



**KROSKULTURALNA
ANALIZA
POSLEDICA
DRUŠTVENE
STIGMATIZACIJE
OSOBA S
PSIHIČKIM
POREMEĆAJIMA**

**Udruga za unapređenje duševnog zdravlja i podizanje
kvalitete života
duševnog bolesnika i njegove obitelji
»Sretna obitelj«**

**KROSKULTURALNA ANALIZA
POSLJEDICA DRUŠTVENE STIGMATIZACIJE
OSOBA S PSIHIČKIM POREMEĆAJIMA**

**Autorica:
Ema N. Gruber**

Popovača, 2011.

Ljubičice

*Zadnje večer i rastanak tužan
svirala nam stara violina
plaču žice, plačemo nas dvoje
razbila se čaša gorkog vina.*

*Nema više sreće
ni za nju ni za mene
hej živote proklet li si
što razdvajaš zaljubljene.*

*Tihim glasom rekla mi je idi
iz očiju zablistaše suze
što to život čini od nas dvoje
zašto sreću zaljubljenih uze.*

*Ljubičice umivene rosom
sjećaju me na te plave oči
samo vjetar iz daljine šapće
otišla je, više neće doći.*

M.P.

IMPRESUM

Izdavač: Udruga za unapređenje duševnog zdravlja i kvalitete života duševnog bolesnika i njegove obitelji »Sretna obitelj«, Popovača

Autor: dr. sc. Ema N. Gruber, dr. med., spec. psihijatar,
subspec. socijalni psihijatar

Tehnički urednik: med., spec. psihijatar subspec.
Robert Gruber, ing. posl. informatike socijalni psihijatar

Recenzenti: Prof. dr. sc. Sanja Špoljar Vržina, dr.
med., znanstvena savjetnica
Nemeth-Blažić, Tatjana, dr. med.,
spec. epidemilog
Mr. sc. Martić-Biočina, Sanja, dr.

Lektura teksta: Mirna Vaupotić
Murati, prof.

Tisak: »Vemako Tisak«, Lučko,
Zagreb, 2011.

ISBN 978-953-55212-6-6

Ova knjiga nastala je iz doktorske radnje istoimene autorice pod nazivom "Kroskulturalna analiza posljedica društvene stigmatizacije osoba s psihičkim poremećajima", Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2011.

Doktorska radnja iznosi dio rezultata iz paneruopskog projekta Gamian Stigma Survey u kojem je kao predstavnik Republike Hrvatske sudjelovala Udruga "Sretna obitelj"

Dostupno i tiskano izdanje istog naslova.

Udruga »Sretna obitelj« zahvaljuje za volonterski rad te troškove tiskanja autoru ove knjige.

RECENZIJIA

Doktorski rad *Kroskulturalna analiza posljedica društvene stigmatizacije osoba s psihičkim poremećajima*, doktorice Eme Ničee Gruber, svrstava se u red onih koje nadahnjuju daljnje promišljanje ove važne problematike. Od vremena sociologa *Ervinga Goffmana* (*Stigma*, 1963) uvećao se značaj stigme u društvu, percepcije stigme, kao i samo-stigmatizacije. Naime, komunikacija, na kojoj *Goffman* temelji svoju simboličko interakcijsku analizu stigme, postala je još kompleksnija i teže istraživa u odnosu na život usred uvećanih moći tehnologija, interaktivnih akceleracija i neoliberaliziranih praksi diskriminiranja. Štoviše globalizacijski trendovi utječu na premještanje značaja doživljaja stigme sa lokalne zajednice na onu prisutnu globalno, birokratizirano i virtualno. Tako se zemlje sa uhodanim demokratskim mehanizmima i 'većom' osviještenosti o ljudskim pravima, smatraju i zemlje 'većeg' potencijala za umanjivanje posljedica stigmatizacije. Upravo ova disertacija utire put daljnjim istraživanjima na tragu potvrđene sumnje da 'veća' demokracija nužno ne znači i manju razinu stigmatiziranja. Uistinu hrabro je i nadasve znanstveno mudro u današnje vrijeme naglašavati važnost kulturalnog utjecaja na stigmatiziranje osoba sa psihičkim poremećajima (kao i svih ostalih stanja koja podliježu stigmatiziranju). Hrabro, uzevši u obzir važan *janusovski* značaj ovakvog pristupa.

Naime, dok na akademskoj razini to znači osvještavati o složenosti socio-kulturalne interakcije između stigmatiziranih i društva, na ljudskoj to znači postati osoba sa osviještenim stavom o shvaćanju kulture kao moćne zaštite, a ne samo usuda i osude. To znači postati dnevnim *Ombudsmanom* obrane stigmatiziranih. Doktorica Ema Ničea Gruber je i više nego svjesna ovog dualiteta u pristupu, ne zanemarujući, onaj najčešće zanemaren – kako 'vratiti' znanje natrag na razinu svakodnevnih prakse, onima označenih stigmom. Uvjerena sam

da će snaga znanstveno spoznatih i potvrđenih činjenica ove disertacije biti onoliko učinkovita koliko će biti prisutan doseg, natrag, do pacijenata, njihovih obitelji i cjelokupne zajednice.

Kao liječnicu i antropologinju, veseli me suradnja sa stručnjakinjom u ovom području, doktoricom Emom Ničiom Gruber, za koju akademski napredak znači, primarno, napredak zajednice i svih njezinih pacijenata. U današnje doba virtualnog humanizma ovakav ciklički tijek je ne samo utješan, već i čovječno nužan. Zahvalna sam doktorici Gruber na potvrđenom putu humanizma za sve liječnike/znanstvenike današnjeg globaliziranog zdravstva - od struke/aktivizma do znanosti i natrag.

Prof.dr.sc. Sanja Špoljar Vržina, dr.med.
Znanstvena savjetnica
Institut društvenih istraživanja "Ivo Pilar"

RECENZIJIA

Ema Ničea Gruber u ovoj nas knjizi iznenađuje serioznim istraživanjem koje je obuhvatilo niz europskih država, a u kojem se istraživala samostigmatizacija, percipirano socijalno obezvređivanje i diskriminacija, te razina samopouzdanja kod ljudi s psihičkim poremećajima.

Ova tema je važna u vrijeme kada se medicini pristupa kroz koncept kvalitete života.

U radu se otkriva niz razlika između pojedinih zemalja koje nastaju iz duboko ukorijenjenih stavova društva o psihičkoj bolesti, a kroz praktično iskustvo ljudi koji razboljevši se dotiču vlastite predrasude o psihičkoj bolesti i liječenju, a potom imajući ili nemajući prijatelja, imajući ili nemajući posao, dobivajući manje ili više adekvatno liječenje na svojoj koži proživljavaju ono što društvo nevidljivo poručuje.

Zanimljivo je da je nađena razina stigme vrlo visoka u Italiji, a da su tamo oživotvoreni najsveobuhvatniji i najradikalniji koncepti psihijatrije u zajednici, liječenja bez bolnice što je imalo funkciju između ostaloga redukcije stigme.

Male razlike naše zemlje i onih u okruženju govori o istom kulturnom krugu, sličnim problemima s kojima se ljudi susreću, a podaci da su svi istraživani parametri manje izraženi kod obrazovanijih, zaposlenih, onih koji imaju obitelj i prijatelje potvrđuje koliko je široko potrebno djelovati. Tako i autorica spominje primjere, te predlaže mjere koje bi pomogle u poboljšavanju položaja osoba s psihičkim poremećajima (npr. program zapošljavanja).

Ovo zanimljivo štivo pruža nam pogled na stigmatu prema duševnoj bolesti u jednom trenutku društvenog razvoja, bilo bi ga zanimljivo ponoviti za neko vrijeme, pa opet...

