

POVEZANOST STEREOTIPOV, PREDSODKOV IN DISKRIMINATORNEGA VEDENJA Z IZBRANIMI SOCIODEMOGRAFSKIMI SPREMENLJIVKAMI V SKUPINI UDELEŽENCEV IN UDELEŽENK DELAVNIC OMRA

The association of stereotypes, prejudice, and discriminatory behavior with selected sociodemographic variables in the group of OMRA workshop participants

Lilijana Šprah

POVZETEK

Stigma je večrazsežen pojav. Javna stigma se nanaša na zavedanje stereotipov, ki jih ima laična javnost o osebah s težavami v duševnem zdravju, osebna stigma pa se je vezana na ponotranjenje tovrstnih stereotipov, kar vodi v nizko samopodobo in slabo lastno učinkovitost. V predstavljeni raziskavi smo preverjali raven javne stigme na vzorcu 234 udeležencev in udeleženk, ki so se udeležili delavnic OMRA v obdobju med 26. 1. 2021 in 25. 5. 2022. Namen

Avtorica: Lilijana Šprah

Znanstveni in strokovni naziv: doktorica medicinskih ved, univerzitetno diplomirana psihologinja, višja znanstvena sodelavka, predstojnica Družbenomedicinskega inštituta ZRC SAZU

Inštitucija/zaposlitev, naslov: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, Novi trg 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: lilijana.sprah@zrc-sazu.si

DOI: https://doi.org/10.3986/9789610506768_10

raziskave je bil, proučiti, s katerimi stereotipi in prepričanji se povezujejo negativni čustveni odzivi in diskriminatorni vedenjski vzorci, povezani s prikazom primera osebe z izkušnjo shizofrenije. Hkrati smo analizirali povezanost javne stigme z izbranimi sociodemografskimi spremenljivkami. V ta namen je bil uporabljen atribucijski vprašalnik AQ-27 (Corrigan in sod., 2003). Rezultati raziskave so pokazali relativno nizko raven javne stigme med udeleženci in udeleženkami raziskave. To lahko pripišemo tudi pristranskemu vzorcu raziskave, saj so v njem prevladovala ženske (88 %), udeleženci in udeleženke so imeli najmanj fakultetno izobrazbo (82 %) in so se pri svojem delu srečevali z osebami s težavami v duševnem zdravju (52 %). Primerljive raziskave kažejo, da so stereotipi, predsodki in diskriminatorno vedenje na področju duševnega zdravja v slovenskem prostoru prisotni v precejšnji meri, zato je treba posebno skrb nameniti prilagojenim programom za zmanjševanje diskriminacije in spodbujanje destigmatizacije. Tovrstnim prizadevanjema sledi tudi program OMRA (www.omra.si).

Ključne besede: javna stigma, osebna stigma, duševno zdravje, diskriminacija, stereotipi

ABSTRACT

Stigma is a multidimensional phenomenon. Perceived public stigma refers to the awareness of stereotypes that exist in the public about persons with mental health problems, and anticipated self-stigma refers to the application of such stereotypes to oneself, resulting in internalized devaluation and disempowerment. In the present study, we examined the extent of public stigma among 234 participants of OMRA workshops held from Jan. 26, 2021, to May 25, 2022, with the aim of investigating the stereotypes and beliefs associated with negative emotional reactions and discriminatory behaviours after the presentation of a case vignette about schizophrenia. In addition, the relationship between public stigma and selected sociodemographic variables was examined. For this purpose, the attribution questionnaire AQ-27 (Corrigan et al., 2003) was applied. The results showed a relatively low level of public stigma among the study participants. This may be attributed to the biased sample, which includes predominantly women (88 %), participants with high levels of education (82 %), and individuals who work with people with mental health problems (52 %). Comparable research shows that stereotypes, prejudice, and discriminatory behaviour in mental health area are present to a significant

degree in Slovenia. Thus, more attention is needed to specific programs that reduce discrimination and promote destigmatization. The OMRA program (www.omra.si) is also making such efforts.

Keywords: *public stigma, self-stigma, mental health, discrimination, stereotypes*

1 UVOD

Težave v duševnem zdravju so v veliki meri obvladljive, v nekaterih primerih pa celo popolnoma ozdravljive. Ljudje s tovrstnimi težavami lahko ob ustrezni zdravstveni podpori živijo polno in bogato življenje, pri tem pa je ključnega pomena, da do te podpore dejansko tudi pridejo. Ena glavnih ovir, ki ljudem otežuje pravočasno iskanje pomoči, ko jo potrebujejo, je stigma. Beseda stigma izhaja iz grščine in označuje telesno znamenje, ki za osebo pomeni nekaj sramotnega in ji prinaša negativne izkušnje (Weinstein, 1982).

Številni ljudje s težavami v duševnem zdravju se soočajo z dvojnimi izzivom; po eni strani z bremenom duševne motnje, ki je posledica njenih simptomov in znakov, po drugi strani pa so zapostavljeni tudi zaradi stereotipov in predsodkov, ki so posledica napačnih predstav o duševnih motnjah. Zaradi obojega so ljudje s težavami v duševnem zdravju oropani možnosti, ki bi jim zagotovila kakovostno življenje: dobre službe, varno stanovanje, zadovoljiva zdravstvena oskrba, socialna mreža in s tem pripadnost raznolikim skupinam ljudi (Corrigan in Watson, 2002).

Tako javna kot osebna stigma oz. samostigma krepi diskriminatorno vedenje do oseb s težavami v duševnem zdravju. Vpliv stigme je dvojen, kot je prikazano v tabeli 1. Javna stigma je odziv, ki ga ima splošno prebivalstvo do ljudi s težavami v duševnem zdravju, osebna stigma pa je predsodek, ki ga ljudje z duševnimi težavami usmerijo vase. Tako javno kot osebno stigmatiko lahko razumemo na ravni treh komponent: stereotipov, predsodkov in diskriminacije. Socialni psihologi razlagajo stereotipe kot posebno učinkovite strukture socialnega (družbenega) znanja, ki jih usvoji večina članov družbene skupine (Hilton in von Hippel, 1996). Stereotipi veljajo za »družbene«, ker predstavljajo kolektivno dogovorjene predstave o določenih skupinah oseb. Imajo določeno praktično vrednost, saj si z njihovo pomočjo lahko ljudje na hitro ustvarijo vtise in pričakovanja do posameznikov, ki pripadajo stereotipni skupini.

