Stavovi opće populacije o stigmatizaciji osoba oboljelih od shizofrenije u Hrvatskoj

Šebalj, Jana

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:874562

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

zir.nsk.hr

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište Sjever

Završni rad br.: 1319/SS/2020

Stavovi opće populacije o stigmatizaciji osoba oboljelih od shizofrenije u Hrvatskoj

Jana Šebalj, 2365/336

Varaždin, rujan, 2020. godine



Sveučilište
Sjever

Odjel Sestrinstvo

Završni rad br.: 1319/SS/2020

Stavovi opće populacije o stigmatizaciji osoba oboljelih od shizofrenije u Hrvatskoj

Student

Jana Šebalj, 2365/336

Mentor

Marija Božičević, mag. med. techn., pred.

Varaždin, rujan, 2020.

Predgovor

Iskreno se zahvaljujem mentorici Mariji Božičević, mag. med. techn., pred. na savjetima, uloženom strpljenju, trudu, vremenu, pomoći i objašnjenima koje mi je iskazala tijekom izrade ovog rada. Posebno se želim zahvaliti svojoj obitelji i prijateljima koji su mi bili iznimna potpora tijekom studiranja.

Sažetak

Shizofrenija je složeni, kronični poremećaj mentalnog zdravlja kojeg karakterizira niz simptoma, uključujući zablude, halucinacije, neorganizirani govor i ponašanje te oštećene kognitivne sposobnosti. Rani početak bolesti, zajedno s njezinim kroničnim tijekom, velika su zapreka za mnoge pacijente i njihove obitelji. Kao teški mentalni poremećaj koji obično počinje u kasnoj adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi i uzrokuje trajnu invalidnost te lošu kvalitetu života, osobe sa shizofrenijom moraju se nositi sa svojim simptomima, no uz njih i negativnim društvenim stavovima. Stigma je oblik devijacije koja dopušta drugima da sude bolesnome pojedincu, oduzimajući mu legitimitet za sudjelovanje u društvenim interakcijama.

U provedenom istraživanju disecirani su pozitivni i negativni stavovi sudionika te opisana usporedba sa svjetskom literaturom drugih razvijenih država.

Ključne riječi: shizofrenija, simptomi, stigma, samostigma, kvaliteta života

Summary

Schizophrenia is a complex, chronic mental health disorder characterized by a range of symptoms, including delusions, hallucinations, disorganized speech, behavior and impaired cognitive abilities. The early onset of the disease, along with its chronic course, is a major barrier for many patients and their families. As a severe mental disorder that usually begins in late adolescence or early adulthood that causes permanent disability and poor quality of life, people with schizophrenia have to deal with their symptoms, but also negative social attitudes. Stigma is a form of deviation that allows others to judge an ill individual, depriving him of legitimacy to participate in social interactions.

The research dissects positive and negative attitudes of the participants and describes comparison with the world literature of other developed countries.

Key words: schizophrenia, symptoms, stigma, self-stigma, quality of life

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR–42000 Varaždin

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK Jana Šebalj | MATIČNI BROJ 2365/336

DATUM 31.08.2020. | KOLEGIJ Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

NASLOV RADA Stavovi opće populacije o stigmatizaciji osoba oboljelih od shizofrenije u Hrvatskoj

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Attitudes of the general population about the stigmatization of people with schizophrenia in Croatia

MENTOR Marija Božičević, mag. med. techn. | ZVANJE predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. dr.sc. Jurica Veronek, predsjednik
2. Marija Božičević, mag. med. techn., mentor
3. Andreja Bogdan, prof., član
4. dr.sc. Ivana Živoder, zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ 1319/SS/2020

OPIS

Shizofrenija je složeni, kronični poremećaj mentalnog zdravlja kojeg karakterizira niz simptoma, uključujući zablude, halucinacije, neorganizirani govor i ponašanje te oštećene kognitivne sposobnosti. Rani početak bolesti, zajedno s njezinim kroničnim tijekom, velika su zapreka za mnoge pacijente i njihove obitelji. Kao teški mentalni poremećaj koji obično počinje u kasnoj adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi i uzrokuje trajnu invalidnost te lošu kvalitetu života, osobe sa shizofrenijom moraju se nositi sa svojim simptomima, no uz njih i negativnim društvenim stavovima. Stigma je oblik devijacije koja dopušta drugima da sude bolesnome pojedincu oduzimajući mu legitimitet za sudjelovanje u društvenim interakcijama.

U radu je potrebno:
- definirati pojam shizofrenije i stigme
- opisati tijek, kliničku sliku i kvalitetu života osobe oboljele od shizofrenije
- opisati incidenciju i prevalenciju shizofrenije u Hrvatskoj i svijetu

ZADATAK URUČEN 08.09.2020. | POTPIS MENTORA

REPUBLIKA HRVATSKA
SVEUČILIŠTE SJEVER

Sveučilište
Sjever

SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, JANA ŠEBALJ *(ime i prezime)* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/~~diplomskog~~ (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom STAVOVI OPĆE POPULACIJE O STIGMATIZACIJI OSOBA OBOLJELIH OD SHIZOFRENIJE U RH *(upisati naslov)* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Jana Šebalj
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, JANA ŠEBALJ *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/~~diplomskog~~ (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom ~~STAVOVI OPĆE POPULACIJE O STIGMATIZACIJI OBOLJELIH OSOBA OD SHIZOFRENIJE U RH~~ *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Jana Šebalj
(vlastoručni potpis)

Sadržaj

1. Uvod 1
1.1. Shizofrenija 3
1.1.1. Tipovi shizofrenije 3
1.1.2. Klinička slika shizofrenije 4
1.1.3. Incidencija i prevalencija shizofrenije u svijetu i Hrvatskoj 6
1.2. Stigmatizacija i kvaliteta života osoba oboljelih od shizofrenije 7
1.2.1. Povezanost shizofrenije i suicida 9
1.2.2. Povezanost shizofrenije i agresivnosti 9
1.2.3. Kvaliteta života bolesnika oboljelog od shizofrenije 10
2. Cilj istraživanja 11
2.1. Hipoteze 11
3. Metode istraživanja 12
3.1. Sudionici 12
3.2. Instrumentarij 12
3.3. Postupak 12
4. Obrada podataka 13
5. Rasprava 27
6. Zaključak 29
7. Literatura 31

1. Uvod

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) mentalno zdravlje definira kao stanje dobrobiti osoba gdje pojedinac ostvaruje svoje potencijale, istovremeno se dobro nosi sa stresom normalnog života, orijentiran je na produktivnost i produktivan život te pridonosi svojoj zajednici. [1] Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja su jedni od najzastupljenijih skupina bolesti, kako u svijetu, tako i u Hrvatskoj. Po stupnju hospitalizacije, u Hrvatskoj zauzimaju visoko peto mjesto, s naglaskom na povišenu razinu zaprimljenih muškaraca u posljednjih nekoliko godina. [2]

Shizofrenija je složena bolest koja pogađa 1% populacije. Ona je invalidna i teška mentalna bolest koja obuhvaća sve društvene klase, rasne i etničke skupine, a širi se po svim dijelovima svijeta. Shizofrenija predstavlja složenu disfunkciju mozga, očito je da kada je psihoza prisutna u bolesnika sa shizofrenijom, temeljni biološki proces bolesti traje već dugi niz godina. Patofiziologija shizofrenije je multifaktorijalna. Češća je u muškaraca, obično se manifestira u kasnoj adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, a njezino rano otkrivanje od strane svih kliničara je važno kako bi se moglo pravilno uputiti na specijaliziranu psihijatrijsku skrb.

Klinički prikaz ove bolesti je heterogen i složen, s tipičnom evolucijom koja se temelji na nekoliko epizoda akutne dekompenzacije koja zahtijeva hospitalizaciju. Dijagnoza shizofrenije oslanja se na neke ključne simptome, a različiti međunarodni dijagnostički kriteriji razlikuju se u odnosu na vremenski prozor s produktivnom simptomatologijom potrebnom za postavljanje dijagnoze. Prognoza je promjenjiva, ne pogoršava se uvijek i tijek bolesti je bolji kad se liječenje započne što je prije moguće.

Ova bolest ima značajan utjecaj, ne samo na zdravlje i dobrobit pacijenata, već i na njihovo okruženje. Iako su znanstvena istraživanja o etiologiji mentalnih poremećaja poboljšala znanje o genetskim i psihosocijalnim aspektima povezanima s pojavom mentalnih bolesti, stigmatiziranje stavova i ponašanja i dalje je vrlo rašireno i predstavlja značajan društveni problem. Stigmatiziranje uvjerenja o mentalnim bolestima može biti svakodnevna borba za ljude koji imaju shizofreniju. Povezivanje nekoga s psihijatrijskom dijagnozom utječe na to kako tu osobu doživljavaju drugi.

Dimenzija kvalitete života nudi dodatne informacije koje koriste višedimenzionalnom pogledu u istraživanju i liječenje teških mentalnih poremećaja. U bolesnika sa shizofrenijom, odnosi između nade, depresije i samo-stigme su međusobno isprepleteni. Samostigma je

složeni unutarnji proces u kojem osoba sebi dodjeljuje oznaku hendikepa koji za njega predstavlja štambilj, odnosno već na početku pretpostavlja da će se drugi ljudi u njegovoj okolini ponašati na negativan način. Cilj ovog rada je ispitati stavove ljudi u Hrvatskoj o osobama oboljelih od shizofrenije.

1.1. Shizofrenija

Shizofrenija je teški psihijatrijski poremećaj koji ima duboki utjecaj na pojedinca i društvo. Iako ishodi možda nisu tako jednolično negativni kao što se to obično smatra, preko 50% onih koji dobiju dijagnozu imaju povremene, ali dugoročne psihijatrijske probleme, a oko 20% ima kronične simptome i dugotrajnu invalidnost. Shizofreniju karakterizira raznolika psihopatologija, a srž su joj značajke pozitivnih i negativnih simptoma te kognitivnih poremećaja koji variraju individualno. [3] Shizofrenija je vrlo nasljedan neurorazvojni oblik, odnosno nosi genetsku predispoziciju za razvoj bolesti. [4] U složenoj interakciji genetskih i okolišnih čimbenika, geni zaslužni za nastanak ove bolesti su i dalje nepoznati, no postoje snažni dokazi kako ipak postoje male genetske varijacije koje su i sami uzrok. [5] Djeca koja nose više alela rizika pokazuju određene promjene u socijalnim interakcijama i ponašanju, a nakon 4. godine se to vidi i u drugim domenama života kao internalni problemi razvoja IQ-a, motoričkih nepravilnosti ili pak psihotičnih iskustava. [4]

Od vrlo rane dobi osnovane su ustanove koje su smještale mentalno bolesne osobe. Već krajem 13. stoljeća u Londonu je osnovani samostan koji je kasnije, u 16. stoljeću postao poznati kao bolnica Bedlam i smatrala se najvećom mentalnom bolnicom na svijetu. Sami izraz „Bedlam“ značio je „kaos“ ili „ludilo“. U 18. stoljeću koristila se kao turistička atrakcija s neograničenim satima posjeta koji su se naplaćivali i bili izvor prihoda. [6] Prvi formalni opis shizofrenije potječe iz davne 1852. godine kada ju je Benedikt Morelto nazvao „psihoza“. Kasnije, u drugoj polovici 19. stoljeća, Emil Kraepelin podijelio je mentalne poremećaje u kronične psihoze koje dovode do rane demencije (demencija praecox) i afektivne psihoze. Kasnije, 1899., na samom rubu 19. stoljeća, razvio je koncept shizofrenije u 6. izdanju svog priručnika. [7]

Izraz „shizofrenija“ potječe iz grčke riječi schizein - „rascjep“ i phren - „um, volja“, iako struktura imena više označava razdvojenost umjesto nedosljednosti. [7] Od 1966. mentalne bolesti su postale psihijatrijske bolesti, a tom promjenom se psihijatrija uključuje u medicinska istraživanja i postaje najmlađa medicinska disciplina. [8]

1.1.1. Tipovi shizofrenije

Tipovi shizofrenije su paranoidna, hebefrena, katatona, nediferencirana, rezidualna i shizofrenija simpleks. U klasifikaciji paranoidne shizofrenije središnje su takozvane bizarne

zablude. Pod bizarnim se podrazumijeva nešto što je izvan našeg znanstvenog svjetonazora kao na primjer „gosti“ u glavama bolesnika iz vanzemaljskih svjetova, paranoja da netko može kontrolirati naše misli ili ih ukrasti. [9] Hebefrena shizofrenija je ranog početka, tipično tijekom adolescencije, karakterizirano pojavom simptoma promjene raspoloženja prije pojave psihoza i dezorganiziranih simptoma. Ona brzo napreduje s teškim funkcionalnim oštećenjima i pogoršanjem kognitivnih funkcija. Ova podvrsta ima relativno slabu reakciju na liječenje i lošiju dugoročnu prognozu. [10] Katatona shizofrenija definirana je katatonijom, a očituje se naizmjeničnim fazama stupora i motoričke krutosti ili ekstremnom fazom katatonskog uzbuđenja kao eholalija (stereotipno ponavljanje riječi i fraza druge osobe) i ehopraksija (imitacija pokreta ili radnje koje se izvode u okolini). Neki od najčešćih znakova su određeni manirizmi (bizarne, neprirodne kretnje) i grimase. [11]

Nediferencirana shizofrenija se još naziva i atipična jer bolesnici imaju različite simptome koji ne zadovoljavaju kriterije za bilo koji drugi tip ili imaju obilježja više od jednog tipa shizofrenije. [12] Rezidualnu shizofreniju karakteriziraju pretežno negativni simptomi, stoga je puno zahtjevnija u liječenju. [13] Shizofrenija simpleks počinje postupno i ne razvija se brzo. Karakterizira je socijalno nefunkcioniranje i prevladavaju negativni simptomi, od kojih su važniji bezvoljnost i poremećaj afekta. [14]

