) 15:67-73.
20. Corrigan, P.W. (2018). *The Stigma Effect: Unintended Consequences of Mental Health Campaigns*. New York: Columbia University Press
21. Corrigan, P.W. in Watson, A.C. (2002) Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness. *World Psychiatry*, 1, 16-20.

22. da Silva, AA Loch, A.A. (2020). Stigma toward individuals with mental disorders among Brazilian psychiatrists: a latent class analysis. *Braz. J. Psychiatr*, 43 (3).
23. Darmayani, S., Findyartini, A., Widiastih, N., in Soemantri, D. (2020). Stereotypes among health professions in Indonesia: An explorative study. *Korean Journal of Medical Education*, 32(4), 329.
24. Doll, C.M., Michel, C., Betz, L.T. idr. (2022). The Important Role of Stereotypes in the relation between Mental Health Literacy and Stigmatization of Depression and Psychosis in the Community. *Community Ment Health J*, 58, 474–486.
25. Dueñas-García, O.F., Kandadai, P., Flynn, M. K., Patterson, D., Saini, J., O'Dell, K., idr. (2015). Patient-focused websites related to stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse: a DISCERN quality analysis. *International Urogynecology Journal*, 26, 875-880.
26. Eivergård, K. Enmarker, I., Livholts, M., Aléx, L. (2020). Subordinated masculinities: A critical inquiry into reproduction of gender norms in handovers and rounds in a forensic psychiatric care. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 21-22.
27. Flores, A. R., Langton, L., Meyer, I.H., Romero, A.P., idr. (2020). Victimization rates and traits of sexual and gender minorities in the United States: Results from the National Crime *Victimization Survey*, 2017. *Science Advances*, 6(40), eaba6910.
28. Fontesse, S., Demoulin, F., Stinghamberg, P. M. (2019). Dehumanization of psychiatric patients: Experimental and clinical implications in severe alcohol-use disorders. *Addictive Behaviors*, 89, 216–222.
29. Giulia Galli, G., Lenggenhager, B., Scivoletto, G., Molinari, M., Pazzaglia, M. (2015). Don't look at my wheelchair! The plasticity of longstanding prejudice. *Medical Education*, 49, 12, 1239-1247.
30. Grandón, P., Saldivia, S., Cova, F., Bustos, C., Vaccari, P., Ramírez-Vielma, R., et al. Effectiveness of an intervention to reduce stigma towards people with a severe mental disorder diagnosis in primary health care personnel: programme igual-mente. *Psychiatry Res.* (2021) 305:114259.
31. Griffiths, K.M, Carron-Arthur, B., Parsons, A., Reid, R.(2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*. 13:161–75.
32. Groves, P.S., Bunch, J.L., Sabin, J.A. (2021). Nurse bias and nursing care disparities related to patient characteristics: A scoping review of the quantitative and qualitative evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 30, 23-24, 3385-3397
33. Gupta, R. in Ariefdjohan, M. (2020). Mental illness on Instagram: a mixed method study to characterize public content, sentiments, and trends of antidepressant use. *Journal of Mental Health*, 30, 518-525.
34. Hamilton, D.L., Sherman, J.W. (1994). Stereotypes. V Wyer, J., Srull, t.k. (ur.). *Handbook of Social Cognition*, 2, Applications (str. 1–68). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
35. Hamilton, S., Pinfold, V., Cotney, J., Couperthwaite, L., Matthews, J., Barret, K., Warren S., Corker, E., Rose, D., Thornicroft, G., Henderson, C. (2016). Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. *Acta Psychiatr Scand*, 134 (446), 14-22.
36. Hao, Y., Wu, Q., Wang, X., Ma, Y., Wang, Y., Peng, P., Wang, X., Yang, Q., Liu, Y., Li, M., He, L., Q, Zhou Y, Liu T, Chen S. (2023). Stigmatizing attitudes toward mental illness among caregivers of patients with mental disorders in China. *Front Public Health*, 22;11:1071954.