Mr.sc. Sanja Martić-Biočina,
dr. med.,spec. psihijatar,subspec. socijalni psihijatar
Psihijatrijska bolnica Vrapče

RECENZIJA

Osobe s psihičkim poremećajima kao i osobe koje boluju od nekih zaraznih (npr. oboljeli od HIV/AIDS-a) i nezaraznih (pogotovo kroničnih) bolesti i dalje se, osim sa svojom bolešću, moraju boriti i sa stigmom. U tom pogledu Hrvatska je učinila veliki korak naprijed donošenjem antidiskriminacijskog zakona, edukacijom i senzibilizacijom profesionalnih djelatnika i javnosti, no i dalje se trebamo truditi poboljšavati stvari u tom području. Ova knjiga vrijedan je doprinos profesionalnoj i akademskoj zajednici za bolje razumijevanje problema stigmatizacije psihičkih bolesnika i pomoć u izradi znanstveno utemeljenih specifičnih mjera intervencije, te koristan model za buduća istraživanja. Autoricu studije, dr.sc. Emu Ničeu Gruber upoznala sam tijekom pohađanja poslijediplomskog studija Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu "Menadžment u zdravstvu", te je od početka, a i kasnije kroz našu poslovnu suradnju, pamtim kao energičnu osobu punu snage i želje za promjenom i poboljšanjem, koja zna motivirati i usmjeriti sve sudionike prema željenom cilju. Stoga sam sigurna da će znanje stečeno kroz izradu ove knjige praktično iskoristiti na dobrobit i u cilju poboljšanja kvalitete života osoba s psihičkim poremećajima, kako u zdravstvenoj ustanovi u kojoj radi, tako i kroz udrugu u kojoj aktivno djeluje. A to je i najvažnije osobama koje se bore sa stigmom. Jer, osobe s psihičkim poremećajima, a i sve druge osobe koje se zbog svoje bolesti ili stanja bore sa stigmom, nisu čudne niti suvišne, niti bi trebale biti odbačene. One samo žele ono što svatko želi ... biti prihvaćene i sretnе.

Tatjana Nemeth-Blažić, dr. med., spec. epidemiolog,
Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb

SADRŽAJ:

RECENZIJE.....	4
SADRŽAJ.....	9
ZAHVALE.....	11
SAŽETAK.....	12
ABSTRACT.....	13
UVOD.....	15
I. TEORIJSKI OKVIR INTERPRETACIJE.....	21
II. METODOLOGIJA REFERENTNOG EMPIRIJSKOG ISTRAŽIVANJA.....	43
2.1. Struktura uzorkovanja.....	44
2.2. Mjerni instrumenti.....	46
2.2.1. Instrument namijenjen mjerenju percepcije socijalnog obezvređivanja i diskriminacije.....	46
2.2.2. Instrument namijenjen mjerenju samostigmatizacije.....	46
2.2.3. Instrument namijenjen mjerenju samopouzdanog doživljaja selfa.....	47
2.2.4. Socio-demografski upitnik.....	48
III. STRUKTURA ANALIZE.....	49
IV. REZULTATI.....	50
4.1. Socio-demografska struktura analiziranog uzorka.....	50
4.1.1 Usporedba Hrvatske s ostalim zemljama po socio-demografskim karakteristikama.....	51
4.2. Faktorizacija mjernih instrumenata.....	54
4.2.1. Faktorizacija instrumenta namijenjenog mjerenju percepcije socijalnog obezvređivanja i diskriminacije.....	54
4.2.2. Faktorizacija instrumenta namijenjenog mjerenju samostigmatizacije.....	54
4.2.3. Faktorizacija instrumenta namijenjenog mjerenju samopouzdanog doživljaja selfa.....	56
4.3. Deskriptivni statistički pokazatelji čestica koje saturiraju dobivene statistički značajne latentne dimenzije.....	57
4.3.1. Deskriptivni statistički pokazatelji čestica koje saturiraju latentnu dimenziju percepcije socijalnog obezvređivanja i diskriminacije.....	57
4.3.2. Deskriptivni statistički pokazatelji čestica koje saturiraju latentnu dimenziju samostigmatizacije.....	58
4.3.3. Deskriptivni statistički pokazatelji čestica koje saturiraju latentnu dimenziju samopouzdanog doživljaja selfa.....	58
4.4. Deskriptivni statistički pokazatelji triju mjernih instrumenata.....	58
4.5. Interkorelacije triju mjernih instrumenata.....	62

4.6. Komparacija sedam odabranih zemalja na tri mjerna instrumenta.....	63
4.7. Bivarijatna analiza socio-demografskih kategorija analiziranog uzorka na tri mjerna instrumenta.....	63
4.7.1. Bivarijatna analiza socio-demografskih kategorija analiziranog uzorka na instrumentu namijenjenom mjerenju razine percipiranoga socijalnog obezvređivanja i diskriminacije.....	64
4.7.2. Bivarijatna analiza socio-demografskih kategorija analiziranog uzorka na instrumentu namijenjenom mjerenju razine samostigmatizacije.....	64
4.7.3. Bivarijatna analiza socio-demografskih kategorija analiziranog uzorka na instrumentu namijenjenom mjerenju razine samopouzdanog doživljaja selfa.....	65
V. REZULTATI DOBIVENI NA UZORKU ISPITANIKA IZ REPUBLIKE HRVATSKE.....	66
5.1. Socio-demografska struktura uzorka Republike Hrvatske.....	66
5.2. Faktorizacija mjernih instrumenata za uzorak ispitanika iz Republike Hrvatske.....	66
5.2.1. Faktorizacija instrumenta namijenjenog mjerenju percepcije socijalnog obezvređivanja i diskriminacije.....	66
5.2.2. Faktorizacija instrumenta namijenjenog mjerenju samostigmatizacije..	67
5.2.3. Faktorizacija instrumenta namijenjenog mjerenju samopouzdanog doživljaja selfa.....	68
5.3. Deskriptivni statistički pokazatelji triju mjernih instrumenata.....	69
5.4. Interkorelacije triju mjernih instrumenata.....	70
5.5. Bivarijatna analiza socio-demografskih kategorija na tri mjerna instrumenta za uzorak ispitanika iz Republike Hrvatske.....	71
5.5.1. Bivarijatna analiza socio-demografskih kategorija na instrumentu namijenjenom mjerenju razine percipiranoga socijalnog obezvređivanja i diskriminacije.....	71
5.5.2. Bivarijatna analiza socio-demografskih kategorija na instrumentu namijenjenom mjerenju razine samostigmatizacije.....	71
5.5.3. Bivarijatna analiza socio-demografskih kategorija na instrumentu namijenjenom mjerenju razine samopouzdanog doživljaja selfa.....	72
5.6. Prediktivnost triju promatranih kategorija.....	73
5.6.1. Sociodemografski prediktori percipiranoga socijalnog obezvređivanja i diskriminacije.....	73
5.6.2. Sociodemografski prediktori Samostigmatizacije.....	74
5.6.3. Sociodemografski prediktori Samopouzdanog doživljaja selfa.....	75
VI. RASPRAVA.....	77
6.1. Procjena rezultata i njihova valjanost s obzirom na hipoteze.....	78
6.2. Pokušaj objašnjenja specifičnosti rezultata dobivenih na poduzorcima ispitanika s obzirom na dosadašnja istraživanja.....	81
6.3. Pokušaj objašnjenja dobivene međusobne korelacije triju mjerenih promatranih kategorija u analiziranim zemljama te usporedba dobivenih rezultata s dosadašnjim istraživanjima.....	92
6.4. Pokušaj objašnjenja povezanosti triju percipiranih kategorija s	

ispitivanim socio-demografskim varijablama te usporedba s rezultatima dosadašnjih istraživanja.....	95
6.5. Ograničenja studije.....	100
6.6. Praktične implikacije rezultata dobivenih na ispitanicima hrvatskog poduzorka i relevantnost u odnosu na dosadašnja istraživanja.....	102
6.7. Prijedlozi intervencija.....	103
6.8. Prijedlozi budućih istraživanja.....	109
VII. ZAKLJUČCI.....	111
VIII. POPIS LITERATURE.....	113
IX. PROŠIRENI SAŽETAK.....	134
X. ŽIVOTOPIS AUTORICE.....	137
XI. PRILOZI.....	138

ZAHVALE

Za GAMIAN Europe studiju zahvaljujem se članovima organizacije GAMIAN Europe, koji su sudjelovali u prikupljanju podataka: Udruga „Sretna obitelj” (Hrvatska; Ema N.Gruber, Sanja Martić Biočina), Udruga „Mieli Maastary” (Finska; Hilikka Karkkainen), Udruga „Arete Onlus” (Italija; Flavio Prata), Udruga „FENIKS” (Poljska; Magdalena Majewska), Udruga „The Romanian League for Mental Health” (Rumunjska; Raluca Nica), Udruga „OZARA” (Slovenija; Mojca Dernovsek), Udruga „Panhellenic Families Association for Mental Health (SOPSI)” (Grčka; Christina Gramandani), „Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King’s College London” (Velika Britanija; Elaine Brohan, Graham Thornicroft, Norman Sartorius), „EPF” (Velika Britanija; Rodney Elgie), „Association for the Improvement of Mental Health Programmes” (Švicarska).