1.1.2. Klinička slika shizofrenije

Razlikovanje pozitivnih i negativnih simptoma nastali su u području neurologije, tek kasnije je psihijatrija usvojila ove simptome, a njihovo razlikovanje odgovara u kliničkom promatranju i lakšem opisivanju bolesnika. Iako pozitivni simptomi odražavaju višak ili narušavanje normalne funkcije, negativni simptomi se odnose na smanjenje ili odsustvo normalnog ponašanja, široko definirano kao smanjenje normalnih funkcija koje su povezane s motivacijom i interesom. Negativni simptomi su jezgra komponenta shizofrenije i oni predstavljaju veliku količinu dugoročnog obolijevanja i loših funkcionalnih ishoda. [15] Konsenzus na terenu sugerira da postoji pet negativnih simptoma:

- prikriveni afekt
- alogia
- asocijalnost
- anhedonija
- avolicija

Ti se simptomi nazivaju negativnima jer uključuju nedostatak u iskustvima koja su obično prisutna kod zdravih ljudi. Prikriveni afekt ili afektivnost odnosi se na smanjeni ili ograničeni emocionalni izraz, uključujući raspon i intenzitet izraza lica, glasa i neverbalnog izraza. Alogia ili siromaštvo govora, jest smanjena tečnost govora. Asocijalnost uključuje smanjeni interes, motivaciju, ili želju provoditi vrijeme s drugima. Anhedonija označava odsutnost zadovoljstva u onim aktivnostima koje ga obično pružaju, dok je avolicija nesposobnost započinjanja k cilju usmjerena ponašanja [16]

S druge strane, pozitivni simptomi se mogu podijeliti na:

- pozitivne psihotične simptome
    - deluzije i halucinacije
- pozitivne simptome smetenosti
    - formalni poremećaji mišljenja i dezorganizirano ponašanje

Deluzije, odnosno sumanute ideje, sadržajni su poremećaj mišljenja. One nemaju zdravu osnovu i bolesnika nije moguće razuvjeriti. Mogu biti svakakve, varirati od religiozne tematike, proganjanja, do davanja događajima oko sebe preveliko značenje, odnosno kako sve što se događa oko bolesnika se odnosi na njega i na neki način je povezano s njim. [17] Halucinacije su percepcije u nedostatku objektivno prepoznatljivih podražaja te ilustriraju konstruktivnu prirodu percepcije. [18] Halucinacije nikada nisu fiziološki, već uvijek patološki doživljaj. One su poremećaj opažanja ali bez vanjskog podražaja. Postoje razne vrste halucinacija, ovisno o vrsti osjetila koje zahvaća. Kod formalnog poremećaja mišljenja zahvaćen je i govor. Govor je pun neologizama (stvaranje nelogičnih riječi i konstrukcija) i verbigeracije (nesuvislo, stereotipno ponavljanje riječi ili rečenica). Kod dezorganiziranog ponašanja okolina primjećuje da nešto nije u redu s bolesnikom jer se ne ponaša u standardima normalnih granica. Može se javiti katalepsija (zgrčenje mišića), voštana savitljivost (zauzimanje bizarnih položaja tijela), katatoni stupor (ukočenost mišića), manirizam (neprirodne, bizarne kretnje) i sl. [17]

Simptomi shizofrenije obično počinju između kasne adolescencije i sredine 30-ih. Zabilježeni su slučajevi koji uključuju djecu od pet godina, ali ti su rijetki. Kod muškaraca simptomi su obično prisutni između 18 i 25 godina. Kod žena pojava simptoma ima dva vrhunca, prvi između 25. i 30. godine života, a drugi nakon 40. godine. Kriteriji za shizofreniju uključuju znakove i simptome u trajanju od najmanje šest mjeseci, uključujući najmanje mjesec dana aktivne faze pozitivnih i negativnih simptoma. [19] Predmet vizualne

obrade kod osoba koje pate od shizofrenije rijetko je ispitan. Međutim, pojavu vizualnih halucinacija kod shizofrenije, iako rijetke, psihijatri općenito prihvaćaju zajedno s drugim modalitetima. Vizualne iluzije, koje je teže procijeniti, još su više zanemarene. To se čini iznenađujućim kada najmanje 25% korteksa sudjeluje u vizualnoj obradi. Teško je vjerovati da bi shizofreni proces, koji uključuje mnoga područja središnjeg živčanog sustava, mogao u potpunosti izostaviti tako značajan dio mozga, pogotovo s obzirom da uključuje iste neurotransmitere kao i one u drugim dijelovima središnjeg živčanog sustava. [20] Pozitivni simptomi obično vrlo dobro reagiraju na liječenje. Ključno je naglasiti važnost, dubinu i složenost svakog pacijenta ponaosob te važnost dobrog poznavanja psihopatije. [21]

1.1.3. Incidencija i prevalencija shizofrenije u svijetu i Hrvatskoj

Shizofrenija je jedan od prioritetnih poremećaja zbog povezanosti s visokom razinom invaliditeta i preuranjene smrtnosti, kršenja ljudskih prava i gubitkom produktivnosti. [22] Ona je prožimajući, kronični mentalni poremećaj s globalnom prevalencijom od 0,3% do 0,7%. [19] Unatoč tome što je poremećaj niske prevalencije, shizofrenija je zauzela 12. mjesto većine onesposobljavajućih poremećaja među 310 bolesti i ozljeda globalno 2016. godine, s tim da nisu primijećene značajne razlike oboljelih po spolu. Stope učestalosti variraju u različitim zemljama i njihovim regijama, tako je u Nizozemskoj prevalencija bila viša nego u ostalim zemljama zapadne Europe, dok neke od najnižih stopa pronađene su u subsaharskoj Africi i Bliskom Istoku. U globalu su slučajevi porasli sa 13,1 na 20,9 milijuna slučajeva od 1990. do 2016. godine, od toga 70,8% u dobnoj granici od 25 do 54 godine, s Azijom kao nositeljem najvećeg broja oboljelih. [23] U 2018. zadnji podaci prikazuju više od 12 milijuna zaprimanja u bolnicu na godišnjoj bazi u Francuskoj u oba spola, što je najviše u Europi, a nakon nje Italija i španjolska, također sa milijunskim godišnjim zaprimanjima pacijenata. Hrvatska je u 2018. imala 661 745 otpusta na godišnjoj razini s prosječnim boravkom od 8,6 dana. Također, Mađarska je imala najduži boravak pacijenata s prosjekom od 9,6 dana na europskoj godišnjoj razini. [24]

Shizofrenija utječe na osobe svih etničkih grupa, međutim, nedavna studija potvrdila je da je u Sjedinjenim Državama afroamerikancima dijagnosticirana shizofrenija u nerazmjerno većoj stopi u usporedbi s bijelom rasom što ukazuje na rasnu ili etničku pristranost. [19] Nadalje, u istraživanjima se može vidjeti povezanost bolesti s ekonomskim statusom. Čak 100 milijuna ljudi kategorizirani su kao beskućnici na globalnoj razini, a preko

1,6 milijardi pojedinaca nedostaje odgovarajući životni i stambeni prostor koji može zadovoljiti sve potrebe. Epidemiološki dokazi upućuju na shizofreniju kao najčešći psihijatrijski poremećaj među beskućnicima. Široki spektar višestrukih i međusobno povezanih čimbenika doprinosi beskućništvu, kao što su nasilje, socijalna izolacija, nezaposlenost, ovisnosti, siromaštvo, financijske poteškoće i sl. U usporedbi s općom populacijom, beskućnici pate od veće prevalencije psihijatrijskih poremećaja, uključujući shizofreniju i druge psihotične poremećaje. [25]

1.2. Stigmatizacija i kvaliteta života osoba oboljelih od shizofrenije

Riječ stigma može se izvesti iz grčke riječi „stigma“, što znači naglasiti, istaknuti, označiti. Izraz se može razumjeti iz kršćanske vjere, da osoba ima tjelesne ozljede slične ranama Isusa na križu. Stigmatizacija može imati i drugo značenje koje aludira na društvene poglede ljudi koji su na neki način drugačiji, kao što su psihički oboljeli. [26] Stereotipi predstavljaju kognitivne strukture koje sadrže vjerovanja i mišljenja o karakteristikama, ponašanju i osobinama pripadnika raznih skupina. Opća populacija prihvaća stereotipe. Nadalje, predstavljaju uvjerenja i stvaraju očekivanja u vezi reakcija članova marginalizirane društvene grupe, a aktom diskriminacije postiže se najteži oblik reakcije ponašanja, s težim duševnim posljedicama diskriminiranog. [27] Shizofrenija u značajnoj mjeri narušava rad oboljelih osoba od sfere međuljudskog i profesionalnog odnosa. Dolazi do emocionalnog i kognitivnog deficita, što posljedično socijalno izolira bolesnika. [28]

Javnu stigmu konceptualizirali su Corrigan i Watson, a kasnije su njihov koncept iskoristili Rüsch i sur. te razvili socijalno kognitivni model stigme. Prema autorima, javna stigma sastojala se od:

- stereotipa
- predrasuda
- diskriminacije

Javna stigma u vezi s mentalnim poremećajima uopće, a pogotovo prema shizofreniji, raširena je u svim društvima. Kao takva, negativne posljedice manifestiraju se smanjenim samopoštovanjem, socijalnom izolacijom, ometanjem liječenja, smanjenjem mogućnosti pronalaska smještaja, obrazovanja i zaposlenja. [29] Uz ova negativna iskustva javlja se i samo-stigma (internalizirana stigma), gdje se oboljele osobe poistovjećuju s negativnim

društvenim porukama o sebi, vjerujući da su te negativne osobine istinite same po sebi. Samo-stigma je povezana s puno negativnih psihosocijalnih i kliničkih ishoda, kao smanjenom nadom, niskim samopouzdanjem, umanjenom kvalitetom života i nepridržavanjem liječenja. "Stereotipna svjesnost" rezultat je izlaganja pojedinca i svijesti stigmatizirajućim porukama u društvu. Suočeni s tim stereotipima, može se dogoditi da pojedinac povjeruje u njihovu točnost i istinitost. [30]

Stigma sprječava ljude s mentalnim bolestima da potraže odgovarajuću pomoć. Većina programa protiv stigme usredotočena je na znanje i stavove koji se odnose na stigmu, a ne na ponašanje povezano sa stigmom, jer se prvo lakše mjeri. [31] Dolaskom novijih generacija, negativni stavovi prema osobama s mentalnim bolestima postali su manje prihvatljivi, stoga se stigmatizacija odvija na neizravne načine. Ovakve negativne reakcije mogu se aktivirati automatski, potencijalno izvan svjesne svijesti i naše kontrole te uvelike modificiraju naknadno ponašanje i odluke. Razumijevanje ovih automatskih evaluacijskih procesa i kako se mogu razlikovati od promišljenih je vrlo važno. Prvo, automatske procjene mogu biti manje podložne pristranosti socijalne poželjnosti. Nadalje, mjere samoizvještavanja koje osobe mogu svjesno artikulirati su ograničene. [32] Subjektivni prikazi stigmatizacije prikazuju kako je ona često i teža za podnijeti od primarne dijagnoze. Oboljeli ljudi nerijetko iščekuju diskriminaciju, stoga pokušavaju sakriti svoju bolest. Iako je općeprihvaćeno da stigma predstavlja univerzalni fenomen, iskustva stigme i diskriminacije su lokalna. [33]

Goffman je stigmu definirao kao „atribut koji se duboko diskreditira“ 1963. godine, u svojoj knjizi time je pojedinac diskvalificiran iz punog društvenog prihvaćanja. Kada se stranac pojavi u našem životu, prvi dojam nam daje podlogu na temelju koje pretpostavimo kategoriju i atribute, odnosno prepisujemo „socijalni identitet“. Ako okolina pronađe jedan ili više atributa koji ne spadaju u njihovu skupinu, automatski ga stigmatiziraju. Istovremeno, perspektiva osobe koja ona jest se zamjenjuje očekivanom. [34] Duševne bolesti bile su predmet stigmatizacije kroz povijest te su se svrstavale u istu skupinu kao ovisnost o drogama, prostituciji i statusu bivšeg osuđenika. [35] U današnje vrijeme, osobe s osobnim iskustvom ili u kontaktu s ljudima koji pate od mentalnih bolesti, općenito imaju pozitivniji stav prema osobama sa shizofrenijom, iako je u povijesti bilo sasvim suprotno. [29] Iskustvo nam je pokazalo da je stigma otporna i postojana te da ju je teško iskorijeniti iz društva. Inicijative za borbu protiv stigme često su slabo djelotvorne, posebno u pogledu stigme prema shizofreniji. [36]

1.2.1. Povezanost shizofrenije i suicida

Samoubojstvo je najveći doprinos smanjenom očekivanom trajanju života kod osoba sa shizofrenijom. Rizik je 12 puta veći u usporedbi s općom populacijom, a između 40% i 50% bolesnika razmišlja o prestanku svog života. [37] Stopa doživotnog razmišljanja o samoubojstvu kod pojedinaca sa shizofrenijom iznosi oko 10%. Tijekom prvog desetljeća svog poremećaja, pacijenti su izloženi znatno povećanom riziku od samoubojstva u odnosu na preostalih godina, iako rizik i dalje postoji, pogotovo u vrijeme pogoršanja kliničke slike. Pacijenti s paranoidnim podtipom shizofrenije imaju osam puta veću vjerojatnost da će počiniti suicid u usporedbi s bolesnicima koji boluju deficitarnim podtipom. [38] Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO), suicidom umre oko milijun ljudi širom svijeta svake godine. [39] Depresivni simptomi povezani su sa životnim vijekom kao i rizikom za suicidalno ponašanje, stoga povijest neuspjelih suicida služi kao snažan prediktor kasnijeg pokušaja ili dovršetka ovakvog čina. [40]

1.2.2. Povezanost shizofrenije i agresivnosti

Literatura sugerira da su kod shizofrenije tri osnovna uzroka agresije:

- psihotični simptomi
- psihopatija
- impulzivnost [41]