37. Hardman, M. P., Reynolds, K. A., Petty, S. K. idr. (2022). An evaluation of the quality of online perinatal depression information. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22(1), 209.
38. Hawke, L.D., Sheikhan, N.Y., MacCon, K., Henderson, J.(2021). Going virtual: youth attitudes toward and experiences of virtual mental health and substance use services during the COVID-19 pandemic. *BMC Health Services Research*, 21(1), 340.
39. Henderson, C., Evans-Lacko, S. in Thornicroft, G. (2013). Mental Illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777–80.
40. Iammarino C, Johnson J, Zolezzi M, Hasnani Z. (2020). Simulation in mental health interprofessional education. *J Nurs Educ Pract*, 10, 10.
41. James, P.B., Wardle, J., Steel, A. et al. (2020). An assessment of Ebola-related stigma and its association with informal healthcare utilisation among Ebola survivors in Sierra Leone: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 20, 182.
42. Kalckreuth, S., Trefflich, F. in Rummel-Kluge, C. (2014) . Mental health related Internet use among psychiatric patients: a cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry*, 14, 368.
43. Kickbusch, I., Piselli, D., Agrawal, A., Balicer, R., Banner, O., Adelhardt, M, idr. (2020). The Lancet and Financial Times Commission on governing health futures 2030: growing up in a digital world. *The Lancet*, 398 (10312), 1727-1776.

44. Killip, S. C., Kwong, N.K.R., MacDermid, J. C., Fletcher, A.J. in Carleton, N.R. (2020) The quality, readability, completeness, and accuracy of PTSD websites for firefighters. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7629.
45. Kohrt BA, Turner EL, Rai S, Bhardwaj A, Sikkema KJ, Adekun A, Dhakal M, Luitel NP, Lund C, Patel V, Jordans MJD.(2020) Reducing mental illness stigma in healthcare settings: Proof of concept for a social contact intervention to address what matters most for primary care providers. *Soc Sci Med*,15;250:112852.
46. Kugar, M.A., Cohen, A.C., Wooden,W., Tholpady, S. S., Chu, M. W. (2017). The readability of psychosocial wellness patient resources: improving surgical outcomes. *Journal of Surgical Research*, 218, 43–8.
47. Larkings, J.S., Brown, P.M. (2018). Do biogenetic causal beliefs reduce mental illness stigma in people with mental illness and in mental health professionals? A systematic review. *Int J Ment Health Nurs*, 27(3):928-941.
48. Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand Suppl*, (429), 51-59.
49. Macías, L. A. in Del Pino-Brunet, N. (2023). The Vulnerability of European Roma to the Socioeconomic Crisis Triggered by the COVID-19 Pandemic . *Social Sciences*, 12, (5), 1-12.
50. Maina, I.W., Belton, TDB, Ginzberg, S., Singh, A., Johns, T. J. (2018). A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test. *Social Science & Medicine*, 199, 219-229.
51. Marcelin, J.R., Siraj, D.S., Robert V., Kotadia, S., Maldonado, Y.A. (2019). The Impact of Unconscious Bias in Healthcare: How to Recognize and Mitigate It, *The Journal of Infectious Diseases*, 220 (2), 62–S73
52. Martínez-Zambrano, F., García-Morales, E., García-Franco M, Miguel J, Villellas R, Pascual G, et al. Intervention for reducing stigma: assessing the influence of gender and knowledge. *World J Psychiatry*. (2013) 3:18–24. 10.5498/wjp.v3.i2.18 [
53. Masedo Gutiérrez, A. I., & Martinez, G. C. (2025). Stigma Toward Severe Mental Illness Among Healthcare Students: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
54. Masedo Gutiérrez, L. (2025). *Attitudes toward mental illness among health sciences students: The role of stigma and professional training*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(3), 333. <https://doi.org/10.3390/ijerph22030333>
55. Meidert, U., Dönniges, G., Bucher, T., Wieber, F., Gerber-Grote, A. (2023). Unconscious Bias among Health Professionals: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 12, 20(16), 6569.