Na pomoći u pisanju zahvaljujem se Aleksandru Štulhoferu i Slađani Štrkalj Ivezić, koji su bili i mentori u doktorskoj dizertaciji.

Na kritičkim komentarima vezanih za statistički obradu zahvaljem se Mirni Krivokući.

Luciji Gruber Zlatec ispričavam se za sve popodneve, večernje sate i sate tijekom vikenda, koje sam joj uskratila radeći istraživanje i zahvaljujem joj se na strpljenju i razumijevanju.

SAŽETAK

Istraživanje karaktera „presječne“ analize provedeno je 2007. godine na 1600 referentnih sudionika u 7 europskih zemalja (Rumunjska, Poljska, Grčka, Slovenija, Finska, Italija te Hrvatska) u sklopu paneuropskog projekta „GAMIAN-Europe“, organizacije pod nazivom *GAMIAN STIGMA SURVEY* u osoba koje boluju od psihičkih poremećaja. Korišteni su mjerni instrumenti za mjerenje samostigmatizacije, percepcije socijalnog obezvređivanja i diskriminacije i samopouzdanog doživljaj *selfa*, za koje je utvrđeno da međusobno visoko koreliraju. U svim je analiziranim zemljama osim Grčke vidljiva niska i minimalna razina samostigmatizacije, umjerena razina percipirane socijalne diskriminacije te umjerena razina samopouzdanja posebno kod ispitanika koji nemaju socijalne kontakte, koji su invalidni, nezaposleni ili umirovljeni te žive u instituciji a liječenje su započeli kasnije u životu, što su ujedno i prediktori triju promatranih kategorija za uzorak iz RH. Pretpostavka da će ispitanici iz zemlja razvijene psihijatrije u zajednici i etablirane demokracije imati bolje rezultate od ispitanika iz RH i ostalih tranzicijskih zemalja nije se potvrdila. Znanstveni doprinos dizercije su konstruirane tri aditivne ponderirane skale i dijagram s predloženim intervencijama prema dobivenim rezultatima.

Ključne riječi: psihički poremećaj, samostigmatizacija, samopouzdanost doživljaj selfa, socijalno obezvređivanje i diskriminacija

ABSTRACT

Background: There is a growing interest in identifying the characteristics and processes which predict a self stigmatization response to public stigma, identifying the proportion of perceived discrimination and empowerment of mentally ill in order to deal with the “vicious cycles” of stigma where the stigma is intensifying and entrenching thus leading to further enhancement of problems such as social deprivation, unemployment, “revolving door” syndrome of frequent hospitalizations, increasing disability and social exclusion of mentally ill persons.

Aims: To make a cross cultural analysis of the levels of self stigma, perceived discrimination and empowerment as well as their correlations with socio-demographic factors in order to find predictors of proposed variables as targets for future interventions as well as to develop specific scales for future investigations.

Methods: The study had a cross sectional design where participants were asked to complete a survey measuring their reported levels of self stigma, perceived discrimination and empowerment. Data used in the dissertation were collected during the year 2007. as a part of a pan European project “GAMIAN Europe Stigma survey” from the members of GAMIAN Europe mental health charity organizations from 7 European countries (Croatia, Romania, Greece, Slovenia, Finland, Italy and Poland). In countries where English is not the primary language a consistent translation and cross cultural adaptation procedure was adopted to ensure that the survey packs used in each country were as comparable as possible. Participants reported a primary diagnosis of a range of psychiatric conditions including schizophrenia, depression and anxiety disorders.

Results: 1600 participants completed the survey and reported a low and minimal level of self stigma, a moderate level of empowerment and a moderate level of perceived discrimination and devaluation. Compared to other European countries, Croatian participants had a higher level of self stigma than participants from Finland and Italy, a lower level of self stigma than the participants from Greece and an equal level of self stigma to participants from Romania and Slovenia. Regarding the level of perceived discrimination and devaluation participants from Croatia have a lower level than participants from Greece, Poland and Italy and an equal level to participants from Finland, Slovenia and Romania. Also, the participants from Croatia have a higher level of empowerment than participants from Greece, lower level than participants from Romania and an equal level to participants from Italy, Finland, Slovenia and Poland.

Regarding the socio demographic characteristics, on the level of all analyzed countries, participants that have university education, the ones that do not have social support and are disabled living in an institution as well as the ones that have a psychotic disorder and do not agree with their diagnosis, have a higher level of self stigma and a higher level of perception of discrimination and devaluation, as well as a lower level of empowerment. Regarding the gender, there were no statistical differences between the levels of self stigma, empowerment and perception of discrimination between male and female participants. In order to analyze the Croatian data, the factor analysis was conducted on all three instruments for measuring self stigma, perception of discrimination and empowerment and three

specific scales were constructed. Also, for the Croatian sample predictors of high levels of self stigma, high levels of perception of discrimination and low level of empowerment occur at an early age of the developing disease in mentally ill people and disagreement with diagnosis as well as unemployment, disability, social isolation in a form of a lack of friends, best friends or family support also occur.

Conclusion: The hypothesis that mentally ill persons will self stigmatize was supported, especially for those that have lack of social support, are disabled or retired. The results found do not support the hypothesis that in the developed countries with a long tradition of community psychiatry the levels of self stigma and perception of discrimination will be lower and empowerment will be higher than in Croatia and other countries in transition. It could be hypothesised that the level of democracy and the development of the country as well as the organisation of mental health services are not fundamental for the levels of self stigma, perception of discrimination or the level of empowerment of mentally ill persons and that some other structural factors determinate those variables. The hypothesis about the connection between self stigma, empowerment and perceived discrimination was found in a way that, in all analyzed countries but Italy, the level of self stigma, between others, will decide whether the socially discriminated mentally ill person will have a low level of empowerment, while in Italy negative perception of social discrimination is connected with low levels of empowerment regardless of the level of self stigma of the mentally ill person. Also, specifically for Croatia, socio-demographic factors found to be predictors of a high level of self stigma and a high level of perceived discrimination as well as predictors of a low level of empowerment are equal to well known parameters for social exclusion of people in Croatia. Those predictors can be used for targeted interventions by mental health workers and can be used to influence the way Croatian mental health services are organized, as well as contributing to making plans for social inclusion of the mentally ill people. As a scientific contribution of this dissertation specific scales for measuring the levels of self stigma, empowerment and perceived discrimination and devaluation for Croatian participants was constructed as well as an algorithm of proposed interventions according the results found.

UVOD

Osoba s psihičkim poremećajem¹ jest, kao i svaki drugi čovjek, bio-psiho-socijalno biće i ujedno kreator svoje sociokulturalne sredine, istodobno uvjetovane ekonomsko-povijesnim faktorima (Jakovljević, 1963, Kecmanović, 1978, Corrigan i sur., 2003, Adler, 1994, Shorter, 1997).

Također, psihički poremećaj može se gledati i kao uzrok i kao posljedica isključenja osobe iz društva u kojem živi (MHE, 2008). Prevencija mnogih psihičkih poremećaja moguća je, a njihovo liječenje u većini slučajeva može biti uspješno. Unatoč tome, u mnogim zemljama liječenje nije dostupno onima koji ga trebaju - djelomično i zbog društvenih predrasuda i diskriminacije te samostigmatizacije osoba s psihičkim poremećajem (Corrigan, 2004, Schomerus i sur., 2009). Osobe s psihičkim poremećajem isključene su iz društva (Olhansky, 1966, UNDP², 2006), pri čemu se duševnim bolesnicima na taj način krše temeljna ljudska prava, dok je kvaliteta života duševno oboljelih bitno smanjena (Wrigley i sur., 2005).