Impulzivno ponašanje bitno je obilježje brojnih ozbiljnih mentalnih bolesti, uključujući i shizofreniju. Izuzetno važno je javnozdravstveno pitanje jer je često neposredni uzrok hospitalizacije i dovodi do povećanih troškova zdravstvene zaštite. [42] Kritična komponenta stigme shizofrenije je percepcija ekstremne opasnosti pojedinaca koji je imaju. Zapravo, izviješteno je da osobe koje mentalne bolesnike zamišljaju kao agresivne pokazuju veću razinu straha i izbjegavajuće ponašanje prema njima. [35] Ispitivanje populacijske skupine pokazalo je da osobe sa shizofrenijom predstavljaju manji rizik za nasilje kad uzimaju lijekove nego u razdobljima kada ih ne uzimaju. Većina (72%) osoba sa shizofrenijom koja će počiniti kazneno djelo to čine prije prvog kontakta sa službama. Također, kod osoba koje boluju od shizofrenije vjerojatnija je zlouporaba tvari, alkohol i sve više u novije vrijeme kanabis. Prije svega, agresija kod shizofrenije je višestruko određena, stoga su pokušaji liječenja koji koriste pristup „jedne veličine za sve“, osuđeni na neuspjeh. [41]

1.2.3. Kvaliteta života bolesnika oboljelog od shizofrenije

Kvaliteta života povezana je s čovjekovom percepcijom blagostanja, zdravlja i zadovoljstva životnim okolnostima, uključujući pristup raspoloživim resursima i mogućnostima. [43] Kvaliteta života ljudi koji pate od shizofrenije značajno je niža nego u općoj populaciji. Stigma je opisana kao snažan prediktor mentalnog zdravlja kod shizofrenije. [44] Niža je kod bolesnika koji su mlađi, imaju više psihotičnih simptoma, manje kontakta s obitelji, u lošijim su financijskim situacijama i postižu niži stupanj obrazovanja. [45]

Osim društvenog funkcioniranja, socijalna podrška je također presudna, povećava sposobnost pacijenata u prilagodbi na svakodnevni život i stres. Stoga, pacijenti koji imaju mrežu socijalne podrške, imaju i bolje životne uvjete. Umjesto utvrđivanja postojanja socijalne komponente, još je važnije dobiti uvid u zadovoljstvo, intimnost, iskrenost te uživanje u društvenim aktivnostima koje ona nosi. [46] Stigmatizirajući stavovi u konačnici mogu dovesti do smanjene kvalitete liječenja s pretpostavkom da se bolesnici ne pridržavaju preporuka za liječenje. U tom slučaju, manja je vjerojatnost da će pružatelj usluge ponuditi neke vrste zdravstvenih usluga. [47]

Život sa shizofrenijom često rezultira opsežnom brigom članova obitelji ili skrbnika. Dosadašnja istraživanja pokazala su da mnogi njegovatelji imaju značajan kognitivni, psihološki, socijalni i financijski teret, uključujući anksioznost, depresiju, socijalnu stigmatizaciju i ekonomska ograničenja. [48] Teret koji nose skrbnici oboljelih osoba ne dobiva dovoljnu pozornost u odnosu na druge skupine bolesti, kao što su dijabetes ili demencija. Obitelj ili skrbnik provode oko 20h/ tjedno na brigu o bolesnom članu, no troškovi za oboljele osobe spominju se kao „neizravni troškovi“ kada se spominju u međunarodnim istraživanjima. [26]

2. Cilj istraživanja

Cilj ovog upitnika je ispitati stavove ljudi u Hrvatskoj o osobama oboljelih od shizofrenije.

2.1. Hipoteze

Hipoteze istraživanja su:

- Više ispitanika će imati pozitivan stav o osobama oboljelih od shizofrenije.

- Žene će imati pozitivniji stav o osobama oboljelih od shizofrenije u odnosu na muškarce.

- Mlađe osobe će imati negativniji stav prema osobama oboljelih od shizofrenije.

- Osobe višeg stupnja obrazovanja će imati pozitivniji stav prema osobama oboljelih od shizofrenije.

- Osobe koje žive na selu će imati negativniji stav prema osobama oboljelih od shizofrenije.

3. Metode istraživanja

3.1. Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo 232 sudionika. Uzorak je činilo 187 žena i 45 muškaraca. Podaci su prikupljeni u razdoblju od 27. srpnja do 20. kolovoza 2020. godine online.

3.2. Instrumentarij

Kao sredstvo za ispitivanje korišten je anonimni upitnik koji je sadržavao opća i demografska pitanja te pitanja o stavovima prema oboljelima od shizofrenije konstruiran za potrebe ovog istraživanja.

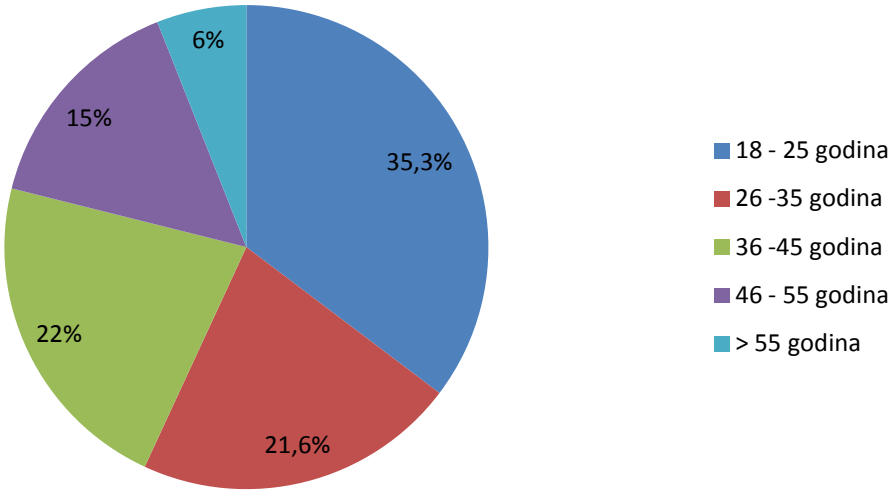
3.3. Postupak

Kao glavni upitnik korišten je anonimni anketni upitnik koji se sastoji od 12 pitanja u obliku Likertove skale koja se kreće od „uopće se ne slažem" do „u potpunosti se slažem". (Prilog 1.)

4. Obrada podataka

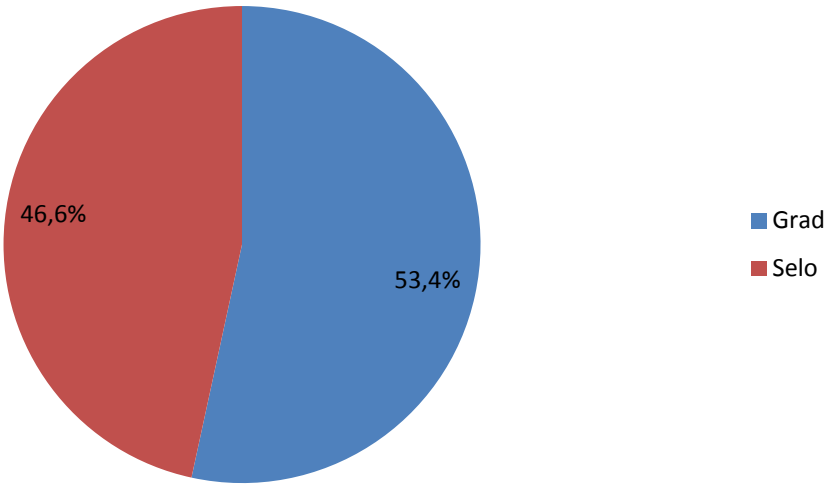
U istraživanju su sudjelovale 82 osobe (35,3%) u dobi od 18 do 25 godina, 50 osoba (21,6%) u dobi od 26 do 35 godina, 51 osoba (22%) u dobi od 36 do 45 godina, 35 osoba (15,1%) u dobi od 46 do 55 godina te 14 osoba (6%) starijih od 55 godina. (Graf 1.)

Graf 1: Podjela sudionika prema dobi



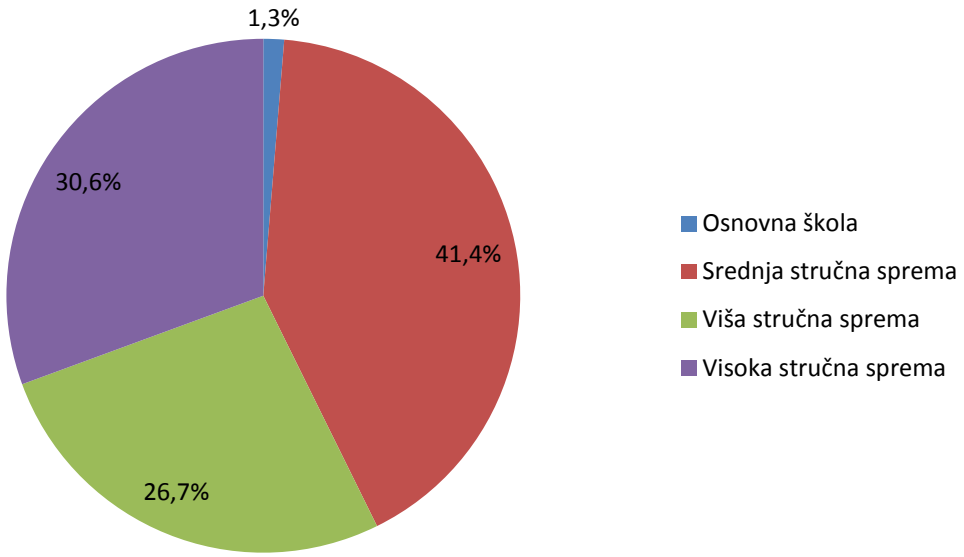
U uzorku je bilo 45 muškaraca (19,4%) te 187 žena (80,6%). (Graf 2.)

Graf 2: Podjela sudionika prema spolu



Prema stupnju obrazovanja, 3 sudionika (1,3%) imaju završenu osnovnu školu, 96 sudionika (41,4%) je srednje stručne spreme, 62 sudionika (26,7%) su više stručne spreme, a 71 sudionik (30,6%) je visoke stručne spreme. (Graf 3.)

Graf 3: Podjela sudionika prema obrazovanju



Prema mjestu stanovanja, 124 sudionika (53,4%) živi u gradu, a 108 sudionika (46,6%) na selu (Graf 4.). Pregled broja sudionika po županijama Republike Hrvatske nalazi se u Tablici 1.

Graf 4: Podjela sudionika prema mjestu stanovanja

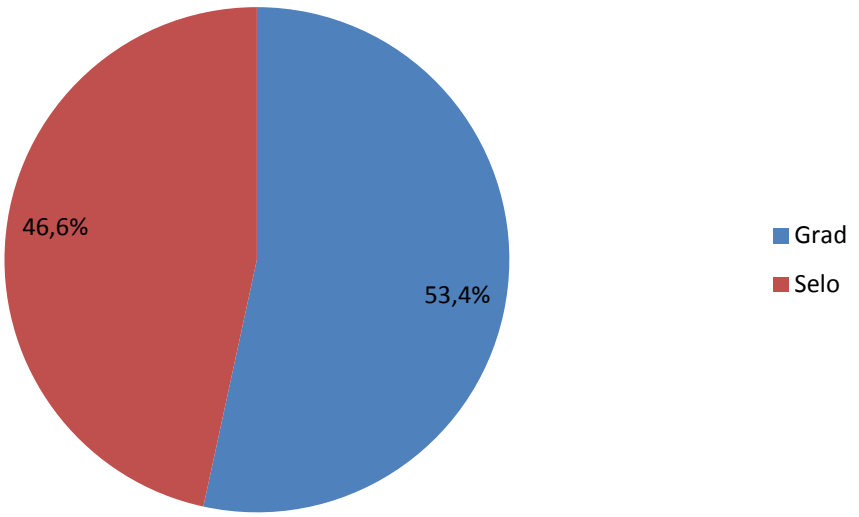


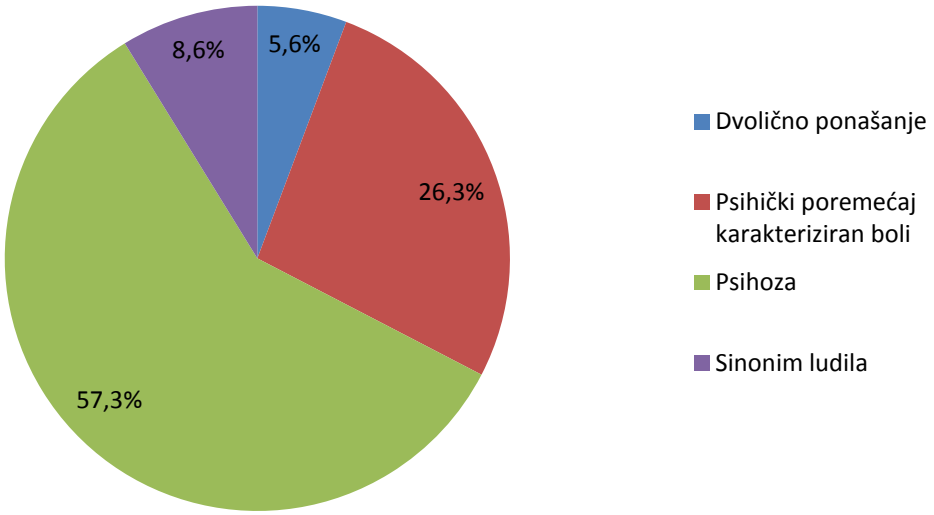
Tabela 1: Pregled broja sudionika po županijama

Županija	*f*	%
Bjelovarsko-bilogorska	2	0,86
Brodsko-posavska	2	0,86
Dubrovačko-neretvanska	4	1,72
Grad Zagreb	35	15,09
Istarska	4	1,72
Karlovačka	5	2,16
Koprivničko-križevačka	2	0,86
Krapinsko-zagorska	2	0,86
Ličko-senjska	1	0,43
Međimurska	103	44,40
Osječko-baranjska	4	1,72
Požeško-slavonska	1	0,43
Primorsko-goranska	10	4,31
Sisačko-moslavačka	10	4,31
Splitsko-dalmatinska	8	3,45
Šibensko-kninska	3	1,29
Varaždinska	14	6,03
Vukovarsko-srijemska	2	0,86
Zadarska	9	3,88
Zagrebačka	11	4,74

Legenda: *f* – frekvencija, % - postotak.