Tabela 1: Primerjava definicij javne in osebne stigme (povzeto po Corrigan in Watson, 2002)

Javna stigma	
<i>Stereotip</i>	Negativno prepričanje o določeni skupini ljudi (npr. so nevarni, nesposobni, imajo slab značaj idr.).
<i>Predsodek</i>	Strinjanje s prepričanjem in/ali negativnimi čustvenimi reakcijami (npr. jeza, strah).
<i>Diskriminacija</i>	Vedenjski odziv na predsodke (npr. izogibanje, odpoved zaposlitve in stanovanjskih priložnosti, odklanjanje pomoči).
Osebna stigma	
<i>Stereotip</i>	Negativno prepričanje o sebi (npr. imam slab značaj, sem nesposoben/-na idr.).
<i>Predsodek</i>	Strinjanje s prepričanju in negativnimi čustvenimi reakcijami (npr. nizka samopodoba, slaba lastna učinkovitost).
<i>Diskriminacija</i>	Vedenjski odziv na predsodke (npr. neuspeh pri iskanju zaposlitvenih in stanovanjskih priložnosti).

Izvore javne stigme in diskriminatornega vedenja lahko pojasnujemo tudi s pomočjo teorije atribucij (Corrigan in sod. 2003), ki predpostavlja, da je vedenje ljudi pogojeno s specifičnim kognitivno-čustvenim procesom, s katerim se določeni motnji pripišeta obvladljivost in zaznana nevarnost, kar potem omogoča oblikovanje prepričanj o vzrokih motnje kot tudi osebni odgovornosti posameznika, ki ima težave v duševnem zdravju. Glede na doseženi konsenz se na to osebo okolica odziva z določenim čustvenim nabojem (npr. jeza, strah ali sočutje) in vedenjskimi vzorci (npr. izogibanje ali nudenje podpore), ti odzivi pa lahko privedejo tudi do stigmatiziranja (Corrigan, 2000).

Aktualni pristopi k spreminjanju družbene stigme naslavlajo zlasti tri pomembne pristope. To so: izobraževanje, stik in protesti. Izobraževalni pristopi skušajo spreminjati neustrezne stereotipe o težavah v duševnem zdravju in jih skušajo nadomestiti s prikazom dejstev, pri čemer se poslužujejo javnih objav, knjig, letakov, filmov, videov, spletnih strani, virtualne realnosti in drugih avdiovizualnih pripomočkov. Nekatere prednosti edukacijskih intervencij so njihova relativno nizka cena in širok doseg. Drugi način spreminjanja stigme je stik s skupinami, ki jih stigmatiziramo, recimo stik ena na ena, pogovor z osebami s težavami itn. Tretji način vpliva na stigmo je aktivizem, preko katerega se poudarjajo različne vrste družbenih nepravilnosti, ki so vezane na stigmo (Michaels in sod., 2012). Pri tovrstnih pristopih spreminjanja družbene stigme pa je treba upoštevati tudi nekatere posebnosti javnosti, ki so ji kampanje namenjene, kot so starost, spol, izobrazba, poklicna orientiranost idr. (Lo in sod., 2021).

Predstavljena raziskava je bila motivirana z namenom, da pri udeležencih in udeleženkah naših delavnic OMRA proučimo, s katerimi stereotipi in prepričanji se povezujejo negativni čustveni odzivi in diskriminatorni vedenjski vzorci, ki se povezujejo z javno stigmo. V ta namen smo uporabili opis osebe z izkušnjo shizofrenije. Hkrati smo proučili tudi, kakšna je povezanost javne stigme z izbranimi sociodemografskimi spremenljivkami vključenega vzorca.

2 METODA

2.1 Udeleženci in udeleženke raziskave

V raziskavo so bili vključeni udeleženci in udeleženke spletnih delavnic OMRA *Moč pogovora – šibkost stigme*. Delavnice so bile namenjene vsem, ki so želeli spregovoriti in se pogovoriti o svojih težavah v duševnem zdravju ali težavah bližnjih.

V obdobju od 26. 1. 2021 do 25. 5. 2022 je bilo izvedenih 25 delavnic. Od skupno 278 udeležencev in udeleženk delavnic jih je 234 izpolnilo spletni vprašalnik (Atribucijski vprašalnik AQ-27; Corrigan in sod., 2003). Podrobnejše sociodemografske značilnosti udeležencev in udeleženk delavnic, ki so bili vključeni v raziskavo, so predstavljene v tabeli 2.

Tabela 2: Opis vzorca udeležencev in udeleženk delavnic, ki so bili vključeni v raziskavo (N = 234).

SPOL (v %)		STAROST (leta)		KRAJ BIVANJA (v %)		IZOBRAZBA IN STATUS (v %)			
Ženski	Moški	M	SD	Mesto	Podeželje	Izobrazba		Status	
88	12	42,1	9,2	48	52	Osnovna šola ali manj	0	Študent/-ka oz. dijak/-inja	2,6
						Krajše izobraževanje	0	Zaposlen/-a	85
						Poklicna šola	1	Nezaposlen/-a	6
						Srednja šola	9	Upokojen/-a	6
						Višja šola (I. bolonjska stopnja)	8		
						Fakulteta, visoka šola (II. bolonjska stopnja)	72		
						Magisterij ali doktorat znanosti	10		

Opombe: M = povprečna starost; SD = standardna deviacija

2.2 Pripomočki

Uporabili smo atribucijski vprašalnik AQ-27. Vprašalnik smo za namene raziskave prevedli v slovenščino in mu dodali nekaj postavk za namene zbiranja osnovnih sociodemografskih značilnosti. Vprašalnik AQ-27 so leta 2003 razvili Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan in Kubiak, ko so preučevali izvore stigme in diskriminatornega vedenja.

Vprašalnik temelji na modelu atribucij, ki predpostavlja, da ljudje za osebo s težavami v duševnem zdravju ocenijo, kako zelo se jim zdi nevarna in do kakšne mere je oseba zmožna nadzorovati simptomatiko svojih težav.