Stigmatizacija osoba s psihičkim poremećajem definira se kao negativno obilježavanje, marginaliziranje ili izbjegavanje osoba zato što imaju psihički poremećaj, a temelji se na unaprijed oblikovanim negativnim stavovima koje nazivamo predrasudama. Stigmatizirane su sve osobe s psihičkim poremećajima, bez obzira na dijagnozu, i to mnogo više od bolesnika koji boluju od tjelesnih bolesti (Corrigan, 2000), dok su bolesnici koji boluju od psihoze mnogo jače stigmatizirani od onih koji boluju od depresije i anksioznih poremećaja (Pescosolido i sur., 1999). Ponašanje koje proizlazi iz predrasuda poprima razne oblike nepravednih postupaka koji vode do diskriminacije oboljelih (MHE, 2008, Eurobarometer, 2003 i 2009, Thornicroft, 2006). Stav društva jest faktor koji može pospješiti ili omesti ostvarivanje uključenosti osobe s psihičkim poremećajem u društvo (Štulhofer, Matković, 2006), a na stupanj njezine socijalne funkcionalnosti utječe niz socijalno-psiholoških faktora na koje djeluju različiti oblici društvenih predrasuda vezanih za psihičke poremećaje (Caltaux, 2003, Fung i sur., 2007, Vogel i sur., 2006).

Teorijski okvir prezentirane disertacije čini model tzv. začaranog kruga jačanja stigme (Sartorius, 2004) i teorija društvene isključenosti (Šućur, 2004; Šporer, 2004; UNDP Hrvatska, 2006). Prema začaranom krugu jačanja stigme društvene predrasude pojačavaju se kroz tzv. samostigmatizaciju osoba s psihičkim poremećajima (Ertugrul i Ulug, 2004, Sartorius i Schulze, 2005). Naime, osoba obično percipira stigmatiziranost, izbjegavanje okoline (Lauber i sur., 2004), osjećaj da je nepoželjna

1 *Osoba s psihičkim poremećajem je duševno bolesna osoba, osoba s duševnim poremećajem, nedovoljno duševno razvijena osoba, ovisnik o alkoholu ili drogama ili osoba s drugim duševnim smetnjama, prema Dika, M., Đurđević, Z., Goreta M., Turković, K: Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s komentarima i prilogima, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2001., čl.3. st. 1*

2 *Program Ujedinjenih naroda za razvoj (UNDP) svjetska je mreža UN-a za razvoj, organizacija koja zagovara promjene i povezivanje država znanjem, iskustvom te potencijalima kako bi se građanima omogućilo da izgrade bolji život. Djeluje u 166 država, pomažući im da nađu vlastita rješenja za izazove globalnog i nacionalnog razvoja. Razvojem lokalnih kapaciteta te se države oslanjaju na ljude iz UNDP-a i širok raspon partnera. www.undp.hr, <http://www.undp.hr/show.jsp?page=52276>*

u društvu (MHE, 2008), da je "stranac" (Baumann, 2007), da je odbijaju radi bolesti (Thornicroft, 2006) te da radi neadekvatnog afekta, bizarnog ponašanja (Penn i sur., 1997) ili izmijenjenog fizičkog izgleda (diskreditirajuće stigme) (Goffman, 1968), koji nastaje kao nuspojava lijekova ili negativnih simptoma (Penn i sur., 2000), odudara od drugih ljudi (Socall i Holtgraves, 1992).

Radi prirodnog impulsa društvenosti koji ljude potiče na socijalnu interakciju (Wolf, 1950.), to osobu dodatno hendikepira i dovodi do osjećaja manje vrijednosti, koji posebno prepoznaje kad je u remisiji bolesti. Osjećaj manje vrijednosti dovodi do gubitka samopouzdanja, a time i do smanjenja već ionako smanjene uspješnosti. Povlačenje od društva dovodi do manjka socijalnih vještina (Bellack i sur., 1990). Osoba je sve slabije sposobna za samouzdržavanje. Javlja se pad na socijalnoj ljestvici, što dovodi do daljnjeg i dubljeg razlikovanja od okoline i time do intenziviranja stigme. Time se zatvara začarani krug (Sartorius, 2000, Sartorius, 2004, Sartorius i Schulze, 2005). Osoba je sve manje spremna surađivati u liječenju (Fenton, 1997) te se ubrzo ponovno vraća u bolnicu u recidivu bolesti („revolving door“ sindrom) (Bruffaerts, i sur., 2004). Ne manje važno, takve su učestale hospitalizacije i financijsko opterećenje za zdravstveni sustav zemlje (Greenberg i sur., 1993, Greenberg i sur., 1996).

Teorija društvene isključenosti pretpostavlja procese deprivacije osobe u ekonomskoj, radnoj, društveno-interakcijskoj, obrazovnoj, institucionalnoj i drugim sferama života, koji se međusobno pojačavaju i doprinose marginalizaciji pojedinaca i njihovih kućanstava - sve do razine potpune isključenosti iz društvene matice te naglašuje kako se sve tri komponente trebaju uzeti u obzir (ekonomski, radni i socijalni aspekt deprivacije pojedine skupine) kako bi se temeljitije razumio društveni položaj marginaliziranih skupina i razina njihove isključenosti iz društva (Štulhofer i Matković, UNDP, 2006).

Od deset vodećih uzroka bolesti osam ih je povezano s duševnim zdravljem (Marušić, 2004), a 1.4% ukupne europske populacije koja je radno sposobna čine osobe s psihičkim poremećajima koje nisu zaposlene (EFILWC, 2003). Procjenjuje se da će više od 27% odraslih Europljana jednom u životu imati barem jedan oblik psihičkog poremećaja (Wittchen, 2005). Budući da se stanje duševnog zdravlja razlikuje u europskim zemljama (Marušić, 2004, Jane-Llopis i Anderson, 2006) s obzirom na različite socijalno-političke situacije, tradicije i kulture, kao i velike varijabilnosti u dostupnosti i kvaliteti organizacije službi za zaštitu mentalnog zdravlja, pitanje psihičkih poremećaja trajni je problem koji utječe na formiranje i tijek sadašnje i buduće politike i legislative mentalnog zdravlja na globalnoj razini.³ U njemu se isprepleću socijalna politika (Sayce, 2007, Lewis, 2009), politika zapošljavanja,

3 Deset temeljnih načela zaštite duševnog zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije donesenih u Ženevi 1996. godine uključuje: 1. promicanje duševnog zdravlja i prevenciju duševnih poremećaja, 2. pristup temeljnoj zaštiti duševnog zdravlja, 3. procjenu duševnog zdravlja u skladu s međunarodno priznatim načelima i standardima, 4. osiguranje najmanje restriktivnog oblika zaštite duševnog zdravlja, 5. samoopredjeljenje, 6. pravo na pomoć prilikom samoopredjeljenja, 7. dostupnost postupka pregleda i ocjenjivanja, 8. sistem periodičnih pregleda i ocjenjivanja, 9. kvalificiranog donositelja odluka, 10. poštivanje vladavine prava. Mental health care: Ten basic principles, http://www.who.int/mental_health.

važnost odnosa stručnjak – bolesnik,⁴ kršenje osnovnih etičkih postavki liječničke profesije (Sider, 1984, Shorter, 1997), ostvarivanje ili kršenje ljudskih prava (Davidson, 2002, Buizza i sur., 2007) i prava osoba s invaliditetom, marginaliziranih skupina i vulnerabilnih društvenih grupa, što je nužno nametnulo Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji pokretanje međunarodnog programa borbe protiv stigme i diskriminacije zbog shizofrenije (WPA, 2001, Sartorius, 1999: 96). Program je bio od ključne važnosti za implementaciju globalnog programa smanjivanja stigmatizacije „Open the doors“⁵ (Sartorius, 1997, Sartorius i Schulze, 2005, WPA, 2002).