56. *Mira- nacionalni program duševnega zdravja*. (b.d). <https://www.zadusevnozdravje.si/dusevno-zdravje/kaj-je-dusevno-zdravje/>
57. Montoya, M., Gresh, L., Mercado, J.C., Williams, K.L., Vargas, M.J., Gutierrez, G.,idr. (2013). Symptomatic versus inapparent outcome in repeat dengue virus infections is influenced by the time interval between infections and study year. *PLOS, Neglected Tropical Diseases*, 7(8), e2357.
58. Moshagen, M., & Thielsch, M. T. (2010). Facets of visual aesthetics. *International Journal of Human-Computer Studies*, 68(10), 689–709
59. Murphy, L., Clemets,K, Farragher, L., Long, J. (2023). Mental health-related indicators for measuring performance and impact of mental health policy. Dublin: Health Research Board
60. Mutamba, B.B., van Ginneken, N., Smith Paintain, L. idr. (2013). Roles and effectiveness of lay community health workers in the prevention of mental, neurological and substance use disorders in low and middle income countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 13, 412.
61. Nyblade, L., Stockton, M.A., Giger, K. et al. (2019). Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med* 17, 25
62. OECD. (2025a). *Understanding and addressing inequalities in mental health*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/17cccd01-en>
63. OECD. (2025b). *Health at a Glance: Europe 2024*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>
64. Peitz, D., Kersjes, C., Thom, J., Hoelling, H., Mauz, E. (2021).Indicators for Public Mental Health: A Scoping Review. *Front Public Health*. Sep 27;9:714497.
65. Porfyri, G. N., Athanasiadou, M., Siokas, V., Giannoglou, S., Skarpari, S., Kikis, M., Myroforidou, A., Anoixa, M., Zerakis, N., Bonti, E., Konsta, A., Diakogiannis, I., Rudolf, J., in Deretzi, G. (2022). Mental health-related stigma discrimination and prejudices among Greek healthcare professionals. *Frontiers in psychiatry*, 13, 1027304.
66. Porfyri, G.N., Athanasiadou, M., Siokas, V., Giannoglou, S., Skarpari, S., Kikis, M., Myroforidou, A., Anoixa M, Zerakis N, Bonti E, Konsta A, Diakogiannis I, Rudolf J, Deretzi G. (2020). Mental health-related stigma discrimination and prejudices among Greek healthcare professionals. *Front Psychiatry*. 0:13:1027304.
67. Program Mira, b.d. <https://www.zadusevnozdravje.si/>.

68. Radó, N., Girasek, E., Békási, S., Györffy, Z. (2022). Digital Technology Access and Health-Related Internet Use Among People Experiencing Homelessness in Hungary: Quantitative Survey. *Journal of Medical Internet Research*, 24(10):e38729.
69. Raphiphatthana, B., Maulana, H., Howarth, T., Gardner, K. in Nagel, T. (2020). Digital Mental Health Resources for Asylum Seekers, Refugees, and Immigrants: Protocol for a Scoping Review. *JMIR Research Protocols*, 24;9(8), e19031.
70. Ratcliff, C. (2016). *What are the top 10 most popular search engines?* Search Engine Watch. SEO. <https://www.searchenginewatch.com/2016/08/08/what-are-the-top-10-most-popular-search-engines/>.
71. Rehm, J. in Shield, K.D. (2019). Global burden of Disease and the impact of mental and addictive disorders. *Current Psychiatry Reports*, 21(2), 1–7.
72. *Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028. Uradni list RS*, št. 24/18.
73. Reynolds, R. (2015). Technology for teaching Civics and Citizenship: insights from teacher education. *The Social Educator*, 33(1), 26-38.
74. Rezvanifar, F., Shariat, S.V., Shalbafan, M., Salehian, R., Rasoulia, M. (2022). Developing an educational package to improve attitude of medical students toward people with mental illness: a delphi expert panel, based on a scoping review. *Front Psychiatry*. (2022) 13:860117.