Vprašalnik AQ-27 se začne z zelo kratkim opisom osebe s shizofrenijo, čemur sledi 27 trditev, ki se nanašajo na začetni opis. Z devetstopenjsko Likertovo lestvico za vsako trditev se označi raven strinjanja z njo oz. verjetnost določenega svojega vedenjskega odziva (1 – najmanj, 9 – najbolj). Rezultati se prikazujejo na ravni devetih podlestvic, ki odražajo glavne stereotipe o osebah s težavami v duševnem zdravju: krivda, jeza, smiljenje, pomoč, nevarnost, strah, izogibanje, ločevanje in prisila. Najvišji skupni rezultat lestvice znaša 27 točk, najnižji pa 3 točke, pri čemer višji rezultat odraža večje strinjanje s trditvijo. Posamezne podlestvice odražajo naslednje izvore stereotipov:

1. KRIVDA: Osebe naj bi bile same krive in odgovorne za svoje težave in vedenje.
2. JEZA: Jeza in razdraženost zaradi oseb s težavami v duševnem zdravju.
3. SMILJENJE: Sočutje, smiljenje in zaskrbljenost glede oseb z duševno motnjo.
4. POMOČ: Nudenje pomoči in podpore osebam z duševno motnjo.
5. NEVARNOST: Prepričanje, da so osebe z duševno motnjo nevarne.
6. STRAH: Strah pred osebami z duševno motnjo, ker se zdijo nevarne.
7. IZOGIBANJE: Načrtno izogibanje osebam z duševno motnjo na področju zaposlovanja ali oddajanja stanovanja.
8. LOČEVANJE: Potreba po ločevanju oseb z duševno motnjo od preostalega dela populacije (zapiranje v oddaljene ustanove – psihiatrična bolnišnica, socialnovarstveni zavod).
9. PRISILA: Prepričanje, da bi bilo treba osebe z duševno motnjo prisiliti v obvezno zdravstveno obravnavo in medikamentozno zdravljenje oz. življenje v stanovanjski skupini.

2.3 Postopek pridobivanja podatkov

Udeleženci in udeleženke delavnic so bili pred začetkom delavnic povabljeni, da na posredovani spletni povezavi platforme Ika anonimno izpolnijo vprašalnik AQ-27, kjer se je zadnji sklop vprašanj nanašal na osnovne sociodemografske podatke. Navodilo za izpolnjevanje vprašalnika je bilo naslednje:

Prosimo, da preberete zgodbo o Martinu in v nadaljevanju s pomočjo uporabe ocen od 1 do 9 ovrednotite svoje mnenje oz. odzive na Martinovo zgodbo. Prosimo, da pri vsaki postavki pod ustreznim številom označite znak • na lestvici ocen od 1 do 9 (skrajni vrednosti lestvice predstavljata pri oceni 1 najmanj verjeten odziv oz. najnižjo raven strinjanja s trditvijo in pri oceni 9 najbolj verjeten odziv oz. najvišjo raven strinjanja s trditvijo). S tem boste opisali, kako bi se vi morebiti odzvali oz. kakšna je stopnja vašega strinjanja s trditvijo. Ni pravih in napačnih odgovorov. Če niste prepričani, katera ocena najbolj odraža vaše mnenje, je prvi odgovor, na katerega pomislite, po navadi najboljši.

Martin je samski 30-letni moški z izkušnjo shizofrenije. Občasno sliši glasove, ki ga razburijo. V stanovanju živi sam, dela pa kot uslužbenec v veliki odvetniški pisarni. Zaradi svoje izkušnje bolezni je bil že šestkrat hospitaliziran.

Podatke smo po vsaki zaključeni delavnici prenesli v našo zbirno podatkovno bazo, na kateri smo tudi izvedli statistično analizo.

2.4 Statistična obdelava podatkov

Pri statistični obdelavi podatkov smo uporabili računalniški programski paket IBM SPSS Statistics 22. Notranjo zanesljivost celotnega vprašalnika in posameznih podlestvnic smo preverili s koeficientom notranje konsistentnosti (α). Pred izvedbo statističnih analiz smo najprej preverili normalnost distribucije rezultatov pri moških in ženskah za vse podlestvice s pomočjo Kolmogorov-Smirnovskega testa. V nadaljevanju smo uporabili neparametrične statistične teste. Razlike med spoloma v ravni strinjanja s stereotipi smo preverjali s pomočjo neparametričnega Mann-Whitneyjevega U-testa. Z uporabo Spearmanovega koeficienta korelacije smo preverjali, ali je starost udeležencev in udeleženk povezana z rezultatom na posameznih podlestvnicah, s Kruskal-Wallisovim H-testom pa, kako se s stereotipi povezuje izobrazba in kraj stalnega prebivališča.

3 REZULTATI

3.1 Značilnosti vzorca raziskave

V vzorcu raziskave so prevladovali naslednje značilnosti: ženski spol (88 %), fakultetna izobrazba oz. II. bolonjska stopnja (72 %) in status zaposlenega (85 %). Povprečna starost je znašala 42,1 leta in se je gibala v razponu od 19 do 75 let. Dokaj izenačen je bil pri udeležencih in udeleženkah kraj stalnega prebivališča: mesto 48 %, podeželje 52 %. Glede na razlog prijave na delavnico se je največ (35 %) udeležencev in udeleženek opredelilo za izbiro »zaposlen/-a sem v delovni organizaciji, kjer med opravljanjem svojega dela prihajam v stik z osebami, ki imajo tudi težave v duševnem zdravju«. Sledili so naslednji razlogi: »problematika duševnega zdravja me zanima« (30 %); »želim se strokovno izpopolniti, saj sem aktiven/-na na področju nudenja pomoči in podpore osebami s težavami v duševnem zdravju« (17 %); »imam svojca/bližnjega, ki ima težave v duševnem zdravju« (10 %); »imam sam/-a izkušnjo s težavami v duševnem zdravju« (8 %).

3.2 Psihometrične značilnosti vprašalnika AQ-27 in njegovih podlestv

Vprašalnik kot celota je imel zelo dobro mero zanesljivosti ($\alpha = 0,81$). Podlestvica *krivda* se je izkazala z izrazito slabo zanesljivostjo ($\alpha = 0,14$). Podlestvici *smiljenje* in *prisila* sta imeli mejno zanesljivost, pri ostalih šestih pa se je pokazala dobra oz. zelo dobra zanesljivost, kar je razvidno v tabeli 3.