Nadalje, Svjetska zdravstvena organizacija inicirala je i poticala interes⁶ za problem psihičkih poremećaja i suradnju ostalih europskih organizacija, kao što su Europska komisija (European Commission Green Paper, 2005, European Commission White paper, 2007), Komitet za zapošljavanje i socijalne poslove (EC PROGRESS), Vijeće Europe (Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini, 1997), organizacija za duševno zdravlje Europe (MHE, 2008), kao i organizacija civilnog sektora unutar pojedine države. poput udruge „Sretna obitelj“,⁷ te internacionalnih organizacija poput organizacije⁸ GAMIAN-Europe (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks). Svjetska zdravstvena organizacija 2004. godine donijela je Deklaraciju za mentalno zdravlje u Europi, koju su potpisali ministri svih europskih zemalja, uključujući i Hrvatsku. Europski je parlament 2009. godine usvojio Rezoluciju (2008/2250(INI)) izvjestiteljice Patrizie Toie (Italija, ALDE) pod nazivom „Socijalna ekonomija“.⁹ Autorica

4 *Madridska deklaracija iz 1996. godine navodi da stručnjaci trebaju biti vođeni vlastitom odgovornošću za ozdravljenje bolesnika, omogućujući im primjeren tretman te poštujući njihovu osobnost. Za postizanje svrhe liječenja potrebno je uključiti bolesnika u proces ozdravljenja. Pritom je važno uspostaviti odnos utemeljen na povjerenju i međusobnom poštivanju te pružiti bolesniku informacije kako bi mogao sudjelovati, u skladu sa svojim stanjem, u donošenju odluka koje ga se tiču. Foundation Prix de Geneve pour les Droits de l'Homme en Psychiatrie, <http://www.geneva-prize.ch>*

5 *www.openthedoors.com*

6 *Akcijiski plan za Europu Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2005).*

7 *Udruga za unapređenje duševnog zdravlja i kvalitete života duševnog bolesnika i njegove obitelji, „Sretna obitelj“, Popovača (www.sretnaobitelj.odlican.net), osnovana 2004. godine.*

8 *GAMIAN - Europe je međunarodna neprofitna organizacija, federacija nacionalnih udruga, članovi kojih su osobe s psihičkim poremećajem, njihove obitelji i profesionalci volonteri koji se bave zaštitom i unapređenjem duševnog zdravlja, a s ciljem promicanja informacija, edukacije i podizanja razine znanja i osviještenosti o trenutačnom tretmanu psihičkih poremećaja, potpori oboljelima i njihovim obiteljima, kao i provedbom istraživačkih projekata (www.gamian.eu).*

9 *Socijalna ekonomija u ovoj je Rezoluciji definirana kao ekonomija koja je u skladu sa zajedničkim europskim ciljevima o socijalnoj inkluziji, koja može znatno poboljšati socijalni status ljudi te koja daje prednost jednom poslovnom modelu koji se odlikuje demokratskim pristupom, sudjelovanjem socijalnih dionika i ulaganjem najvećeg dijela profita u održivi razvoj. Rezolucija, između ostalog, naglašuje potrebu za čvrstim pravnim okvirom zasnovanim na priznavanju specifičnih vrijednosti socijalne ekonomije. Također, velik naglasak stavljen je na ključnu ulogu socijalne ekonomije u ostvarivanju Lisabonske strategije, odnosno njezinih ciljeva o održivom rastu i zapošljavanju, potičući zapošljavanje žena te uspostavljanjem i pružanjem usluga, osobito na području zdravstva i socijalne skrbi (2008/2250(INI)).*

se u Rezoluciji bavi subjektima poput udruga, humanitarnih ustanova i drugih srodnih organizacija primarna svrha kojih nije stvaranje profita, već pomoć ljudima i obrana temeljnih načela Europske Unije, kao što su solidarnost i odgovornost.

U 2002. godini u Hrvatskoj je, prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije, započet „Program smanjenja stigme i diskriminacije psihičkih bolesnika“ (Štrkalj-Ivezić, 2003). U Hrvatskoj je trenutačno u tijeku reforma psihijatrije. Nacrt nacionalne i regionalne strategije razvoja, u skladu s europskim smjernicama, ide prema psihijatriji u zajednici (Holley i sur., 1998), odnosno razvoju izvaninstitucionalne brige o mentalnom zdravlju, u kojoj psihosocijalna rehabilitacija ima nezamjenjivo mjesto (Barton, 1999).

U kontekstu pristupnih pregovora Republike Hrvatske s Europskom Unijom mnoge europske zemlje mjerodavnim hrvatskim institucijama nude programe, projekte i partnerstvo sa svrhom smanjenja stigme, načinima osnaživanja osoba s psihičkim poremećajima, načinima borbe protiv diskriminacije,¹⁰ zaštite prava osoba s psihičkim poremećajem odnosno zabrane nečovječnog, ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja osoba¹¹ te podizanja kvalitete života osoba s psihičkim poremećajem i njihove inkluzije¹² u društvo (Kadri i Sartorius, 2005, MHE, 2008). Kako je dokazano da su posljedice društvene stigmatizacije osoba s psihičkim poremećajima umnogome kulturološki uvjetovane (Angermayer i sur., 2004), važno je i korisno znati razinu kompatibilnosti zemalja, te će prezentirana disertacija pokušati pronaći neke točke kompatibilnosti Republike Hrvatske s drugim europskim zemljama. Ovo je važno kako bi se mogli odabrati najsljedniji programi i projekti za hrvatske društvene uvjete, s obzirom na to da kriterij uspješnog liječenja nije samo nestanak simptoma psihičkog poremećaja već i omogućivanje nastavka normalnog života bolesnika te pokušaj da oboljeli, kao i svaka druga osoba, pridonosi društvenom kapitalu¹³ zajednice u kojoj se nalazi (Sartorius, 2006, Sartorius, 1997, Trute i sur., 1989, Link i sur., 1989, Rosenfield, 1997, Markowitz, 1998, Wright i sur., 2000, Dickerson i sur., 2002, Štulhofer, 2003). Obitelji osoba s psihičkim poremećajem također trebaju pomoć u svladavanju stigme radi bolesnog člana (Gruber i sur., 2006, Gruber i sur., 2007, Gruber i sur., 2009, Van Dorn i sur., 2005, Buizza i sur., 2007). Budući da se pristup osobi s psihičkim poremećajem smatra mjerom demokratičnosti društva, multidisciplinarno uključivanje i međusobna suradnja civilnog sektora i psihijatrijske

10 *Načela o zaštiti duševno bolesnih osoba i unapređenju zaštite duševnog zdravlja usvojena su 1991. godine u RH, <http://www.unhcr.org>. Proklamirajući temeljna prava i slobode, Načela navode kako svi imaju pravo na najbolju moguću zaštitu duševnog zdravlja u sklopu zdravstvenog i socijalnog sustava, a njihova prava trebaju im biti osigurana i provedena uz poštivanje dostojanstva i bez diskriminacije.*

11 *Konvencija protiv torture i drugih načina okrutnog, nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja usvojena je 1987. godine u Republici Hrvatskoj kao dio međunarodnih ugovora sklopljenih i potvrđenih u skladu sa Ustavom RH. <http://www.untreaty.un.org>*

12 *Pojam inkluzija ima podrijetlo u latinskom jeziku, a predstavlja izvedenicu koja znači uključivanje, uključenost, obuhvaćanje i podrazumijevanje, a u socijalnom smislu uključivanje pojedinca u određenu zajednicu koja je manje ili više zatvorena ili otvorena cjelina (Suzić, 2008).*

13 *Društveni kapital definiran je kao skup kulturnih osobina koje stvaraju i održavaju međusobno povjerenje i suradnju među članovima određene društvene zajednice (Štulhofer, 2003).*

struke u istraživanju (iz koje je perspektive proizašla i prezentirana disertacija), jedan je od puteva približavanja Hrvatske europskim integracijama.

Prezentirana doktorska disertacija dio je paneuropskoga istraživačkog projekta organizacije GAMIAN-Europe, pod nazivom „GAMIAN Stigma survey“.¹⁴ Projekt je pokrenut 2007. godine u 20 europskih zemalja, pod supervizijom prof. dr. sc. Normana Sartoriusa iz Svjetske zdravstvene organizacije i prof. Grahama Thornicrofta iz Službe za zdravlje i istraživanje na populaciji, Instituta za psihijatriju Kings College, London, Engleska,¹⁵ gdje je i obrađen dio podataka.