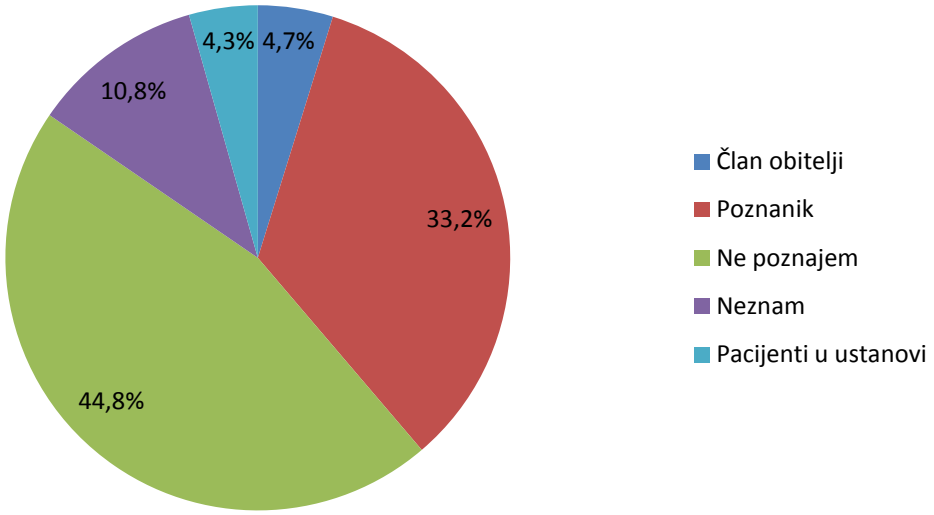
Prema značenju koje shizofrenija ima za njih, 13 sudionika (5,6%) navodi kako se radi o dvoličnom ponašanju, 61 sudionik (26,3%) navodi kako se radi o psihičkom poremećaju karakteriziranim osjećajem boli, 133 sudionika (57,3%) navode kako se radi o psihozi, a 20 sudionika (8,6%) navodi kako je shizofrenija sinonim ludila. (Graf 5.)

Graf 5: Percepcija značenja shizofrenije kod sudionika



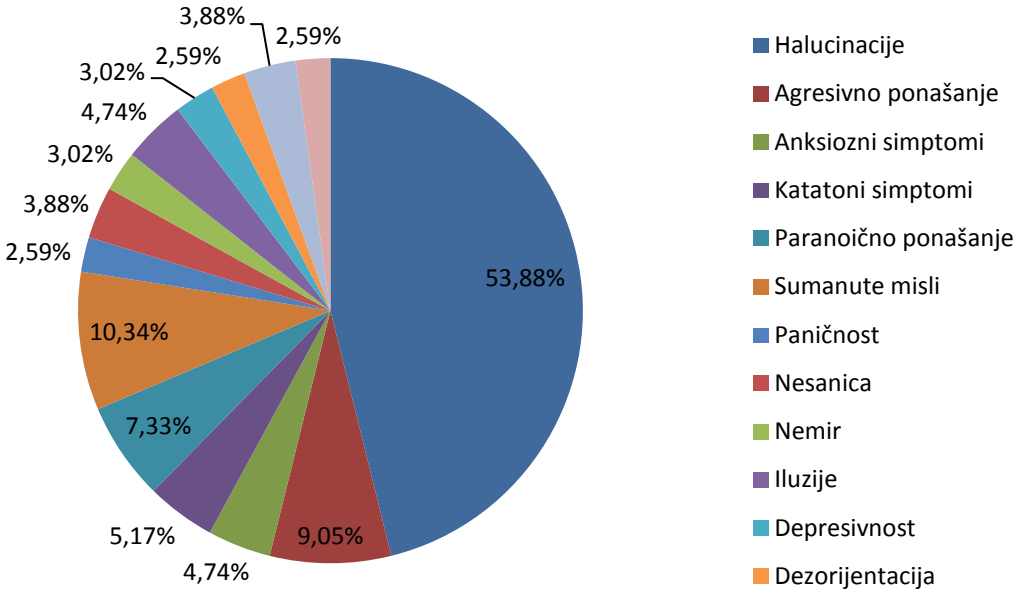
Prema poznanstvu osobe koja je oboljela od shizofrenije, 11 osoba (4,7%) navodi kako je takva osoba član obitelji, 77 osoba (33,2%) navodi kako je takva osoba poznanik, 104 sudionika (44,8%) navode kako ne poznaju takvu osobu, a 25 sudionika (10,8%) ne zna odgovor na ovo pitanje. Od ostalih odgovora ističe se kako određen broj sudionika, njih 10 (4,3%) poznaje pacijente u ustanovi koji su oboljeli od shizofrenije. (Graf 6.)

Graf 6: Poznanstvo sudionika s osobama oboljelih od shizofrenije u svojoj okolini



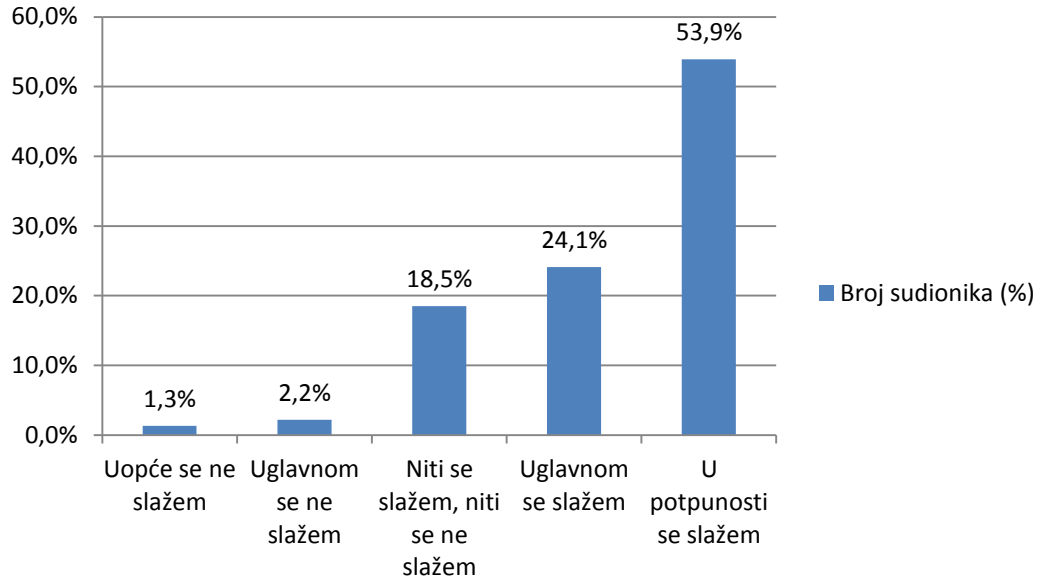
Kao simptome shizofrenije sudionici najčešće navode halucinacije, koje je navelo 125 osoba (53,88%). Od ostalih simptoma sudionici često navode agresivno ponašanje (21 sudionik, 9,05%), anksiozne simptome (11 sudionika, 4,74%), katatone simptome (12 sudionika, (5,17%), paranoično ponašanje (17 sudionika, 7,33%), sumanute misli (24 sudionika, 10,34%), paničnost (6 sudionika, 2,59%), nesanicu (9 sudionika, 3,88%), nemir (7 sudionika, 3,02%), iluzije (11 sudionika, 4,74%), depresivnost (7 sudionika, 3,02%), dezorijentaciju (6 sudionika, 2,59%), deluzije (9 sudionika, 3,88%), te apatiju (6 sudionika, 2,59%). Ostali odgovori javljaju se rjeđe te sadrže i detaljne opise bolesti. (Graf 7.)

Graf 7: Mišljenje sudionika o simptomima shizofrenije



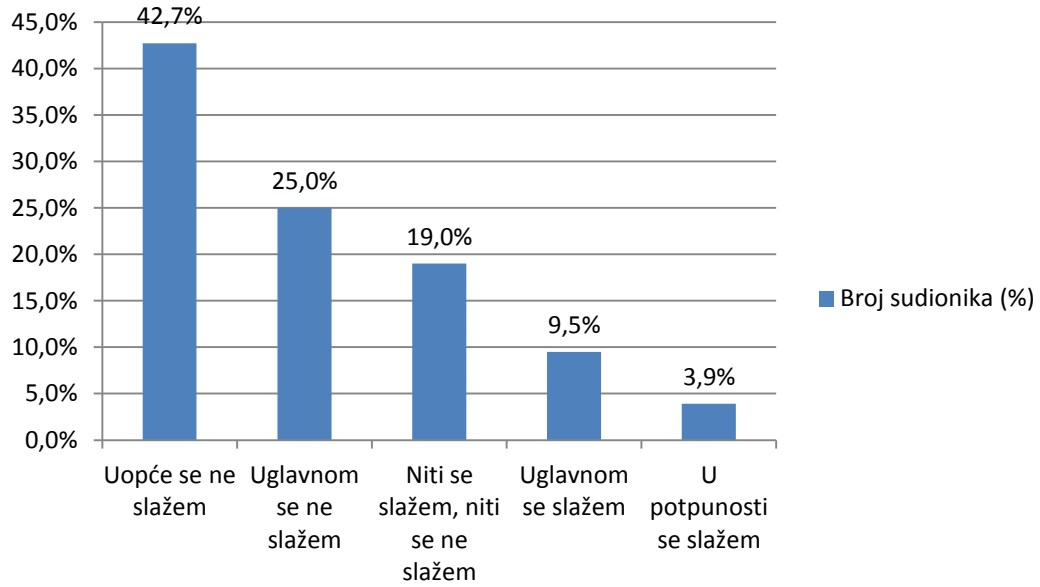
Sljedeća pitanja sastoje se od brojevne skale u rasponu 1-5, u kojem 1 označava potpuno neslaganje s postavljenom tvrdnjom, dok 5 potpuno slaganje. Na tvrdnju *Prihvatio/la bih osobu koja pati od shizofrenije u svojoj lokalnoj zajednici*, 1 osoba (1,3%) uopće se ne slaže, 5 osoba (2,2%) uglavnom se ne slaže, 43 osobe (18,5%) niti se slažu, niti ne slažu, 56 osoba (24,1%) uglavnom se slaže, a 125 osoba (53,9%) u potpunosti se slaže. (Graf 8.)

Graf 8: Razdioba odgovora na tvrdnju *Prihvatio/la bih osobu koja pati od shizofrenije u svojoj lokalnoj zajednici*



Na tvrdnju *Kada bi osoba sa shizofrenijom živjela u susjedstvu, bilo bi mi neugodno*, 99 osoba (42,7%) odgovorilo je da se uopće ne slaže, 58 osoba (25%) se uglavnom ne slaže, 44 osoba (19%) niti se slaže, niti ne slaže, 22 osobe (9,5%) uglavnom se slažu, a 9 osoba (3,9%) se u potpunosti slaže. (Graf 9.)

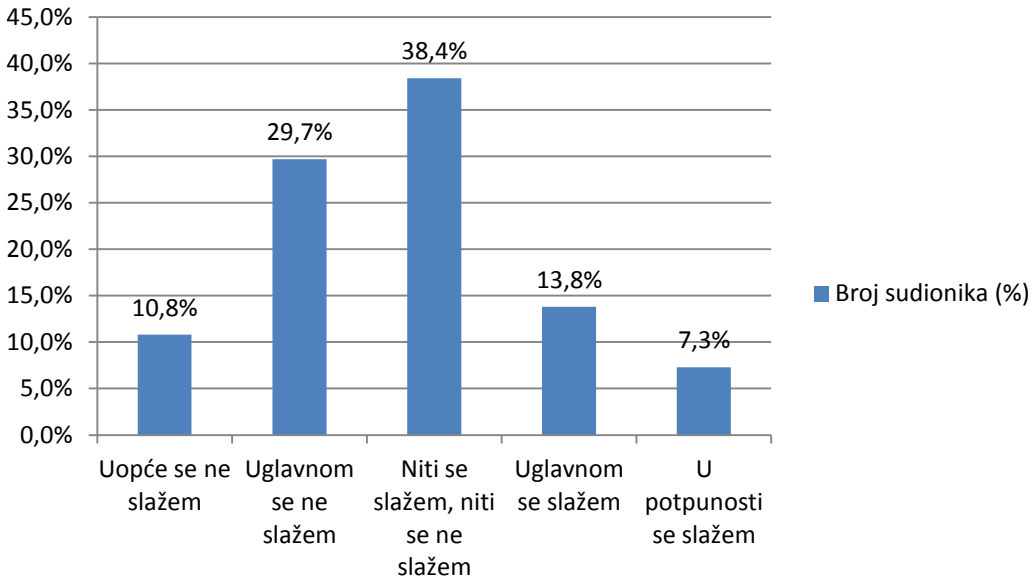
Graf 9: Razdioba odgovora na tvrdnju *Kada bi osoba sa shizofrenijom živjela u susjedstvu, bilo bi mi neugodno*



Na tvrdnju *Osobe oboljele od shizofrenije je vrlo lako za prepoznati u društvu*, 25 osoba (10,8%) odgovorilo je da se uopće ne slaže, 69 osoba (29,7%) uglavnom se ne slaže, 89

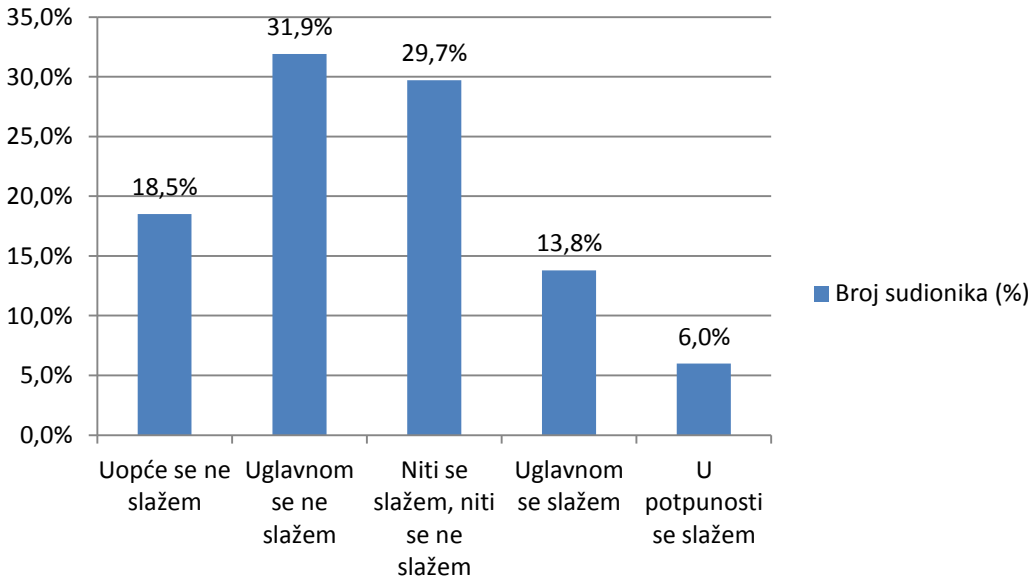
osoba (38,4%) niti se slaže, niti ne slaže, 32 osobe (13,8%) uglavnom se slaže, a 17 osoba (7,3%) u potpunosti se slaže s tvrdnjom. (Graf 10.)