Tabela 3: Notranja zanesljivost uporabljenega vprašalnika in podlestv

Podlestvica	α
AQ-27	0,81
Krivda	0,14
Jeza	0,83
Smiljenje	0,68
Pomoč	0,84
Nevarnost	0,88
Strah	0,90
Izogibanje	0,71
Ločevanje	0,74
Prisila	0,60

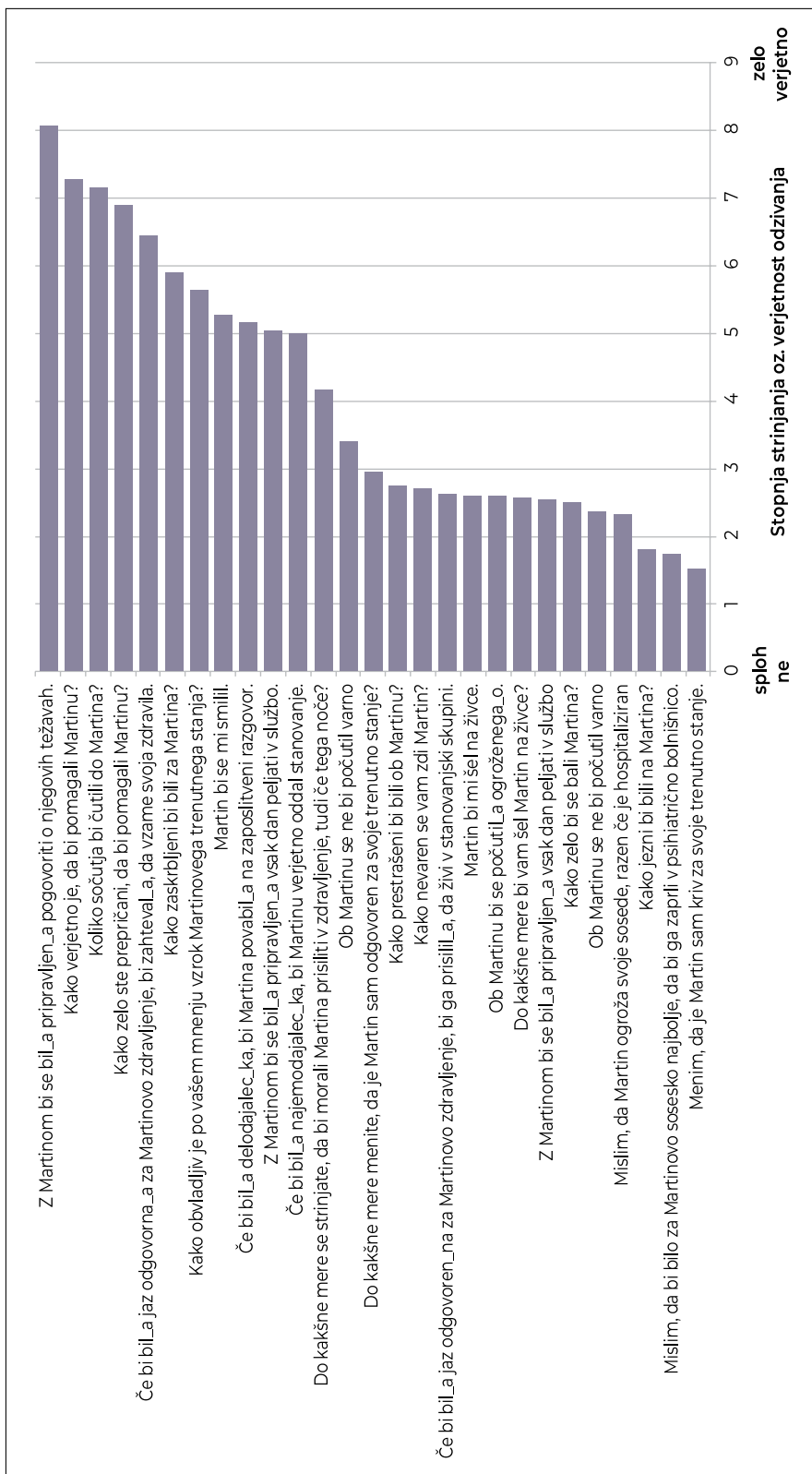
Ker je večina rezultatov pri moških in ženskah za vse podlestvice odstopala od normalne porazdelitve (Kolmogorov-Smirnov test), smo v nadaljevanju analize rezultatov uporabili neparametrične statistične teste.

3.3 Izraženost stereotipnih vedenjskih vzorcev

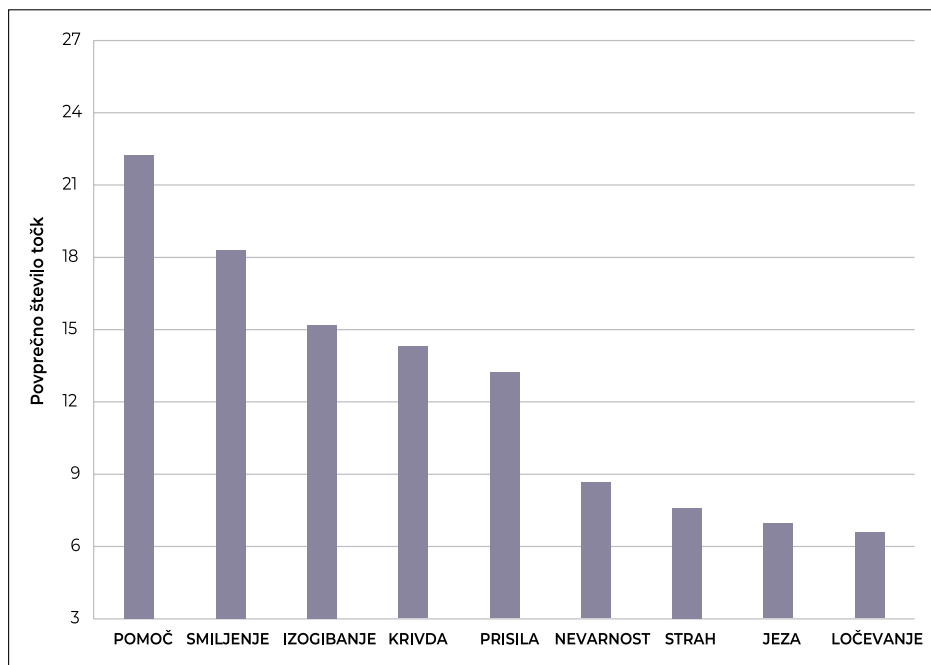
Udeleženci in udeleženke raziskave so pri vsaki postavki na lestvici ocen od 1 do 9 (skrajni vrednosti lestvice predstavljata pri oceni 1 najmanj verjeten odziv oz. najnižjo raven strinjanja s trditvijo in pri oceni 9 najverjetnejši odziv oz. najvišjo raven strinjanja s trditvijo) označili, kako bi se morebiti odzvali oz. kakšna je stopnja njihovega strinjanja s posameznimi trditvami, ki so se nanašale na osebno zgodbo Martina, ki je zbolel za shizofrenijo. Na sliki 1 lahko vidimo, da so kot najverjetnejše vedenjske in čustvene odzive opredelili, da bi se jim Martin smilil, zanj bi bili zaskrbljeni, ne bi se ga bali, veliko sočutja bi čutili do njega, zahtevali bi, da vzame svoja zdravila, bili bi mu zelo verjetno pripravljene pomagati in se pogovoriti o njegovih težavah.