Prema preliminarnim rezultatima istraživanja GAMIAN-Europe Stigma Survey, provedenim na zemljama Istočne Europe, uočena je već poznata korelacija između osnaživanja i samostigmatizacije (Hansson i Bjorkman, 2005, Link i sur. 2001), dok je percepcija socijalnog obezvređivanja i diskriminacije ponovno pretpostavljena kao nezavisni prediktor samostigmatizacije (Gauci i sur., 2009, Watson i River, 2005, Brohan i sur., 2010).

Podaci interpretirani u ovoj disertaciji prikupljeni su istodobno u Hrvatskoj, Grčkoj, Finskoj, Poljskoj, Rumunjskoj, Sloveniji i Italiji, što ovu disertaciju čini komparativnom studijom. Tema za provedeno istraživanje bila je potkrijepljena činjenicom da je autorica voditeljica udruge za unapređenje duševnog zdravlja i kvalitete života duševnog bolesnika i njegove obitelji, „Sretna obitelj“,¹⁶ kao i predsjednica i voditeljica projekata te udruge, te se kao specijalist psihijatar, subspecijalist socijalne psihijatrije u Neuropsihijatrijskoj bolnici „Dr. Ivan Barbot“ u Popovači, svakodnevno susreće s ovom problematikom i njezinim rješenjima.

Glavni je cilj ove disertacije analizirati povezanost između promatranih kategorija (razine samostigmatizacije, samopouzdanog doživljaja *selfa* te percepcije socijalnog obezvređivanja i diskriminacije) i ispitivanih socio-demografskih varijabli, i to do neke mjere u komparativnom kontekstu, uspoređujući Hrvatsku sa šest europskih zemalja. Pojedine analizirane socio-demografske varijable ujedno predstavljaju neke od pokazatelja za praćenje socijalne isključenosti, odnosno neke od pokazatelja triju *prostora* prikraćenosti: radnog (nezaposlenost i nesudjelovanje na tržištu rada), ekonomskog (siromaštvo) i sociokulturnog prostora (socijalna izoliranost) (Štulhofer, Matković, UNDP, 2006).

Sekundarni cilj prezentirane disertacije utvrđivanje je međusobne povezanosti triju promatranih kategorija.

U okviru ove disertacije pretpostavlja se kako razina percipiranoga socijalnog obezvređivanja i diskriminacije, razina samopouzdanog doživljaja *selfa* te razina samostigmatizacije - ovisе o razini i vrsti društvene stigmatizacije osoba s psihičkim poremećajem. Osim toga, pretpostavlja se da su navedene tri promatrane kategorije međusobno visoko korelirane.

Nadalje, idući cilj disertacije jest i usporedba Republike Hrvatske s ostalim obuhvaćenim europskim zemljama u kontekstu posljedica društvene stigmatizacije osoba s psihičkim poremećajima, budući da se analizirane europske zemlje od

14 http://www.gamian.eu/stigma_survey.htm.

15 <http://www.iop.kcl.ac.uk/departments/?locator=342&project=10241>

16 www.sretnaobitelj.odlican.net

Republike Hrvatske razlikuju, između ostalog, po stupnju razvoja psihijatrije u zajednici te stupnju razvijenosti demokracije.

Pretpostavlja se da će ispitanici iz zemalja etablirane demokracije imati niže razine samostigmatizacije i niže razine percipirane socijalne diskriminacije te više razine samopouzdanog doživljaja *selfa* od ispitanika iz Hrvatske te ostalih tranzicijskih zemalja.

Specifičan cilj disertacije obuhvaća utvrđivanje onih socio-demografskih varijabli koje, u kontekstu ispitanika u Republici Hrvatskoj, predstavljaju statistički značajne prediktore razine percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije, razine samopouzdanog doživljaja *Self-a* te razine samostigmatizacije ispitanika. Pretpostavlja se da će određene socio-demografske varijable, one koje predstavljaju već dokazane pokazatelje socijalne isključenosti osoba s psihičkim poremećajem iz društva, istodobno biti utvrđene kao statistički značajni prediktori triju analiziranih promatranih kategorija.

Realizacija istraživačkih ciljeva, odnosno odgovori na postavljena pitanja, znanstveni su doprinos disertacije, dok će njihova upotreba i primjena predstavljati praktični doprinos ove disertacije u izradi Nacionalnog programa socijalne inkluzije osoba s psihičkim poremećajem, kao dio UNDP-ovog programa za Hrvatsku, te će služiti kao smjernica u provedbi Nacionalnog programa borbe protiv stigme te budućih programa rada udruge „Sretna obitelj“. Isto tako, rezultati ove disertacije bit će važna osnova za daljnja istraživanja u smislu njihove primjenjivosti u kulturalnom okruženju lokalnih hrvatskih zajednica.

Prema dosadašnjim saznanjima autorice ove disertacije i pregledom dostupne literature, istraživanje poput ovoga - koje postavlja spomenute ciljeve i koje traži odgovore na navedena pitanja - dosad nije provedeno.

I. TEORIJSKI OKVIR INTERPRETACIJE

Oduvijek su psihički poremećaji imali posebno značenje i razlikovali se od ostalih tjelesnih poremećaja. Brojni primjeri iz srednjeg vijeka ukazuju da se na psihičkog bolesnika gledalo kao na osobu manje vrijednosti, odnosno da je kategorija psihičkog bolesnika - stigmatizirana. Pojam stigma, ožiljak, žig, znak srama, znači pripisivanje specifičnih obilježja cijeloj skupini (Falk, 2001), a na osnovi predrasuda i/ili spoznaja o obilježjima pojedinca ili manjine pripadnika te skupine (Sartorius, 2006).

Društveni stavovi o osobama s psihičkim poremećajem

Stav društva faktor je koji može pospješiti ili omesti ostvarivanje uključenosti osobe s psihičkim poremećajem u društvo (Štulhofer, Matković, 2006), a na razinu njezine socijalne funkcionalnosti utječe niz socijalno-psiholoških faktora, na koje, pak, utječu različiti oblici društvenih predrasuda vezanih za psihičke poremećaje (Caltaux, 2003, Fung i sur., 2007, Vogel i sur., 2006).

Za društvenu je predrasudu, prema Allportu¹⁷, karakteristično da ljudi na osnovi svojeg stava prema jednoj kategoriji ljudi zauzimaju konkretne stavove i prema pojedincima, bez provjeravanja je li takav stav opravdan ili ne. Predrasuda nema korijen u pogrešnoj generalizaciji - u zaključivanju koje ide od pojedinca prema grupi, nego u jednoj vrsti deduktivnog mišljenja koje ide od grupe prema pojedincu (Allport, 1958). Bitna crta društvene predrasude jest da ona pogađa pojedinca prije svega zato što je pripadnik određene društvene grupe i svjedoči o jednoj vrsti grupne netrpeljivosti. Predrasude su neosjetljive na nova iskustva, u velikoj mjeri ireverzibilne i imaju dublju motivacijsku osnovu (afektivno nagonsku jezgru), a to su antipatije koje proizlaze iz afektivne identifikacije pojedinca s vlastitom grupom (Allport, 1958). Nadalje, negativni stav, odnosno predrasuda prema nečemu, može služiti privatnom, samozadovoljnom cilju osobe koja ga ima. Beznačajne ličnosti osjećaju nadmoć kad mogu prezirati pripadnike drugih društvenih grupa kao manje vrijedne, dostojne prezira i ocrnjivanja, a također mogu služiti i društvenim ili kolektivnim ciljevima kad se na osnovi njih povećava društvena solidarnost u odnosu na neku drugu socijalnu ili etničku grupu, ili kad se pomoću njih mobilizira borbeni entuzijazam radi ratovanja. Jednako pravilo vrijedi za etničke predrasude kao i ostale predrasude (Allport, 1958). Da predrasuda u sebi nosi psihološko regresivni ili grupno regresivni mehanizam, najbolje svjedoči odnos između predrasude i njezina praktičnog djelovanja-diskriminacije.¹⁸ Djelovanje pod utjecajem predrasuda, kad dobiva na intenzitetu, pokazuje redovito pad u posve primitivne oblike ponašanja. U tom pogledu mogu se razlikovati ocrnjivanje ili ogovaranje, izbjegavanje, stvaranje društvene distance, diskriminacija, niz mjera koje se društveno poduzimaju protiv pripadnika neke grupe

¹⁷ Stav je trajna mentalna reprezentacija neke osobe, koja izaziva čuvstvene reakcije i djeluje na ponašanje (Rathus, 2000). Stav je mentalna spremnost, stečena individualnim iskustvom, koja vrši direktivni ili dinamički utjecaj na reagiranje pojedinca na objekte i situacije s kojima dolazi u dodir (Allport, 1935).