Graf 10: Razdioba odgovora na tvrdnju *Osobe oboljele od shizofrenije je vrlo lako za prepoznati u društvu*



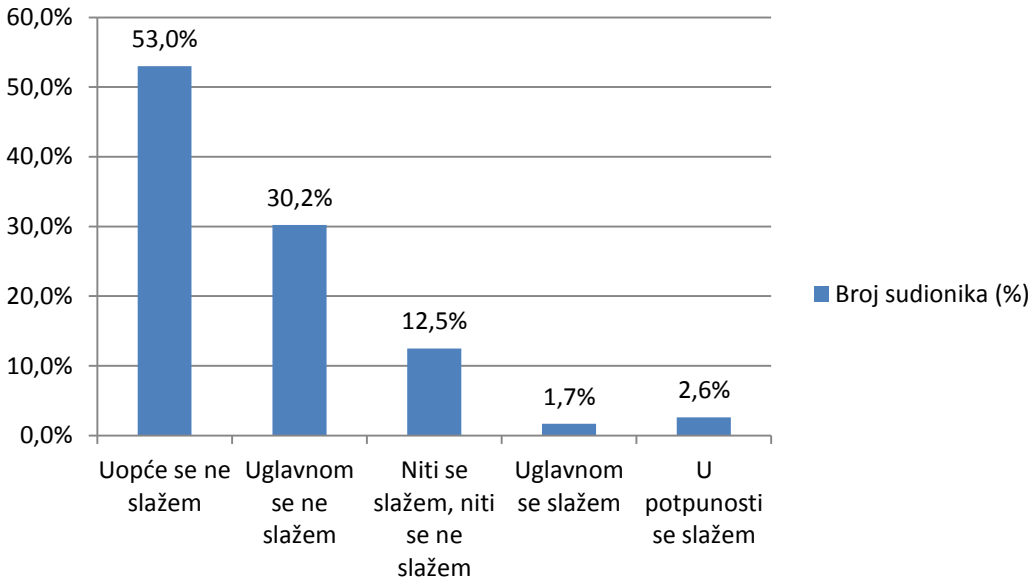
Na tvrdnju *Osobe koje boluju od shizofrenije agresivnije su od ostatka populacije*, 43 osobe (18,5%) odgovorile su kako se uopće ne slažu, 74 osobe (31,9%) uglavnom se ne slažu, 69 osoba (29,7%) niti se slažu, niti ne slažu, 32 osobe (13,8%) uglavnom se slažu, dok se 14 osoba (6%) u potpunosti slaže s tvrdnjom. (Graf 11.)

Graf 11: Razdioba odgovora na tvrdnju *Osobe koje boluju od shizofrenije agresivnije su od ostatka populacije*



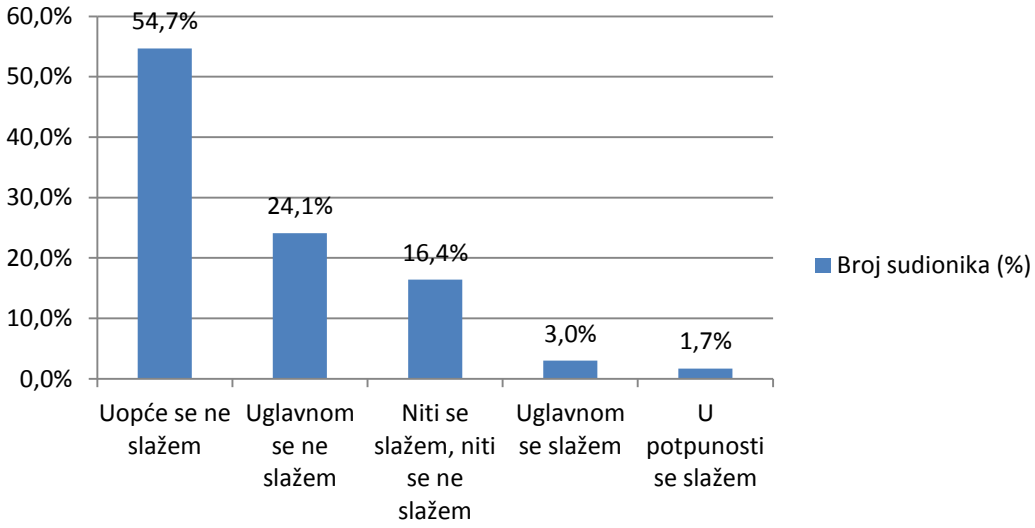
Na tvrdnju *Osobe sa shizofrenijom ne mogu ništa ponuditi svojoj zajednici*, 123 osobe (53%) odgovorile su kako se uopće ne slažu, 70 osoba (30,2%) uglavnom se ne slaže, 29 osoba (12,5%) niti se slaže, niti se ne slaže, 4 osobe (1,7%) uglavnom se slažu, dok se 6 osoba (2,6%) u potpunosti slaže s tvrdnjom. (Graf 12.)

Graf 12: Razdioba odgovora na tvrdnju *Osobe sa shizofrenijom ne mogu ništa ponuditi svojoj zajednici*



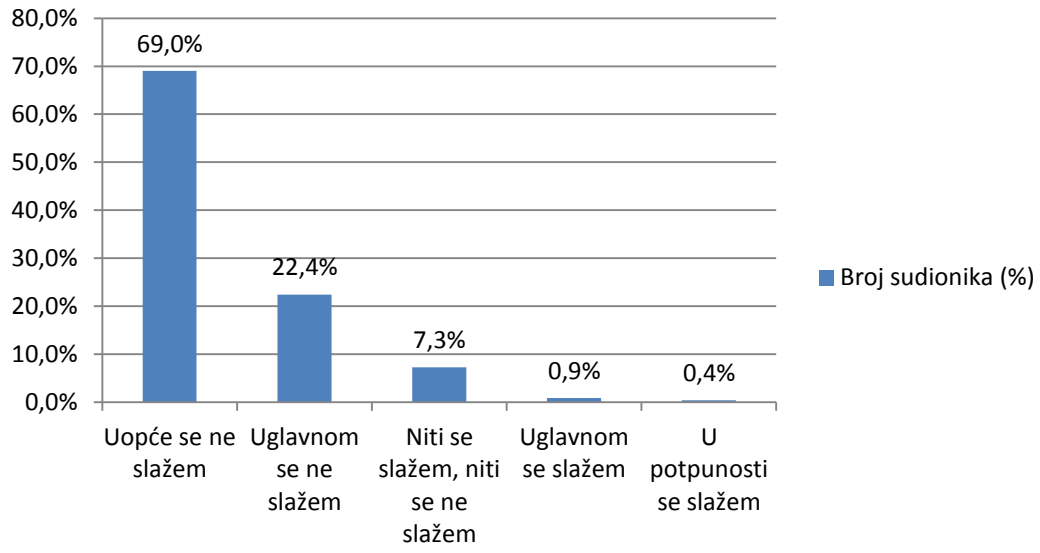
Na tvrdnju *Ako se obratim osobi koja boluje od shizofrenije, vrlo vjerojatno će biti agresivna*, 127 osoba (54,7%) izjasnilo se kako se uopće ne slaže, 56 osoba (24,1%) uglavnom se slaže, 38 osoba (16,4%) niti se slaže, niti ne slaže, 7 osoba (3%) uglavnom se slaže, a 4 se osobe (1,7%) u potpunosti slažu s tvrdnjom. (Graf 13.)

Graf 13: Razdioba odgovora na tvrdnju *Ako se obratim osobi koja boluje od shizofrenije, vrlo vjerojatno će biti agresivna*



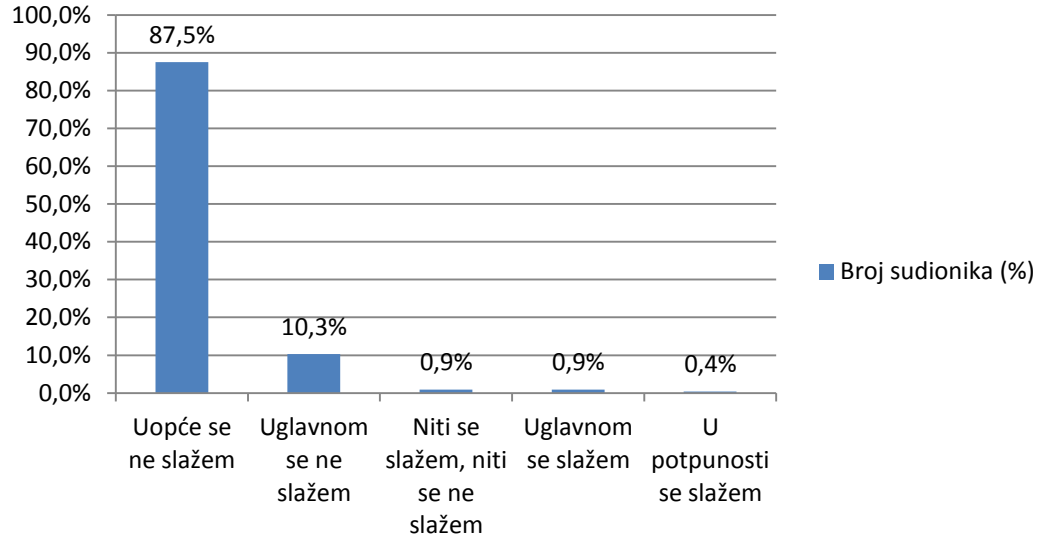
Na tvrdnju *Kada bih za osobu saznao/la da boluje od shizofrenije, prekinuo/la bih svaki kontakt*, 160 osoba (69%) odgovorilo je kako se uopće ne slaže, 52 osobe (22,4%) uglavnom se ne slažu, 17 osoba (7,3%) niti se slažu, niti ne slažu, 2 osobe (0,9%) uglavnom se slažu, a 1 osoba (0,4%) se u potpunosti slaže s tvrdnjom. (Graf 14.)

Graf 14: Razdioba odgovora na tvrdnju *Kada bih za osobu saznao/la da boluje od shizofrenije, prekinuo/la bih svaki kontakt*



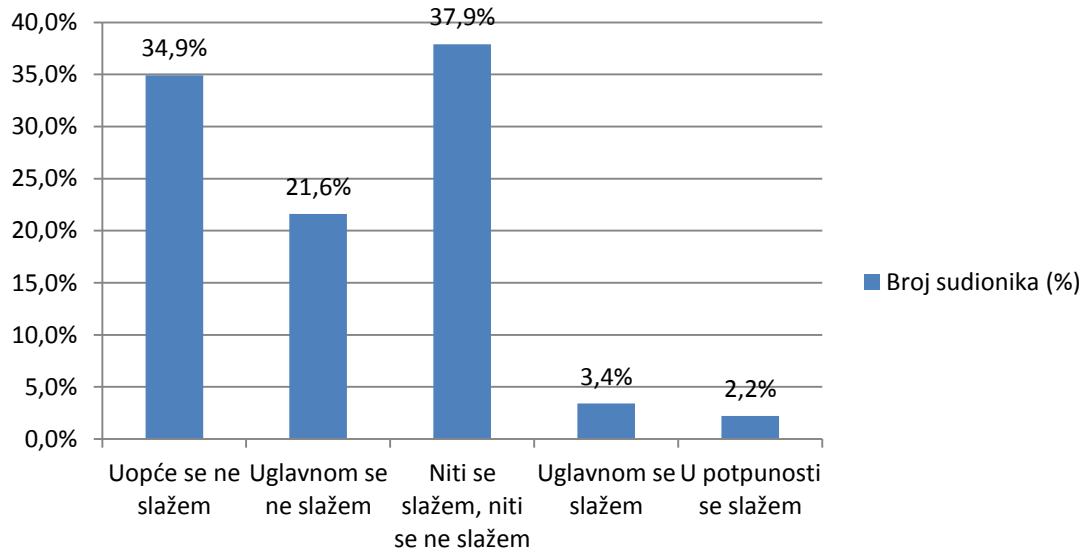
Na tvrdnju *Kada bih za člana obitelji saznao/la da boluje od shizofrenije, prekinuo/la bih svaki kontakt*, 203 osobe (87,5%) odgovorile su kako se uopće ne slažu, 24 osobe (10,3%) uglavnom se ne slažu, 2 osobe (0,9%) niti se slažu, niti ne slažu, 2 osobe (0,9%) uglavnom se slažu, a 1 osoba (0,4%) se u potpunosti slaže s tvrdnjom. (Graf 15.)