Najbolj izstopata področji *pomoč* in *smiljenje*, kjer smo v vzorcu raziskave zabeležili najvišjo stopnjo strinjanja s postavkami, ki odražajo, da bi se udeleženci in udeleženke bili pripravljene pogovoriti o težavah in nuditi pomoč osebam s težavami v duševnem zdravju, prav tako do njih izražajo precejšnjo mero usmiljenja in zaskrbljenosti. Po drugi strani pa menijo tudi, da oseba ni sama kriva za svoje trenutno stanje in vedenje, in izražajo dokaj visoko strinjanje z načrtnim izogibanjem osebam s težavami v duševnem zdravju. Pri postavkah na podlestvicah *ločevanje* (potreba po ločevanju oseb z duševno motnjo od preostalega dela populacije, zapiranje v oddaljene ustanove) in *jeza* (jeza in razdraženost zaradi oseb, ki naj bi bile same krive za svoje težave) so udeleženci in udeleženke raziskave pokazali najnižjo stopnjo strinjanja (slika 2).

Slika 1: Primerjava povprečnih vrednosti stopenj strinjanja s posameznimi postavkami vprašalnika AQ-27 (N = 234)



Slika 2: Primerjava izraženosti posameznih področij stereotipov pri skupini udeležencev in udeleženk raziskave (N = 234)



3.4 Povezanost stereotipov s spolom

V nadaljevanju smo preverjali, ali obstaja med moškimi in ženskami značilna razlika v ravni strinjanja s stereotipi, ki jih odražajo trditve, zajete v vprašalniku AQ-27. Do statistično značilne razlike ($p < 0,05$) je prišlo le pri podlestvica *jeza* in *izogibanje*, kjer so ženske izrazile nižjo stopnjo jeze in vznemirjenosti glede Martina in manjšo pripravljenost zaposlovanja Martina oz. pripravljenost mu oddati stanovanje. Pri ostalih osmih podlestvica se ni pokazala statistično pomembna razlika med moškimi in ženskam. Pri ženskah se je v primerjavi z moškimi sicer nakazal trend, da se jim je Martin bolj smilil, pripravljene bi mu bile ponuditi več podpore in pomoči, zaznavale so ga kot manj nevarnega in so se ga manj bale, bile manj naklonjene prisili v zdravljenje (tabela 4).

Tabela 4: Primerjava strinjanja s stereotipi med spoloma (N = 232)

Podlestvica	Spol	N	Min	Max	M	SD	Mann-Whitneyjev U-test	p
Krivda	M	27	3	19	14,04	3,73	2755,00	0,97
	Ž	205	7	20	14,36	2,45		
Jeza	M	27	3	19	8,48	4,27	2092,00	0,04*
	Ž	205	3	22	6,76	3,54		
Smiljenje	M	27	3	25	17,04	5,15	2378,50	0,23
	Ž	205	3	27	18,50	4,65		
Pomoč	M	27	11	27	21,37	4,84	2450,00	0,33
	Ž	205	8	27	22,41	4,26		
Nevarnost	M	27	3	22	9,48	5,83	2623,50	0,66
	Ž	205	3	22	8,61	4,61		
Strah	M	27	3	22	8,37	5,68	2682,050	0,79
	Ž	205	3	22	7,51	4,19		
Izogibanje	M	27	8	27	18,11	5,30	1862,00	0,01*
	Ž	205	3	27	14,78	5,93		
Ločevanje	M	27	3	20	6,96	4,07	2636,50	0,69
	Ž	205	3	18	6,58	3,53		
Prisila	M	27	3	23	12,00	5,74	2345,00	0,20
	Ž	205	3	24	13,41	4,74		

Opombe: * $p < 0,05$

3.5 Povezanost stereotipov s starostjo, ravniyo izobrazbe in krajem stalnega bivanja

Starost se na našem vzorcu udeležencev in udeleženek ni pokazala kot pomembna spremenljivka, ki bi vplivala na izraženost posameznih stereotipov (tabela 5). Izražena je le ena značilna korelacija, vendar z zelo nizko stopnjo povezanosti ($r = -0,14$) na podlestvici *prisila*, kjer bi lahko bila višja starost povezana z manjšim strinjanjem z mnenjem, da bi morali osebe s težavami v duševnem zdravju prisiliti v obvezno zdravstveno oz. medikamentozno obravnavo.

Tabela 5: Povezanost stereotipov s starostjo

Podlestvica	Starost	
	r_s	p
Krivda	0,00	0,96
Jeza	-0,00	0,99
Smiljenje	-0,08	0,20
Pomoč	0,07	0,32
Nevarnost	-0,09	0,19
Strah	-0,08	0,22
Izogibanje	0,03	0,61
Ločevanje	-0,11	0,10
Prisila	-0,14	0,04*

Opombe: * $p < 0,05$

Tudi raven izobrazbe in kraj stalnega prebivanja se na našem vzorcu nista pokazala kot statistično pomembni spremenljivki, ki bi vplivali na izraženost stereotipov na posameznih podlestvicah.