¹⁸ Diskriminacija jest uskraćivanje nekih privilegija osobama ili skupinama ljudi zbog predrasuda (Rathus, 2000). Diskriminaciju možemo definirati kao nepravedno postupanje prema pojedincima koji pripadaju određenoj društvenoj grupi. Diskriminacija se razlikuje od pojma predrasude jer je ona «stvarna posljedica predrasudnih stavova neke osobe, uočljiva u njezinu ponašanju» (Pennington, 1997).

da bi se istaknuo njezin manje vrijedan položaj, pa čak i fizički napad, obračunavanje, maltretiranje i istrebljivanje, progoni, genocid (Allport, 1958).

Brojna istraživanja društvenih stavova o osobama s psihičkim poremećajima potvrdila su općenitu raširenost upravo negativnih stavova prema psihičkim poremećajima. Osobito su izraženi negativni stavovi prema shizofreniji u odnosu na druge psihičke poremećaje (Thompson i sur., 2002, Angermeyer i Matschinger, 1997, Pescosolido i sur., 1999, Lauber i sur., 2004).

Stav članova obitelji prema osobi s psihičkim poremećajem ili ljudi s njegova radnog mjesta ili društva u kojem živi od iznimnog su značenja za njezinu ljudsku sudbinu. Stav društva kao trajno pozitivno ili negativno vrednovanje ljudi, objekata i ideja, često je determinirajući faktor na mnogim ključnim točkama procesa identifikacije pojedinca kao osobe s psihičkim poremećajem, odnosno procesa preuzimanja socijalne uloge i njegovog upućivanja liječniku i liječenju.

Nadalje, stav društva određuje i dužinu hospitalizacije i učestalost recidiva, a to znači i karakter i opseg resocijalizacije oboljelog. Porast zanimanja za stavove društva prema duševno oboljelima koincidira sa strukturiranjem i razvojem socijalne psihijatrije i psihijatrije u zajednici (Kecmanović, 1978). Stavovi su važni za razumijevanje stereotipa,¹⁹ predrasuda i načina ljudskog ponašanja, a budući da imaju jaku emotivnu komponentu, kad su izraženi prema manjinskim skupinama ili psihičkim bolesnicima, oni mogu biti snažni i negativni te stvarati osnove za predrasude i diskriminaciju (Newcomb, 1950).

Tri osobine karakteriziraju stereotipe prema osobama s psihičkim poremećajem:

- a) ljudi se kategoriziraju po vrlo vidljivim značajkama, kao što su upadljivo ponašanje radi nespojavanja lijekova ili pogoršanja psihičkog poremećaja;
- b) svim članovima te društvene grupe pripisuje se posjedovanje istih značajki, odnosno sve osobe koje imaju te značajke su psihički bolesne i
- c) bilo kojem pojedincu za kojeg se percipira da pripada toj grupi pripisuje se posjedovanje tih stereotipnih značajki (Pennington, 1997).

Stereotipi su stoga previše pojednostavljene i previše generalizirane apstrakcije o osobama s psihičkim poremećajem, uglavnom netočne, premda mogu sadržavati i zrna istine (Allport, 1954). Uobičajeni stereotipi o ljudima s psihičkim poremećajima uključuju da su ti ljudi opasni, nepredvidivi (Angermeyer i sur., 2003), nesposobni i sami krivi za svoj poremećaj (Corrigan, 2005, Cooper, 2003) te neizlječivi (dementni, retardirani, shizofreni i liječeni u ustanovama socijalne skrbi) (Brockington i sur., 1993, Crisp i sur., 2000, Link i sur., 1999, Angermeyer, 2000).

Stereotipni stavovi o osobama s psihičkim poremećajem univerzalni su i nisu vezani samo za stavove javnosti (Thompson i sur., 2002, Hocking, 2003, Bhugra, 1989, Brockington i sur., 1993, Dahl i Malt, 1994, Madianos i sur., 1987) već te stavove nažalost dijele i zaposleni u zdravstvu (Wahl, 1999, Estroff, 1989, Štrkalj-Ivezić, 1996, Štrkalj-Ivezić, 2010, Filipčić i sur., 2003, Hellzen i sur., 2003, Lauber 2006, López-Ibor i sur., 2005), čak i oni zaposleni u psihijatrijskoj struci (Ivezić-Štrkalj i sur., 1999, Ivezić-Štrkalj i sur., 2000, Čavarović Gabor i sur., 2007, Keane, 1990, Lyons i Ziviani, 1995, Mirabi i sur., 1985, Scott i Phillip, 1985, Aydin i sur., 2003, Lauber i sur., 2004, Ućok i sur., 2004), iako to nije uvijek slučaj (Arizaga i sur., 2004, Kingdon i sur., 2004), a stavovi se razlikuju ovisno o dobi ili kvalifikaciji te o godinama radnog staža psihijatrijskog djelatnika (Tay i sur., 2004).

¹⁹ Stereotip je učvršćena konvencionalna zamisao o nekoj skupini (Rathus, 2000). Stereotipi se mogu ispraviti pomoću novih informacija (Weber i Crocker, 1983).

Nadalje, izgleda da znanje o simptomima psihičkih poremećaja povećava stigmatiziranje i diskriminaciju tih osoba u očima studenata medicinskih škola, no saznanja o mogućnostima liječenja i rehabilitacije smanjuju stigmatiziranje, tako da bi se *antistigma programi* trebali temeljiti na informacijama o mogućnostima oporavka od bolesti (Llerena i sur., 2002, Watson i sur., 2004, Pinfold i sur., 2003) kao i na kontaktu studenata s oboljelima (Mas i Hatim, 2002, Meise i sur., 2000, Schulze i sur., 2003).

Socijalni psiholozi smatraju da su stereotipi strukturalna znanja naučena od mnogih u socijalnoj grupi (Augoustinos, 1995, Esses i sur., 1994, Hilton i Hippel, 1996, Krueger, 1996, Mullen i sur., 1996). Poseban je problem jatrogena stigmatizacija (Sartorius, 2002), stigmatizacija koju provode profesionalci, liječnici, kad određuju bolesniku određenu dijagnozu i tako ga «etiketiraju» (Thornicroft, 2007), iako to nije uvijek slučaj (Mann i Himelstein, 2004). I sami psihijatri u nekim europskim zemljama traže posebne uvjete rada, duži godišnji odmor i nadoplatu plaće te na taj način razlikuju duševni poremećaj od ostalih poremećaja, tražeći beneficije na radnom mjestu (Sartorius, 2002).

Premda tijekom života ljudi dolaze u dodir s medicinskom koncepcijom psihičkog poremećaja i imaju drugačije interpretacije težine i dubine nečijeg poremećaja nego profesionalci (Prior i sur., 2003), sredstva masovne komunikacije kao najjači determinatori većine naših stavova svakodnevno podržavaju i učvršćuju stereotipnu predodžbu o duševno poremećenom čovjeku kao čudnom, nepredvidivom i opasnom. Mediji svojim djelovanjem, pisanjem i prikazivanjem na televiziji i filmovima, najčešće podržavaju stigmiju opasnosti (Magli i sur., 2004) jer prikazuju većinom loše vijesti (Stuart, 2003), a to čine i nedokazanom ili neopravdanom upotrebom metafore „šizofreničar“ ili „luđak“ u novinskim člancima (Duckworth i sur., 2003, Hoffmann-Richter i sur., 2003) ili čak dječjim filmovima (Lawson i Fouts, 2004). Najčešće se radi o senzacionalističkim naslovima (Vukušić Rukavina, 2010) koji prodaju novine: jedna incidentna situacija generalizira se na sve oboljele (Duckworth i sur., 2003), a rijetkost je da novinari zapravo intervjuiraju osobe i prikažu i dobre i loše strane života s psihičkim poremećajem (Nairn, 2005) i tako postignu pozitivan efekt smanjenja stigme (Penn i sur., 2003, Jovanović, 2005).