Graf 15: Razdioba odgovora na tvrdnju *Kada bih za člana obitelji saznao/la da boluje od shizofrenije, prekinuo/la bih svaki kontakt*



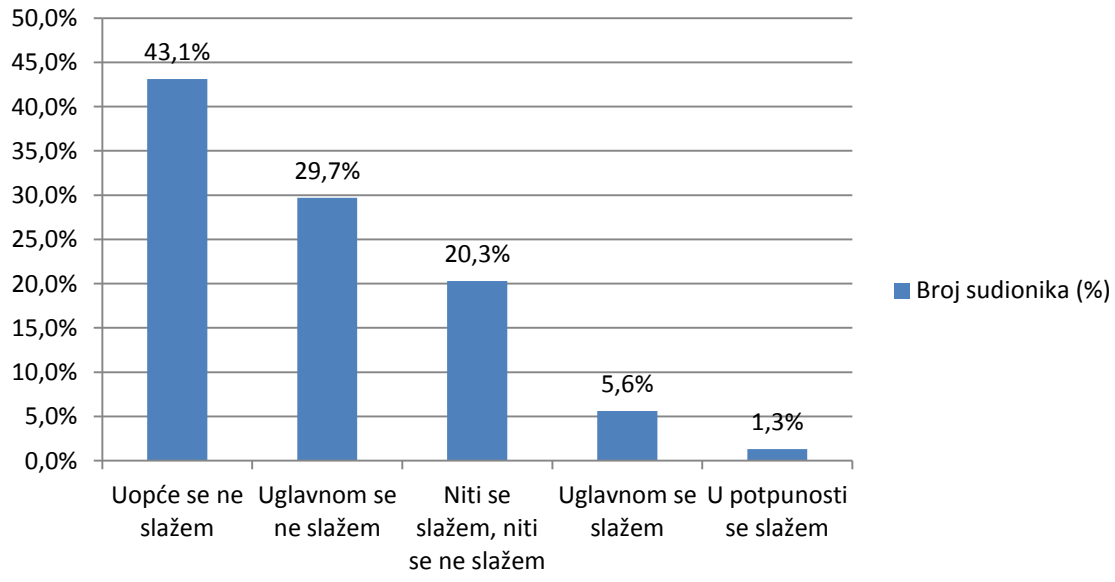
Na tvrdnju *Osobe oboljele od shizofrenije ne zahtijevaju puno fizičkog kontakta,* 81 osoba (34,9%) odgovorila je kako se uopće ne slaže, 50 osoba (21,6%) uglavnom se ne slaže, 88 osoba (37,9%) niti se slaže, niti se ne slaže, 8 osoba (3,4%) uglavnom se slaže, a 5 se osoba (2,2%) u potpunosti slaže s tvrdnjom. (Graf 16.)

Graf 16: Razdioba odgovora na tvrdnju *Osobe oboljele od shizofrenije ne zahtijevaju puno fizičkog kontakta*



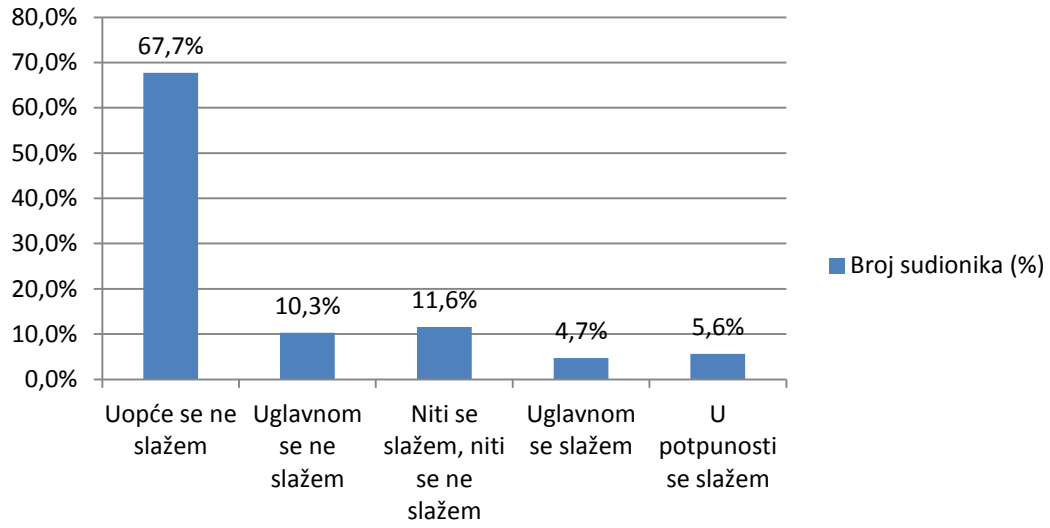
Na tvrdnju *Osobe oboljele od shizofrenije ne bi smjele imati ista prava zapošljavanja kao i ostali,* 100 osoba (43,1%) odgovorilo je kako se uopće ne slaže, 69 osoba (29,7%) uglavnom se ne slaže, 47 osoba (20,3%) niti se slaže, niti se ne slaže, 13 osoba (5,6%) uglavnom se slaže, a 3 se osobe (1,3%) u potpunosti slažu s tvrdnjom. (Graf 17.)

Graf 17: Razdioba odgovora na tvrdnju *Osobe oboljele od shizofrenije ne bi smjele imati ista prava zapošljavanja kao i ostali*



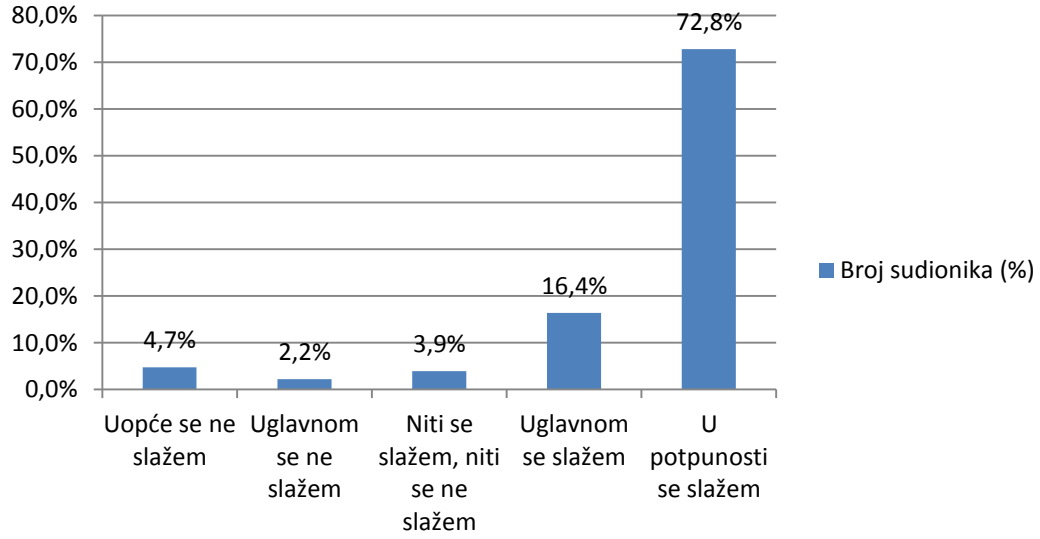
Na tvrdnju *Osobe oboljele od shizofrenije koje obole od tjelesnih bolesti ne zahtijevaju istu razinu liječenja kao nepsihijatrijski bolesnici*, 157 osoba (67,7%) odgovorilo je kako se uopće ne slaže, 24 osobe (10,3%) uglavnom se ne slažu, 27 osoba (11,6%) niti se slaže, niti se ne slaže, 11 osoba (4,7%) uglavnom se slaže, a 13 se osoba (5,6%) u potpunosti slaže s tvrdnjom. (Graf 18.)

Graf 18: Razdioba odgovora na tvrdnju *Osobe oboljele od shizofrenije koje obole od tjelesnih bolesti ne zahtijevaju istu razinu liječenja kao nepsihijatrijski bolesnici*



Na tvrdnju *U medijima se ne govori dovoljno o psihičkim bolestima*, 11 osoba (4,7%) odgovorilo je kako se uopće ne slaže, 5 osoba (2,2%) uglavnom se ne slaže, 9 osoba (3,9%) niti se slaže, niti se ne slaže, 38 osoba (16,4%) uglavnom se slaže, a 169 se osoba (72,8%) u potpunosti slaže s tvrdnjom. (Graf 19.)

Graf 19: Razdioba odgovora na tvrdnju *U medijima se ne govori dovoljno o psihičkim bolestima*



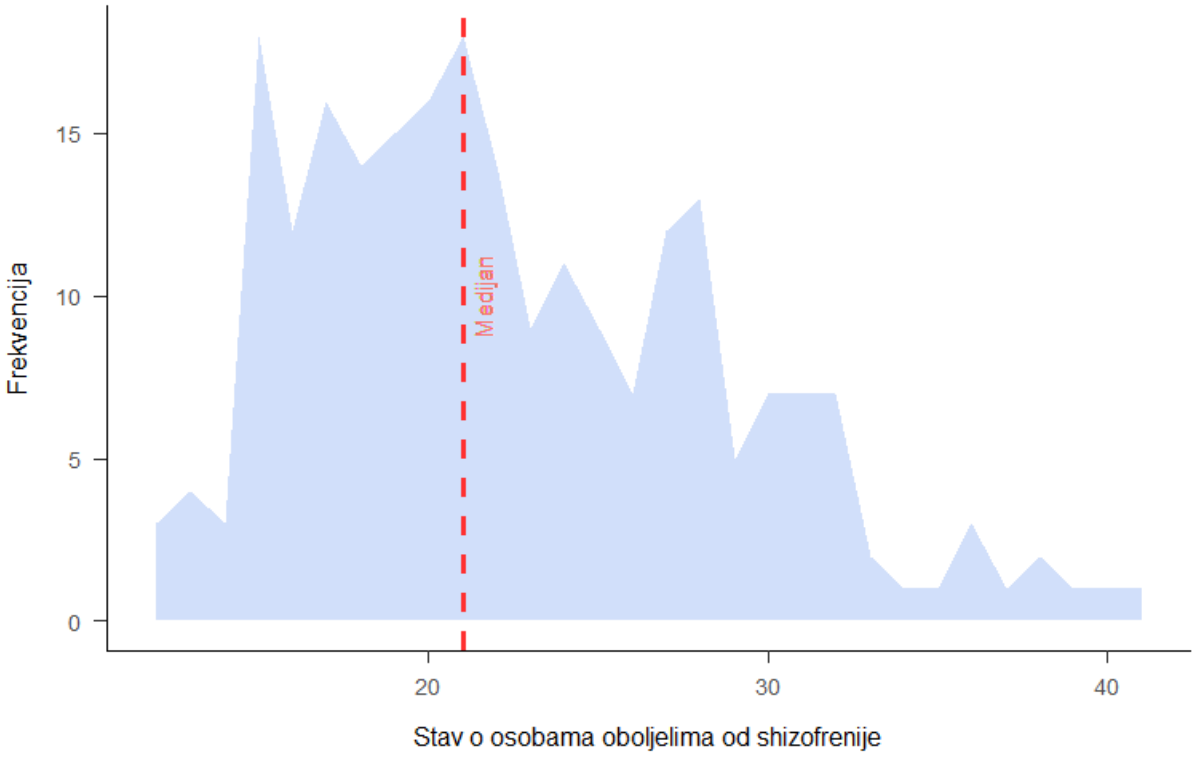
Kako bi se procijenila svojstva skale za mjerenje stavova prema osobama oboljelima od shizofrenije, izračunati su njeni deskriptivno-statistički pokazatelji, koji se nalaze u Tablici 2. Ukupan rezultat izračunat je kao zbroj odgovora na pojedina pitanja, pri čemu su zbog sadržaja prva i posljednja čestica obrnuto kodirane. Većina tvrdnja je formulirana negativno s obzirom na objekt stava, pa tako viši rezultat na skali ukazuje na negativniji stav o osobama oboljelim od shizofrenije. Pouzdanost skale je procijenjena Cronbachovim alfa koeficijentom te se pokazala zadovoljavajuće visokom. Anderson-Darlingov test pokazao je kako distribucija stavova o osobama oboljelima od shizofrenije odstupa od normalne distribucije: $A = 2{,}54$; $p < {,}001$. Međutim, koeficijent spljoštenosti i koeficijent asimetričnosti nalazili su se u rasponu od |1| te je stoga ocijenjeno kako su odstupanja od normalne distribucije mala te kako se u daljnjem postupku mogu upotrebljavati parametrijske metode.

Tabela 2: Deskriptivno-statistički pokazatelji Skale stavova o osobama oboljelima od shizofrenije

M	*SD*	Min.	Max.	γ_1	κ	α
22,4	6,04	12	41	0,59	-0,24	,75

Legenda: *M* – aritmetička sredina, *SD* – standardna devijacija, Min. – minimum, Max. – maksimum, γ_1 – koeficijent asimetričnosti, κ – koeficijent spljoštenosti, α – Cronbachov alfa koeficijent.

Kako bi se ispitalo razlikuje li se postotak sudionika koji imaju pozitivan, odnosno, negativan stav o osobama oboljelima od shizofrenije, proveden je t-test za proporcije na način da je izračunat medijan odgovora na skali ($C = 21$) te je potom izračunat postotak sudionika ispod medijana (47,2%) te postotak sudionika iznad medijana (52,8%). Ti su postoci zatim uspoređeni t-testom za proporcije. Pokazalo se kako se postotak sudionika koje imaju pozitivan i sudionika koje imaju negativan stav o osobama oboljelima od shizofrenije ne razlikuje statistički značajno: $t(212) = 1{,}16$; $p = {,}25$. Odnosno, sudionika koji imaju pozitivan stav i sudionika koji imaju negativan stav o osobama oboljelima od shizofrenije ima podjednako. Grafički prikaz nalazi se na Slici 1.