4 RAZPRAVA

V raziskavo smo vključili skupino udeležencev in udeleženek, ki so se udeležili katere od 24 spletnih delavnic *Moč pogovora – šibkost stigme* (N = 234). Delavnice so potekale med 26. 1. 2021 in 25. 5. 2022 v manjših skupinah (12–15 oseb) in so bile namenjene strategijam krepitve samospoštovanja, lastnih virov moči, skupnih premislekov o razkrivanju težav v duševnem zdravju in pogovoru o svojih težavah v duševnem zdravju ali težavah bližnjih. S pomočjo izbranih vaj sta vodji delavnice skupaj z udeleženkami in udeleženci naslovili naslednje teme: kako začeti pogovor o stigmati in diskriminaciji, kako stigma in diskriminacija vplivata na nas in raznolike skupnosti, v katerih živimo in delujemo, kako podpreti nekoga za pogovor o lastni izkušnji.

V raziskavo sicer ni bil vključen reprezentativen, naključen vzorec, ampak le osebe, ki so se udeležile kakšne od spletnih delavnic. Pred delavnicami so bili udeleženci in udeleženke povabljeni k izpolnjevanju spletne oblike atribucijskega vprašalnika AQ-27 (Corrigan in sod., 2003). Vprašalnik temelji na modelu atribucij in z njim je mogoče preučevati naravo javne stigme in diskriminatornega vedenja. V ta namen je bila uporabljena zgodba, ki

opisuje osebo z izkušnjo shizofrenije. Udeleženci in udeleženke so s pomočjo vprašalnika ocenjevali svoje občutke, stališča in vedenja do te osebe in njenih okoliščin. Notranja zanesljivost vprašalnika in njegovih podlestvica se je izkazala kot zelo dobra (α med 0,60 in 0,90). Le podlestvica *krivda* je imela relativno slabo notranjo veljavo ($\alpha = 0,14$). Tako lahko zaključimo, da je kljub relativno majhnemu vzorcu raziskave uporabljeno orodje podalo dovolj kakovostne rezultate, s pomočjo katerih lahko sklepamo o nekaterih značilnostih javne stigme in diskriminatornega vedenja na področju duševnega zdravja, seveda ob upoštevanju nekaterih omejitev značilnosti vzorca. Naš vzorec so namreč predstavljale predvsem ženske (88 %). Povprečna starost vzorca je znašala 42,1 leta, prevladovala pa je fakultetna izobrazba oz. II. bolonjska stopnja (72 %). Največ (35 %) udeleženk in udeležencev se je delavnice udeležilo, zato ker so zaposleni v delovni organizaciji, kjer med opravljanjem svojega dela prihajajo v stik z osebami, ki imajo tudi težave v duševnem zdravju, 30 % jih problematika duševnega zdravja zanima, najmanj (8 %) pa jih je bilo takšnih, ki so imeli sami izkušnjo s težavami v duševnem zdravju.

Posebnosti našega vzorca raziskave se odražajo do določene mere tudi v stališčih, ki so se izkazala kot najbolj izstopajoča in odražajo nizko raven diskriminatornih in stereotipnih stališč udeležencev in udeleženk raziskave (slika 1). Prevladovala so predvsem stališča, ki jih lahko povežemo z visoko stopnjo občutljivosti do oseb s težavami v duševnem zdravju, pripravljenostjo jim prisluhniti in pomagati in zavračanjem intervencij, ki bi takšne osebe izolirala od ostale družbe. Takšen trend rezultatov bi povezali s tem, da je bilo v našem vzorcu več kot 70 % ljudi z visokošolsko izobrazbo in 35 % takšnih, ki se pri svojem delu srečujejo z ljudmi s težavami v duševnem zdravju. Glede na primerljive rezultate podobnih študij bi torej lahko sklepali o njihovi višji ravni pismenosti o duševnih motnjah in posledično manj izraženih diskriminatornih vedenjskih vzorcih (Del Olmo-Romero in sod., 2019).

Avtorji poročajo, da tako starost kakor spol vplivata na odnos do oseb s težavami v duševnem zdravju. Pri tem je pomemben dejavnik tudi to, do katere vrste duševne motnje se opredeljujejo udeleženci in udeleženke raziskav, čeprav domala vse diagnoze duševnih motenj povzročajo v širši populaciji neko obliko stigmatiziranega odnosa (Angermeyer in Matschinger, 2003; Griffiths, 2006). Odnos do shizofrenije je npr. bolj negativen in poln stereotipov v primerjavi z generalizirano anksiozno motnjo, pri čemer se ženske odzivajo na težave v duševnem zdravju bolj pozitivno v primerjavi z moškimi (Bradbury, 2020; Corrigan in sod., 2012). Corrigan in sod. (2003) so izvedli študijo, ki je pokazala, da so bili moški pogosteje prepričani, da je oseba sama kriva za svoje težave

v duševnem zdravju. Moški so ob opisu človeka s shizofrenijo tudi čutili več jeze in manj usmiljenja, starejši udeleženci pa so na splošno čutili manj jeze in strahu pred osebo s težavami v duševnem zdravju. Tisti, ki so bili mnenja, da lahko oseba sama obvladuje svojo shizofrenijo, so čutili večjo mero jeze in manj usmiljenja, če pa se jim je zdelo, da je ni zmožna obvladovati, se je pokazalo obratno. Moški in starejši udeleženci so bili na splošno manj nagnjeni k nudenju pomoči in so v večji meri podpirali segregacijo in prisilno obravnavo oseb s težavami v duševnem zdravju. Tisti, ki so bili bolj seznanjeni s težavami v duševnem zdravju, so bili v večji meri pripravljeni nuditi pomoč in redkeje podpirali segregacijo in prisilno obravnavo, kar kaže na pomembnost opismenjevanja. Na vedenjski odziv sta na splošno močno vplivali prepričanje o osebni odgovornosti in zaznana nevarnost. Če je udeleženec presodil, da je oseba sama kriva za nastalo situacijo ali nevarna, se je močno zmanjšala verjetnost pozitivnega odziva in nudenja pomoči, če pa je ocenil, da oseba ni kriva za svoje težave ali da ni nevarna, se je pokazalo ravno obratno. Zanimivo je, da se je občutek smiljenja povezoval tako z večjo verjetnostjo nudenja pomoči kot tudi z večjo naklonjenostjo prisilni obravnavi in ločevanju.