75. Robillard, J.M. in Feng, T.L. (2017). Health Advice in a Digital World: Quality and Content of Online Information about the Prevention of Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimers Disease*, 55(1), 219-229
76. Romanello, M., McGushin, A., Di Napoli, C., Drummond, P., Hughes, N., Jamart L, idr. (2021). The 2021 report of the Lancet countdown on health and climate change: code red for a healthy future. *The Lancet*, 398(10311),1619–62.
77. Roskar, S., Bracic, M.F., Kolar, U., Lekic, K., Juricic, N.K, Grum, A.T. (2017). Attitudes within the general population towards seeking professional help in cases of mental distress. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(7), 614-621.
78. Rössler, W., Ajdacic-Gross, V., Riecher-Rössler, A., Angst, J., Hengartner, M.P. (2016). Does menopausal transition really influence mental health? Findings from the prospective long-term Zurich study. *World Psychiatry*, 15(2), 146-54.
79. Ryan, T., Chester, A., Reece, J., Xenos, S. (2014). The uses and abuses of Facebook: A review of Facebook addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(3), 133-48.
80. Santomauro, D. F., Herrera, A.M.M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C. in Pigott, D.M. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398, (103), 1700-1712.
81. Siqueira, S. R. G., Abelha, L., Lovisi, G. M., Saruão, K. R. in Yang, L. (2017). Attitudes towards the mentally ill: A study with health workers at a University Hospital in Rio de Janeiro. *Psychiatric Quarterly*, 88(1), 25–38.
82. Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2030 (2023). <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/NOVICE/Strategija-obvladovanja-demence-v-Sloveniji-do-leta-2030.pdf>
83. Strzelecki, A. in Rutecka, P. (2020), "Featured snippets results in Google web search: an exploratory study". *Marketing and Smart Technologies. Computer Science*, 9-18.
84. Sun, J., Yin, X., Li, C., Liu, W., Sun H. (2022). Stigma and Peer-Led Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. 5;13:915617.
85. Todor, I. (2013). Opinions about mental illness. *Proc Soc Behav Sci.*, 82, 209-214.
86. Tóth MD, Ihionvien S, Leduc C, et al. (2023). Evidence for the effectiveness of interventions to reduce mental health related stigma in the workplace: a systematic review. *BMJ Open* 13:e067126.
87. Vaccari, P., Ramírez-Vielma, R., Saldivia, S. idr.. (2020). Stigma towards people with a diagnosis of severe mental disorder in primary healthcare centers: perspectives of service users and health teams in Chile. *Int J Ment Health Syst*, 14, 6.
88. Valverde-Bolivar, E., Simonelli-Muñoz, A.J., Rivera-Caravaca, J.M., Gallego-Gómez, J.I., Rodríguez González-Moro, M.T., García-Arenas, J.J. (2022). Occupational Therapy in Severe Mental Disorder-A Self-Controlled Quasi-Experimental Study. *Healthcare (Basel)*, 8, 10(3), 493.
89. Volbdey, K.G., Hellström, L.C., Berg, M.E., Eplov, L.F. (2022). Structural discrimination against people with mental illness; a scoping review. *SSM-Mental Health*, 2, 100117.
90. Walsh, K., Pryor, T.A.M., Reynolds, K.A. in Walker, J. R. (2019). Searching for answers: how well do depression websites answer the public's questions about treatment choices? *Patient Education and Counseling*, 102(1), 99–105.
91. Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., Leff J. (1996). Public education for community care. A new approach. *Br J Psychiatry*. 168:441–7.

92. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). *Uradni list RS*, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS.
93. Zakon o socialnem varstvu (ZSV). *Uradni list RS*, št. 3/07 – uradno prečiščeno besedilo, 23/07 – popr., 41/07 – popr., 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16, 52/16 – ZPPreb-1, 15/17 – DZ, 29/17, 54/17, 21/18 – ZNOrg, 31/18 – ZOA-A, 28/19, 189/20 – ZFRO, 196/21 – ZDOsk, 82/23 in 84/23 – ZDOsk-1.
94. Zupančič, V. (2017). Integrirana skrb za osebe s težavami v duševnem zdravju. *Revija za zdravstvene vede*, 4(1), 31-45.