Slika 1: Prikaz distribucije stavova o osobama oboljelima od shizofrenije s naznačenim medijanom

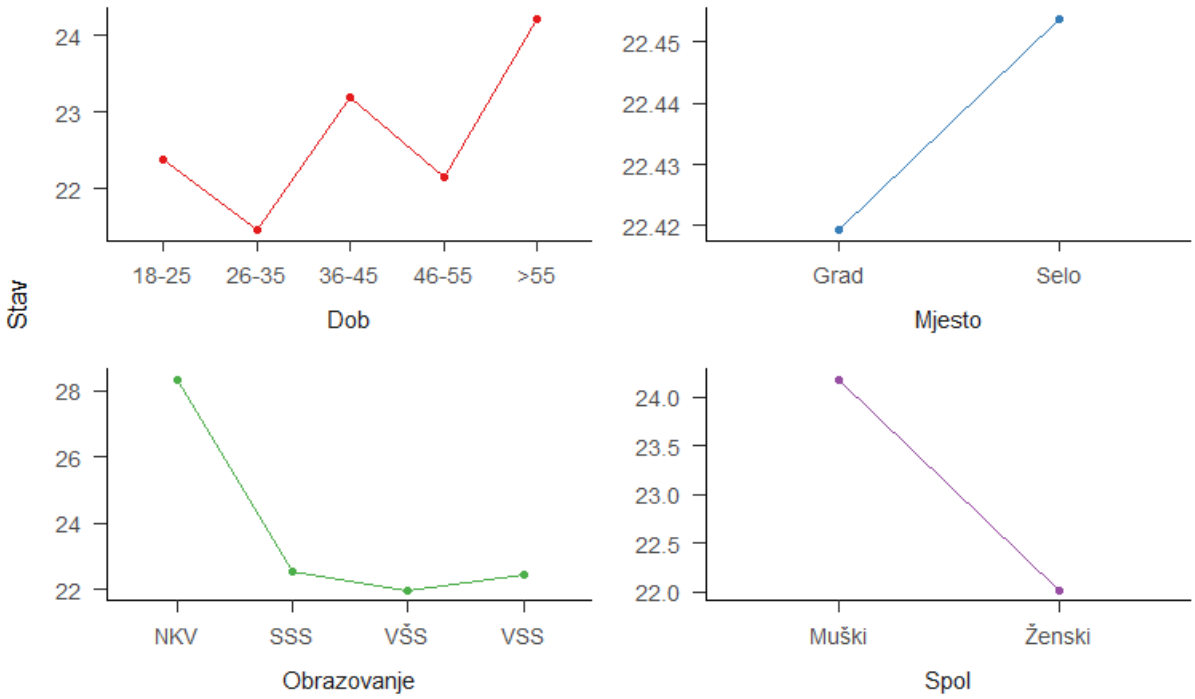
Kako bi se ispitalo razlikuje li se stav o osobama oboljelim od shizofrenije ovisno o spolu, proveden je Welchev t-test sa spolom kao nezavisnom varijablom te stavom o osobama oboljelim od shizofrenije kao zavisnom varijablom. Pokazalo se kako spolne razlike nisu statistički značajne: $t(59{,}55) = 1{,}94$; $p = {,}06$.

Kako bi se ispitalo razlikuje li se stav o osobama oboljelim od shizofrenije ovisno o dobi, provedena je analiza varijance s dobi kao nezavisnom varijablom te stavom o osobama oboljelim od shizofrenije kao zavisnom varijablom. Pokazalo se kako ne postoji statistički značajna razlika ovisno o dobi: $F(4, 227) = 0{,}85$; $p = {,}49$.

Kako bi se ispitalo razlikuje li se stav o osobama oboljelim od shizofrenije ovisno o stupnju obrazovanja, provedena je analiza varijance sa stupnjem obrazovanja kao nezavisnom varijablom te stavom o osobama oboljelim od shizofrenije kao zavisnom varijablom. Pokazalo se kako ne postoji statistički značajna razlika ovisno o stupnju obrazovanja: $F(3, 228) = 1{,}08$; $p = {,}36$.

Kako bi se ispitalo razlikuje li se stav o osobama oboljelim od shizofrenije ovisno o mjestu stanovanja, proveden je Welchev t-test s mjestom stanovanja kao nezavisnom varijablom te stavom o osobama oboljelim od shizofrenije kao zavisnom varijablom.

Pokazalo se stav ne razlikuje statistički značajno ovisno o mjestu stanovanja: $t(229,17) = -0,04$; $p = ,97$. Prikaz ovih rezultata nalazi se na Slici 2.



Slika 2: Stav o osobama oboljelima od shizofrenije ovisno o dobi, spolu, stupnju obrazovanja i mjestu stanovanja

5. Rasprava

U ovom istraživanju sudjelovalo je 232 sudionika, većina su bile žene (80,6%) i u dosta manjem postotku muškarci (19,4%). S obzirom na dob, najviše sudionika je imalo 18-25 godina (35,3%), a najmanje >55 (6%). Gledajući mjesto življenja, sudionici su relativno podjednako iz grada (53,4%) i sela (46,6%). Prema stupnju obrazovanja, najviše sudionika ima završenu SSS i VSS i zajedno čini čak 72% sudionika.

U istraživanju je obuhvaćeno 12 tvrdnji s pet ponuđenih odgovora. Uočeno je da ne postoji statistički značajna razlika u ukupnim odgovorima sudionika (p < ,001). Iako je utvrđeno odstupanje od normalne distribucije, ona je izrazito minimalna. Provedene obrade podataka ukazuju postotak sudionika ispod medijana (47,2%), odnosno postotak negativnih stavova sudionika te postotak sudionika iznad medijana (52,8%) ili postotak pozitivnih stavova sudionika. Kako bi se provjerila razlika stavova s obzirom na dob, spol, obrazovanje i mjesto življenja, uočeno je da nema značajnih razlika u bilo kojem segmentu, stavovi su podjednako raspodijeljeni, a sva odstupanja su minimalna.

U Hrvatskoj je također provedeno istraživanje iz 2018. godine bazirajući se isključivo na stavove srednjoškolaca prema shizofreniji te utjecaju formalnog obrazovanja, spola, religije i bračnog statusa roditelja. U istraživanju je sudjelovalo 156 učenika iz tri srednje škole u Primorsko-goranskoj županiji, klasične gimnazije, pomorske škole i srednje medicinske škole. Rezultati pokazuju značajnu razliku u stavovima s obzirom na srednju školu koju pohađaju. Tako su srednjoškolci medicinske struke imali značajno pozitivnije stavove u odnosu na ostale dvije škole. S obzirom na vjersku pripadnost i bračni status roditelja, nije bilo nikakvih razlika. Iznenađenje su pokazali podaci da srednjoškolci čiji roditelji su visoko obrazovani imaju i negativnije stavove prema shizofreniji. Uspoređujući ova dva istraživanja možemo vidjeti kako je što ranije obrazovanje o mentalnim bolestima vrlo korisno za formiranje budućih stajališta i percepcije prema psihijatrijskim bolesnicima, što se u istraživanju vidi daleko pozitivnijim stavom srednjoškolaca medicinske škole. [49] Istraživanja provedena u svijetu na ovu temu prikazuju drugačije rezultate.

U Japanu, u istraživanju provedenom 2013. godine, otkriveno je da je znanje šire javnosti o mentalnim bolestima relativno slabo. Znatan broj Japanaca ne prepoznaje kako se osobe s mentalnim bolestima mogu oporaviti. Uz to, mnogi ljudi imaju negativan stav prema osobama s mentalnim bolestima, smatrajući ih opasnima i nepredvidljivima. Shizofrenija je

više stigmatizirana od drugih psihičkih bolesti, a težina bolesti samo povećava stigmatizirajući stav prema njoj. U usporedbi sa stavom uzorka sudionika u ovom istraživanju, stigma mentalnih bolesti bila je jača u Japanu. [50]

Oprečne rezultate pak daje novije istraživanje iz 2018. godine čiji su rezultati pokazali da više od 80% sudionika vjeruje da se shizofrenija može liječiti. To sugerira da su ljudi koji žive u Japanu prepoznali mentalne bolesti kao izlječive što je u suprotnosti s prethodnim nalazima koji sugeriraju da ljudi koji žive u Japanu imaju relativno slabo znanje o mentalnim bolestima. Uzeto zajedno, svi rezultati upućuju na to da bi pacijenti s mentalnim bolestima u Japanu mogli biti osjetljiviji na stigmu nego u drugim razvijenim zemljama. [51] Na ove rezultate nadovezuje se istraživanje iz 2006. godine koje uspoređuje utjecaj okoline na samostigmu između Japana i Australije, gdje su osobna stigma i socijalna distanca obično bili veći kod Japanaca nego kod Australaca, dok je obrnuto vrijedilo u pogledu percepcije stavova i diskriminatornog ponašanja drugih. [52]

Suprotno pak, u Kini, istraživanje provedeno iz 2012. godine govori kako stanje koje prikazuje neobrađenu psihozu izaziva najveću količinu stigme, dok se na stanje liječene psihoze gledalo relativno dobronamjerno. Rezultati ukazuju da kulturni idiomi pružaju određenu zaštitu od stigme, ali samo među ispitanicima koji su već upoznati s mentalnim bolestima. Ovakvi rezultati sugeriraju kako se stigma može smanjiti boljim pristupom u vezi znanja zajednice i uslugama koje joj se pružaju, što je svakako dobar primjer koji se može iskoristiti i u praksi. [53]

6. Zaključak

Na temelju provedenog istraživanja i dobivenih rezultata može se izvesti zaključak da su sudionici ankete gotovo jednako podijeljeni u pozitivnim i negativnim stavovima s blagim odstupanjima, za razliku od drugih zemalja usporedbom čijih istraživanja se može vidjeti značajna razlika u negativnosti prema osobama oboljelih od shizofrenije. Ljudi se kvalificiraju za dijagnozu ako njihovi klinički znakovi i simptomi odgovaraju dijagnostičkim kriterijima koji definiraju shizofreniju. Iako dijagnoza shizofrenije ovisi o prisutnosti uzorka simptoma (poput zabluda, halucinacija, neorganiziranog govora, neorganiziranog ili katatonskog ponašanja i negativnih simptoma poput nedostatka motivacije), dokazi pokazuju da su to manifestacije patologije mozga. Shizofrenija nije uzrokovana poremećenim psihološkim razvojem ili lošim roditeljstvom, iako u konačnici ovakvi uvjeti mogu biti pokretač. U usporedbi s normalnim mozgom, ljudi sa shizofrenijom imaju abnormalnosti u strukturi i funkciji mozga. Pored toga, dokazi da je predispozicija na shizofreniju barem djelomično genetička su nesporni. Nadalje, liječnik će imati pristup ogromnom broju empirijskih podataka koji karakteriziraju ovo stanje, uključujući njegov tijek, odgovor na liječenje, ishod i obiteljsku anamnezu. To je važno jer rana intervencija može poboljšati ishod. Stereotipi povezani sa shizofrenijom su najčešći među mentalnim bolestima. Stigmatizacija može ometati prepoznavanje mentalnih poremećaja i prihvaćanje liječenja, stoga je važno pravilnom edukacijom i postupnom promjenom zastarjelih informacija eradicirati ovakvu vrstu ponašanja.

7. Literatura

[1.] World Health Organization. The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. Dostupno na adresi: http://www.who.int/whr/2001/en/. Datum pristupa: 17. 10. 2015.

[2.] https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2019/10/Ljetopis_Yearbook_2018-1.pdf

- dostupno 27.08.2020.

[3.] M. J. Owen, A. Sawa, P. B. Mortensen: Schizophrenia, Lancet, vol. 388(10039), 2016., str. 86-97

[4.] S. Hodgins: Aggressive behavior among persons with schizophrenia and those who are developing schizophrenia: attempting to understand the limited evidence on causality, Schizophrenia bulletin, vol. 43(5), str. 1021-1026

[5.] A. Arslan: Mapping the schizophrenia genes by neuroimaging: the opportunities and the challenges, International journal of molecular sciences, vol. 19(1), 2018., str. 1-13

[6.] L. Lundin, L. Flyckt: Schizophrenia past and present - the perception of long term prognoses have changed, Lakartidningen, vol. 112, 2015., str. 1-5

[7.] P. Wójciak, J. Rybakowski: Clinical picture, pathogenesis and psychometric assessment of negative symptoms of schizophrenia, Psychiatria polska, vol. 52(2), 2018., str. 185-197

[8.] J. T. Coyle, D. T. Balu, M. D. Puhl, G. T. Konopaske: History of the concept of disconnectivity in Schizophrenia, Harvard review of psychiatry, vol. 24(2), 2016., str. 80-86

[9.] S. Torgersen: Paranoid schizophrenia, paranoid psychoses and personality disorders, Tidsskr nor laegeforen, vol. 132(7), 2012., str. 851-852

[10.] B. B. Ortiz, G. M. Araújo Filho, A. G. Neto, D. Medeiros, R. A. Bressan: Is disorganized schizophrenia a predictor of treatment resistance? Evidence from an observational study, Brazilian journal of psychiatry, vol. 35(4), 2013., str. 432-434

[11.] M. Tariq, M. I. Afridi, D. Saleem, S. Pirzada: Catatonic schizophrenia: cases with possible genetic predisposition, vol. 11(4), 2019., str. 1-5

[12.] A. Rangel, C. Muñoz, M. V. Ocampo, C. Quintero, M. Escobar, S. Botero, C. Marin, L. E. Jaramillo, R. Sanchez, J. Rodriguez-Losada, J. Ospina-Duque, C. Palacio, J. C. Arango, A. V. Valencia, D. C. Aguirre-Acevedo, J. Garcia: Neurocognitive subtypes of schizophrenia, Actas Españolas de psiquiatría, vol. 43(3), 2015., str. 80-90

[13.] M. Krzyzanowska, J. Steiner, R. Brisch, C. Mawrin, S. Busse, K. Braun, Z. Jankowski, H. G. Bernstein, B. Bogerts, T. Gos: Ribosomal DNA transcription in the dorsal raphe nucleus is increased in residual but not in paranoid schizophrenia, European archives of psychiatry and clinical neuroscience, vol. 265(2), 2015., 117-126

[14.] Z. Zhang, R. Zhang, P. Qin, L. Tan: Cognitive dysfunction and negative symptoms in patients with schizophrenia and their first-degree relatives from simplex and multiplex families, Neuropsychiatric disease and treatment, vol. 14, 2018., str. 3339-3348

[15.] C. U. Correll, N. R. Schooler: Negative symptoms in schizophrenia: a review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment, Neuropsychiatric disease and treatment, vol. 16, 2020., str. 519-534

[16.] O. Elis, J. M. Caponigro, A. M. Kring: Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: current practices and future directions, Clinihal psychology review, vol.33(8), 2013., str. 914-928

[17.] D. Begić: Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2016.