Podobne trende smo odkrili tudi v naši raziskavi. Rezultati analize razlik v stereotipih med spoloma so pokazali statistično pomembne razlike na podlestvicah *jeza* in *izogibanje*, kjer so ženske izrazile nižjo stopnjo jeze in iritiranosti zaradi oseb z duševnimi motnjami in manjšo pripravljenost njihovega zaposlovanja. Pri ostalih podlestvicah se niso pokazale statistično pomembne razlike med moškimi in ženskam kljub opaznemu trendu, da so ženske izražale višjo stopnjo smiljenja, pripravljenosti nudenja več podpore in pomoči, manjši občutek nevarnosti in strahu pred osebami z duševnimi motnjami in so bile manj naklonjene prisilnemu v zdravljenju. Povezanost starosti in izobrazbe s posameznimi področji stereotipov se v naši raziskavi sicer ni pokazala kot pomembna, čeprav primerljive študije razkrivajo vpliv starosti na raven diskriminacije in stereotipnih prepričanj (Bradbury, 2020; Time to Change, 2015). Tako so npr. v starostni skupini nad 40 let avtorji odkrili nižjo raven stigmatiziranih odnosov do generalizirane anksiozne motnje in shizofrenije v primerjavi s starostno skupino 16–18 let (Gonzalez, 2005).

Izsledki nekaterih raziskav navajajo, da ni nujno, da bi mlajše osebe imele manj stigmatizirana stališča v primerjavi s starejšimi (40 let in več) (Bradbury, 2020). Starostna skupina nad 40 let (ki je bila prevladujoča v našem vzorcu) se je namreč v več raziskavah izkazala kot skupina z nižjimi ravnmi stigmatizirajočih stališč, kar avtorji razlagajo s tem, da so pripadniki te starostne skupine verjetneje v življenju že imeli stik z nekom z diagnosticirano duševno motnjo in so lahko

bolje obveščeni o značilnostih težav v duševnem zdravju, kar bi posledično lahko vplivalo na manj stigmatizirajoča stališča. Medtem se le-ta lahko krepijo pri mlajši populaciji, kar je lahko poleg slabše obveščenosti tudi posledica družbenega pritiska na njihovo vedenje, da so videti kot »dobro delujoči« član svoje vrstniške skupine (Corrigan in sod., 2012; Gonzalez in sod., 2005). Nekatere raziskave pa poročajo tudi, da so mladi bolj nagnjeni k razumevanju duševne motnje kot osebnega neuspeha ali šibkosti in ne kot zdravstvenega problema (Jorm in Wright, 2008).

Raven izobrazbe se iz naših podatkov ni izkazala kot pomemben dejavnik, ki bi vplival na izraženost stereotipov. Najbrž tudi zaradi tega, ker smo imeli glede izobrazbene strukture precej neuravnotežen vzorec: okrog 80 % udeležencev in udeleženk raziskave se je uvrstilo med najbolj izobražen kader v populaciji. Sicer pa je rezultat naše raziskave v skladu z nekaterimi primerljivimi raziskavami. Višja stopnja končane izobrazbe se je namreč v več raziskavah izkazala kot dober napovednik manj stigmatizirajočega odnosa do oseb s težavami v duševnem zdravju (Corrigan in Watson, 2007; Gonzales idr., 2017; Phelan in Link, 2004), kar avtorji interpretirajo kot boljšo poučenost o duševnih motnjah, ki gre z roko v roki z več leti zaključene izobrazbe. V tej luči tudi ne čudi naš rezultat, da nismo odkrili pomembnega vpliva ravni izobrazbe na izraženost stereotipov, saj je prevladoval visok delež zelo dobro izobraženih udeležencev in udeleženk raziskave.

Raven strinjanja s stereotipi smo v našem vzorcu preverjali tudi glede na mestno ali podeželsko okolje bivanja. Analiza podatkov ni pokazala statistično pomembnih razlik. Ta rezultat se ne sklada z izsledki primerljivih raziskav, kjer avtorji navajajo, da je za ruralni kontekst značilna prisotnost večje stigme na področju duševnega zdravja, več diskriminatornega vedenja do oseb s težavami v duševnem zdravju in negativna stališča do iskanja strokovne pomoči v primeru duševnih motenj, slabša pismenost o duševnem zdravju v primerjavi z mestnim okoljem (Fuller in sod., 2000; Jackson in sod., 2007; Yin in sod., 2020). Slabšo poučenost o duševnih motnjah v teh okoljih bi lahko razumeli tudi kot dejavnik, ki krepi strah pred osebami s težavami v duševnem zdravju.

5 ZAKLJUČEK

Izsledki predstavljene raziskave do neke pritrjujejo modelu atribucije (Corrigan in sod. 2003), ki predpostavlja, da ljudje do oseb s težavami v duševnem zdravju oblikujejo prepričanja, da je oseba sama kriva za svoje težave, čemur sledi čustveni odziv (npr. strah, jeza ali smiljenje) in posledično še vedenjski odziv, ki je lahko tudi stigmatizirajoč (obtoževanje, izogibanje, podpiranje ločevanja in pri-

silne obravnave, nudenje ali odrekanje pomoči). Marsikdo meni, da imajo osebe z duševno motnjo enako mero nadzora nad lastnim vedenjem kot drugi ljudje, kar naj bi posledično pomenilo, da so same krivi za to, kar se jim dogaja. Temu največkrat sledita negativna čustvena reakcija in diskriminatorno vedenjski odziv.

Stigma vključuje tako različne stereotipe kot diskriminatorno vedenje do posameznikov s težavami v duševnem zdravju. Posledica stigme je posameznikova izključenost iz družbe, slaba socialna podpora, slabša kakovost življenja in slaba samopodoba. Poleg vpliva na kakovost življenja pa ima stigma tudi zelo negativen učinek na uspešnost in okrevanje posameznika s težavami v duševnem zdravju. Stigma je povezana tudi s slabšo dostopnostjo do izobrazbe, težavami pri iskanju zaposlitve in socialno izključenostjo.

Izsledki primerljivih slovenskih raziskav (Krivec in Suklan, 2015; Plemelj Gričar, 2012; Švab in sod., 2004; Švab in Strbad, 2004) potrjujejo nekatere predhodne ugotovitve mednarodnih študij in kažejo na to, da so stereotipi, predsodki in diskriminatorno vedenje na področju duševnega zdravja v slovenskem prostoru še kako prisotni. Odsev javne stigme pa lahko zasledimo tudi na področju samostigme, ki se povezuje z iskanjem pomoči v primeru težav v duševnem zdravju. Stanje ne čudi, saj je bilo področje duševnega zdravja v slovenskem prostoru dolgo tudi na sistemski ravni potisnjeno na rob zdravstvenih politik. S sprejetjem Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28) smo 27. 3. 2018 tudi v Sloveniji dobili sodoben dokument na področju skrbi za duševno zdravje, ki sistematično in celostno naslavlja to področje, pri tem pa posebno skrb namenja ukrepom na področju zmanjševanja diskriminacije in spodbujanja destigmatizacije. Tovrstnim prizadevanjema sledi tudi program OMRA (www.omra.si), ki naslavlja problematiko stigme, povezane z duševnim zdravjem z raznolikimi vsebinami, vključno z delavnicami, kjer se oblikuje varen in zaupen prostor za odkrit pogovor o stigmi, diskriminaciji in prvoosebni izkušnji.

Literatura

- Angermeyer, M. C. in Matschinger, H. The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003; 108(1): 304–309.
- Bradbury, A. Mental Health Stigma: The Impact of Age and Gender on Attitudes. *Community Mental Health Journal*. 2020; 56(5): 933–938.
- Corrigan, P. W. Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2000; 7(1): 48–67.

- Corrigan, P. W. in Watson, A. C. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002; 9(1): 35–53.
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D. in Kubiak, M. A. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*. 2003; 44(2): 162–179.
- Corrigan P. W. in Watson, A. C. The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Mental Health Journal*. 2007; 43: 439–458.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D. in Rüsck, N. Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*. 2012; 63(10): 963–973.
- Del Olmo-Romero, F., González-Blanco, M., Sarró, S., Grácio, J., Martín-Carrasco, M., Martínez-Cabesón, A. C. in sod. Mental health professionals' attitudes towards mental illness: professional and cultural factors in the INTER NOS study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2019: 269; 325–339.
- Fuller, J., Edwards, J., Procter, N. in Moss, J. How definition of mental health problems can influence help seeking in rural and remote communities. *The Australian Journal of Rural Health*. 2000; 8(3): 148–153.
- Gonzalez, J. M., Alegria, M. in Prihoda, T. J. How do attitudes toward mental health treatment vary by age, gender, and ethnicity/race in young adults? *Journal of Community Psychology*. 2005; 33(5): 611–629.
- Gonzales, L., Cha, G. in Yanos, P. T. Individual and neighborhood predictors of mental illness stigma in New York state. *Stigma and Health*. 2017; 2(3): 175–181.
- Griffiths, K. M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A. F. in Nakane, H. Stigma in response to mental disorders: A comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry*. 2006. Dostopno na: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-21> (citirano 8. 7. 2022).
- Hilton, J. L. in von Hippel, W. Stereotypes. *Annual review of psychology*. 1996; 47: 237–271.
- Jackson, H., Judd, F., Komiti, A., Fraser, C., Murray, G., Robins, G. in sod. Mental health problems in rural contexts: What are the barriers to seeking help from professional providers? *Australian Psychologist*. 2007; 42(2): 147–160.
- Jorm, A. F. in Wright, A. Influences on young people's stigmatising attitudes towards peers with mental disorders: National survey of young Australians and their parents. *The British Journal of Psychiatry*. 2008; 192(2): 144–149.
- Krivec, J. in Suklan, J. Vpliv stigme na odnos do psihološke pomoči. *Raziskave in razprave*. 2015; 8(3): 4–62.
- Lo, L. L. H., Suen, Y. N., Chan, S. K. W., Sum, M. Y., Charlton, C., Lai Ming, C. in sod. Sociodemographic correlates of public stigma about mental illness: a population study on Hong Kong's Chinese population. *BMC Psychiatry*. 2021; 21: 274. Dostopno na: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03301-3> (citirano 8. 7. 2022).
- Michaels, P. J., Lopez, M., Rusch, N. in Corrigan, P. Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society & Education*. 2012; 4(2): 183–194.

- Phelan, J. C. in Link, B. G. Fear of people with mental illnesses: The role of personal and impersonal contact and exposure to threat or harm. *Journal of Health and Social Behavior*. 2004; 45: 68–80.
- Plemelj, A. in Gričar, N. Odnos delodajalcev do zaposlovanja oseb z motnjo v duševnem zdravju. *Posvetovanje: Delovna terapija – stroka sedanjosti*. 2012. Dostopno na: <https://www.zf.uni-lj.si/images/ri/publikacije/stroka2012/2.pdf> (citirano 8. 7. 2022).
- Strbad, M. in Švab, V. Stigmatizacija in psihiatrija. *Medicinski razgledi*. 2005; 44(2): 147–154.
- Švab, V., Strbad, M., Zupanc, M. in Zalar, B. Stigmatizacija ljudi z duševnimi motnjami. V: Kersnik, J., ur., *Družinska medicina na stičišču kultur*. 21. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD: 85–90; 2004.
- Švab, V. *Duševna bolezen in stigma*. Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje; 2009.
- Time to Change. (2015). *Attitudes to Mental Illness: Research Report*; 2014. Dostopno na: <https://www.bl.uk/britishlibrary/~media/bl/global/social-welfare/pdfs/non-secure/a/t/t/attitudes-to-mental-illness-2014-research-report-001.pdf> (citirano 8. 7. 2022).
- Weinstein, R. M. Stigma and mental illness: Theory versus reality. *Orthomolecular Psychiatry*. 1982; 11(2): 87–99.
- Yin, H., Wardenaar, K. J., Xu, G., Tian, H. in Schoevers, R. A. Mental health stigma and mental health knowledge in Chinese population: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2020; 20(1): 323.