[18.] P. R. Corlett, G. Horga, P. C. Fletcher, B. Alderson.Day, K. Schmack, A. R. Powers 3rd.: Hallucinations and strong priors, Trend sin cognitive science, vol. 23(2), 2019., str. 114-127

[19.] S. D. Holder, A. Wayhs: Schizophrenia, American family physician, vol. 90(11), 2014., str. 775-782

[20.] S. Ciszewski, H. M. Wichowicz, K. Żuk: Perception of physiological visual illusions by individuals with schizophrenia, Psychiatria Polska, vol. 49(2), 2015., str. 325-336

[21.] A. Picardi: The two faces of first-rank symptoms, Psychopathology, vol. 52(4), 2019., str. 221-231

[22.] L. Asher, A. Fekadu, C. Hanlon: Global mental health and schizophrenia: Current opinion in psychiatry, vol. 31(3), 2018., str. 193-199

[23.] F. J. Charlson, A. J. Ferrari, D. F. Santomauro, S. Diminic, E. Stockings, J. G. Scott, J. J. McGrath, H. A. Whiteford: Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the global burden of disease study 2016, Schizophrenia bulletin, vol. 44(6), 2018., str. 1195–1203

[24.] https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_co_disch1 - dostupno 11.08.2020.

[25.] G. Ayano, G. Tesfaw, S. Shumet: The prevalence of schizophrenia and other psychotic disorders among homeless people: a systematic review and metaanalysis, BMC Psychiatry, vol. 19(1), 2019., str. 1-14

[26.] L. Flyckt, P. Torell: Schizophrenia is still a stigmatized disease, Lakartidningen, vol. 112, 2015., str. 1-4

[27.] F. Yvon, A. Prouteau: Towards an understanding of stigma: what is the stereotype associated with schizophrenia, Sante mentale au Quebec, vol. 42(2), 2017., str. 125-131

[28.] E. Dziwota, M. Z. Stepulak, A. Włoszczak-Szubzda, M. Olajossy: Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia, Annals of agricultural anf environmental medicine, vol. 25(1), 2018., str. 50-55

[29.] E. T. Peluso, S. L. Blay: Public stigma and schizophrenia in São Paulo city, Brazilian journal of psychiatry, vol. 33(2), 2011., str. 130-136

[30.] J. M. Aakre, E. A. Klingaman, N. M. Docherty: The relationship between stigma sentiments and self-identity of individuals with schizophrenia, Psychiatric rehabilitation journal, vol. 38(2), 2015., str. 125-131

[31.] M. Kasahara-Kiritani, T. Matoba, S. Kikuzawa, J. Sakano, K. Sugiyama, C. Yamaki, M. Mochizuki, Y. Yamazaki: Public perceptions toward mental illness in Japan, Asian journal of psychiatry, vol. 35, 2018., str. 55-60

[32.] N. Rüsch, P. W. Corrigan, A. R. Todd, G. V. Bodenhausen: Automatic stereotyping against people with schizophrenia, schizoaffective and affective disorders, Psychiatry research, vol. 186(1), 2011., str. 34-39

[33.] M. Koschorke, R. Padmavati, S. Kumar, A. Cohen, H. A. Weiss, S. Chatterjee, J. Pereira, S. Naik, S. John, H. Dabholkar, M. Balaji, A. Chavan, M. Varghese, R. Thara, G.

Thornicroft, V. Patel: Experiences of stigma and discrimination of people with schizophrenia in India, Social science and medicine, vol. 123, 2014., str. 149-159

[34.] E. Goffman: Stigma: notes on the management of spoiled identity, Simon and Schuster, New York, 1963.

[35.] A. Fresán, R. Robles-García, L. de Benito, R. Saracco, R. Escamilla: Development and psychometric properties of a brief instrument to measure the stigma of aggressiveness in schizophrenia, Actas Españolas de psiquiatría, vol. 38(6), 2010., str. 340-344

[36.] A. A. Loch, F. B. Guarniero, F. L. Lawson, M. P. Hengartner, W., Rössler, W. F. Gattaz, Y. P. Wang: Stigma toward schizophrenia: do all psychiatrists behave the same? Latent profile analysis of a national sample of psychiatrists in Brazil, BMC Psychiatry, vol. 13(92), 2013., str. 1-10

[37.] B. Togay, S. Lippmann: Suicide prevention and schizophrenia, The primary care companion for CNS disorders, vol. 21(5), 2019., str. 1-6

[38.] L. Sher, R. S. Kahn: Suicide in schizophrenia: an educational overview, Medicina (Kaunas) journal, vol. 55(7), 2019., str. 1-11

[39.] World Health Organization: Preventing suicide: a global imperative, WHO, 2014.

[40.] A. Ventriglio, A. Gentile, I. Bonfitto, E. Stella, M. Mari, L. Steardo, A. Bellomo: Suicide in the early stage of schizophrenia, Frontiers in Psychiatry, vol. 7(116), 2016., str. 1-9

[41.] S. Hodgins, S. Klein: New clinically relevant findings about violence by people with schizophrenia, The Canadian journal of psychiatry, vol. 62(2), 2017., str. 86-93

[42.] M. J. Hoptman: Impulsivity and aggression in schizophrenia: a neural circuitry perspective with implications for treatment, CNS spectrums, vol. 20(3), 2015., str. 280-286

[43.] L. G. Pinho, A. Pereira, C Chaves: Influence of sociodemographic and clinical characteristics on the quality of life of patients with schizophrenia, Revista da escola de enfermagem da USP, vol. 51, 2017., str. 1-7

[44.] T. Ž. Palijan, D. Kovačević, M. Vlastelica, E. Dadić-Hero, M. Sarilar: Quality of life of persons suffering from schizophrenia, psoriasis and physical disabilities, Psychiatria danubina, vol 29(1), 2017., str. 60-65

[45.] C. Ridgewell, J. U. Blackford, M. McHugo, S. Heckers: Personality traits predicting quality of life and overall functioning in schizophrenia, Schizophrenia research, vol. 182, 2017., str. 19-23

[46.] L. M. Guedes de Pinho, A. M. S. Pereira, C. M. C. B. Chaves: Quality of life in schizophrenic patients: the influence of sociodemographic and clinical characteristics and satisfaction with social support, Trend sin psychiatry and psychotherapy, vol. 40(3), 2018., str. 202-209

[47.] P. W. Corrigan, D. Mittal, C. M. Reaves, T. F. Haynes, X. Han, S. Morris, G. Sullivan: Mental health stigma and primary health care decisions, Psychiatry research, vol. 218(1-2), 2014., str. 35-38

[48.] T. G. Rhee, R. A. Rosenheck: Does improvement in symptoms and quality of life in chronic schizophrenia reduce family caregiver burden?, Pychiatry research, vol. 271, 2019., str. 402-404

[49.] M. Vučić Peitl, D. Tibljaš, J. Prološčić, F. Habibović: Stigmatizacija duševnih bolesnika od srednjoškolaca, Socijalna psihijatrija, vol. 46(3), 2018., str. 307-325

[50.] S. Ando, S. Yamaguchi, Y. Aoki: Review of mental-health-related stigma in Japan, Psychiatry and clinical neurosciences, vol. 67, 2013., str. 471–482

[51.] M. Kasahara-Kiritani, T. Matoba, S. Kikuzawa, J. Sakano ,K. Sugiyama, C. Yamaki, M. Mochizuki, Y. Yamazaki: Public perceptions toward mental illness in Japan, Asian journal of psychiatry, vol. 35, 2018., str. 55-60

[52.] K. M. Griffiths, Y. Nakane, H. Christensen, K. Yoshioka, A. F. Jorm, H. Nakane: Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan, BMC psychiatry, vol. 6(21), 2006., str. 1-12

[53.] L. H. Yang, G. Lo, A. J. WonPat-Borja, D. R. Singla, B. G. Link, M. R. Phillips: Effects of labeling and interpersonal contact upon attitudes towards schizophrenia: implications for reducing mental illness stigma in urban China, Social psychiatry and psychiatric epidemiology, vol. 47(9), 2012., str. 1459-1473

Popis slika

Slika 1: Prikaz distribucije stavova o osobama oboljelima od shizofrenije s naznačenim medijanom 25
Slika 2: Stav o osobama oboljelima od shizofrenije ovisno o dobi, spolu, stupnju obrazovanja i mjestu stanovanja .. 26

Popis grafova

Graf 1: Podjela sudionika prema dobi 13
Graf 2: Podjela sudionika prema spolu 13
Graf 3: Podjela sudionika prema obrazovanju 14
Graf 4: Podjela sudionika prema mjestu stanovanja 14
Graf 5: Percepcija značenja shizofrenije kod sudionika 16
Graf 6: Poznanstvo sudionika s osobama oboljelih od shizofrenije u svojoj okolini 16
Graf 7: Mišljenje sudionika o simptomima shizofrenije 17
Graf 8: Razdioba odgovora na tvrdnju *Prihvatio/la bih osobu koja pati od shizofrenije u svojoj lokalnoj zajednici* . 18
Graf 9: Razdioba odgovora na tvrdnju *Kada bi osoba sa shizofrenijom živjela u susjedstvu, bilo bi mi neugodno* 18
Graf 10: Razdioba odgovora na tvrdnju *Osobe oboljele od shizofrenije je vrlo lako za prepoznati u društvu* 19
Graf 11: Razdioba odgovora na tvrdnju *Osobe koje boluju od shizofrenije agresivnije su od ostatka populacije* 19
Graf 12: Razdioba odgovora na tvrdnju *Osobe sa shizofrenijom ne mogu ništa ponuditi svojoj zajednici* 20
Graf 13: Razdioba odgovora na tvrdnju *Ako se obratim osobi koja boluje od shizofrenije, vrlo vjerojatno će biti agresivna* 20
Graf 14: Razdioba odgovora na tvrdnju *Kada bih za osobu saznao/la da boluje od shizofrenije, prekinuo/la bih svaki kontakt* 21
Graf 15: Razdioba odgovora na tvrdnju *Kada bih za člana obitelji saznao/la da boluje od shizofrenije, prekinuo/la bih svaki kontakt* 21
Graf 16: Razdioba odgovora na tvrdnju *Osobe oboljele od shizofrenije ne zahtijevaju puno fizičkog kontakta* 22
Graf 17: Razdioba odgovora na tvrdnju *Osobe oboljele od shizofrenije ne bi smjele imati ista prava zapošljavanja kao i ostali* 22
Graf 18: Razdioba odgovora na tvrdnju *Osobe oboljele od shizofrenije koje obole od tjelesnih bolesti ne zahtijevaju istu razinu liječenja kao nepsihijatrijski bolesnici* 23
Graf 19: Razdioba odgovora na tvrdnju *U medijima se ne govori dovoljno o psihičkim bolestima* 23

Prilozi

Prilog 1. Google obrasci - Anketa

Prvi dio ankete sadrži demografske podatke i opće znanje o shizofreniji. Sljedeći dio sadrži pitanja o stavovima sudionika prema osobama oboljelih od shizofrenije. Upitnik je napravljen po principu Likertove skale u 5 stupnjeva

1. Dob:
    a. 18-25
    b. 26-35
    c. 36-45
    d. 46-55
    e. >55
2. Spol:
    a. muško
    b. žensko
3. Razina obrazovanja:
    a. osnovna škola
    b. srednja stručna sprema (SSS)
    c. viša stručna sprema (VŠS)
    d. visoka stručna sprema (VSS)
4. Mjesto stanovanja:
    a. grad
    b. selo
5. Županija u koju pripadate:
    a. popis svih županija
6. Što za vas znači shizofrenija?
    a. sinonim ludila
    b. dvolično ponašanje
    c. psihički poremećaj karakteriziran osjećajem boli
    d. psihoza
7. Nabrojite neke simptome shizofrenije:
    a. _____
8. Poznajete li osobu koja boluje od shizofrenije?

a. da, član je obitelji
b. da poznanik/ ca
c. ne
d. neznam
e. ostalo:_____

Molim vas da na sljedeće tvrdnje odgovorite brojevnom skalom u kojoj redom brojevi označavaju:

1 - Uopće se ne slažem

2 - Uglavnom se ne slažem

3 - Niti se slažem, niti ne slažem

4 - Uglavnom se slažem

5 - U potpunosti se slažem

Prihvatio/la bih osobu koja boluje od shizofrenije u svojoj lokalnoj zajednici.	1	2	3	4	5
Kada bi osoba sa shizofrenijom živjela u susjedstvu, bilo bi mi neugodno.	1	2	3	4	5
Osobe oboljele od shizofrenije je vrlo lako za prepoznati u društvu.	1	2	3	4	5
Osobe koje boluju od shizofrenije agresivnije su od ostatka populacije.	1	2	3	4	5
Osobe sa shizofrenijom ne mogu ništa ponuditi svojoj zajednici.	1	2	3	4	5
Ako se obratim osobi koja boluje od shizofrenije, vrlo vjerojatno će biti agresivna.	1	2	3	4	5
Kada bih za osobu saznao/la da boluje od shizofrenije, prekinuo/la bih svaki kontakt.	1	2	3	4	5
Kada bih za člana obitelji saznao/la da boluje od shizofrenije, prekinuo/la bih svaki kontakt.	1	2	3	4	5
Osobe oboljele od shizofrenije ne zahtijevaju puno fizičkog kontakta.	1	2	3	4	5
Osobe oboljele od shizofrenije ne bi smjele imati ista prava zapošljavanja kao i ostali.	1	2	3	4	5
Osobe oboljele od shizofrenije koji obole od tjelesnih bolesti ne zahtijevaju istu razinu liječenja kao nepsihijatrijski bolesnici.	1	2	3	4	5
U medijima se ne govori dovoljno o psihičkim bolestima.	1	2	3	4	5