Dosadašnja istraživanja u Hrvatskoj (Filipčić i sur., 2003, Gruber i sur., 2006) potvrđuju dobro poznate stereotipe dokazane mnogim istraživanjima u svijetu, neznanje javnosti vezano uz psihički poremećaj, kao i iskrivljeni doživljaj samoga sebe u bolesnika oboljelih od shizofrenije.

Stigma osoba s psihičkim poremećajem može se razumjeti kao kombinacija problema neznanja (neinformiranosti), stavova (predrasuda) i ponašanja (diskriminacije). Stigma postoji na različitim razinama funkcioniranja osobe s psihičkim poremećajem, od socijalnog kontakta s obitelji i prijateljima, preko odnosa na radnom mjestu do lokalne zajednice i države (Thornicroft i sur., 2008).

Ova disertacija usmjerena je na tri područja vezana uz problem stigme:

1. *samostigmatizaciju* - razinu prihvatanja društvenih predrasuda i stvaranje stavova koje duševno oboljeli imaju prema samima sebi,
2. *percepciju*²⁰ *socijalnog obezvjeđivanja i diskriminacije* te

20 *Percepcija je proces kojim su osjeti organizirani u nutarnju reprezentaciju svijeta, psihološki proces pomoću kojeg interpretiramo senzorne informacije (Rathus, 2000).*

3. *procjenu osnaženosti (samopouzdanje doživljaj selfa²¹)* - odnosno sposobnosti duševno oboljelog da kontrolira svoj vlastiti život i svoju ulogu u društvu.

Samostigmatizacija - internalizirana stigma

Stigmatizacija osoba s psihičkim poremećajem definira se kao negativno obilježavanje, marginaliziranje ili izbjegavanje osoba od okoline zato što imaju psihički poremećaj, a temelji se na unaprijed oblikovanim negativnim stavovima koje nazivamo predrasudama.

Stigmatizirane su sve osobe s psihičkim poremećajima, bez obzira na dijagnozu, i to mnogo više nego bolesnici koji boluju od tjelesnih bolesti (Corrigan, 2000), a bolesnici koji boluju od psihoze puno su jače stigmatizirani od onih koji boluju od depresije i anksioznih poremećaja (Pescosolido i sur., 1999).

Posljednjih godina raste interes za identificiranje karakteristika i procesa koji predviđaju samostigmatizirajući odgovor na stigmu iz javnosti i razvoj intervencija za smanjivanje samostigmatizacije. Koncept internalizirane stigme ključan je u razumijevanju psiholoških oštećenja koje uzrokuje stigma (Vauth i sur., 2007).

Nedostatak znanja i razumijevanja psihičkih poremećaja pridonosi stigmatizaciji (Corrigan i sur., 2003). Međutim, ljudi koji nemaju iskustva s osobama koje boluju od psihičkih poremećaja često imaju jače izraženu stigmatizaciju od osoba koje su imale kontakt s oboljelima. Kako to protumačiti? Psihički poremećaj ruši predodžbu o čovjekovoj onipotenciji, pokazujući da su i čovjekov „razum“ i „duh“, ta toliko često isticana antropološka *differentia specifica*, isto toliko trošni i podložni rasapu kao i ljudsko tijelo. U tom smislu moglo bi se reći da je odbojan stav prema duševnom bolesniku jedan od sadržaja kolektivno nesvjesnog.

Mi najčešće nismo potpuno svjesni te bojazni, ali ona postaje iznimno djelotvorna kad god u mislima, slici ili realnosti susretnemo psihičkog bolesnika koji predstavlja oličenje onoga što se i nama samima može dogoditi, kao nimalo privlačna ljudska mogućnost. U tom kontekstu, psihički bolesnik ima značenje mefistofelskog načela u čovjeku (Kecmanović, 1978).

Postoji, dakle, iracionalni strah ljudi da će izgubiti kontrolu i poludjeti, odnosno da će se zbog toga pokazati slabima i manje vrijednima. Da bi se toga oslobodili, ljudi će u svemu što je povezano s psihičkom bolešću (poremećaj, bolesnik, institucije liječenja) vidjeti gubitak kontrole, slabost i opasnost (Magliano i sur., 2004, Magliano i sur., 2004). Takve strahove i vjerovanja o osobama s psihičkim poremećajima imali su i bolesnici prije nego što su se razboljeli, tako da lako prihvataju negativne stereotipe, internaliziraju stigm (Link i Phelan, 2001, Link i sur., 1989, Link, 1987), odnosno dolazi do samostigmatizacije (Corrigan, 1998), koja uz stigmu okoline nepovoljno utječe na oporavak i liječenje. Stigma i samostigmatizacija stvaraju osjećaj niskog samopoštovanja, demoraliziranosti i straha bolesnika da će biti odbačeni (Link i sur., 2001, Markowitz, 1998, Corrigan i sur., 1999), zbog čega i sami bolesnici izbjegavaju komunikaciju. Stoga se osobe koje imaju psihički poremećaj gledaju kao manje vrijedne i izbjegavaju (Kecmanović, 1978). Na ovu činjenicu treba obratiti pozornost kod provedbi edukativnih programa protiv stigme, budući da je dokazano kako ljudi

21 *Self je osjećaj vlastitog identiteta. Vlastiti identitet je ukupni zbroj svih aspekata samog sebe. Odnosi se na to kako pojedinci percipiraju sami sebe, kako smatraju da se razlikuju od drugih i na stupanj vlastite vrijednosti i osjećaja svrhe koju pojedinci osjećaju. Samopouzdanje doživljaj selfa jest poimanje samog sebe na pozitivan način.*

koji prođu program edukacije u kojem se govori o opasnostima psihičkih poremećaja i nasilju oboljelih, kasnije češće izbjegavaju bolesnike i ne žele im pomoći, odnosno povećavaju socijalnu distancu (Corrigan i sur., 2004, Lauber, 2004). Čovjek je još u bliskoj prošlosti psihičke bolesnike bacao u okove, mučio ih po najmonstruoznijim shemama inkvizitorskog umijeća, dok im se danas uskraćuju neka elementarna ljudska prava i izmišljaju načini kako bi socijalno bio što udaljeniji od njih. A sve iz straha od mogućnosti da i sam duševno oboli (Kecmanović, 1978).

Izgleda, nadalje, da promoviranje biološkog koncepta kao uzroka nastanka psihičkih poremećaja (bolest mozga, poremećaj neurotransmitera, naslijeđe) još produbljuje, a ne da smanjuje socijalnu distancu prema osobama s psihičkim poremećajem (Dietrich i sur., 2004).

Ipak, ne reaguju sve osobe s psihičkim poremećajem na isti način suočene sa stigmom. Neke gube samopouzdanje, a druge - upravo suprotno - suočavanje sa stigmom ojačava (Camp i sur., 2002), dok neki ostanu indiferentni (Chamberlin, 1978, Corrigan i Watson, 2002, Deegan, 1990).

Osobe koje se samostigmatiziraju imaju slične simptome kao oboljeli od depresije i mogu biti suicidalne. Identifikacija sa širom grupom osoba koje imaju identitet stigmatiziranih - ključna je varijabla koja utječe na način reakcije na stigmizaciju iz okoline (Frable i sur., 1997, Camp i sur., 2002). S jedne strane, osobe koje pripadaju grupi stigmatiziranih mogu internalizirati negativne tvrdnje koje se odnose na tu grupu. S druge strane, osobe koje razviju pozitivan identitet kao članovi koji pripadaju toj grupi, razvit će pozitivne percepcije i doživljaj sebe (Porter i Washington, 1993, Tajfel, 1978) jer su dobili socijalnu podršku (Mueller i sur., 2006).

Prema modelu tzv. *začaranog kruga jačanja stigme* društvene predrasude se pojačavaju kroz samostigmatizaciju osoba s psihičkim poremećajima (Ertugrul i Ulug, 2004, Sartorius i Schulze, 2005). Naime, osoba obično percipira stigmatiziranost, izbjegavanje okoline (Lauber i sur., 2004), osjećaj da je nepoželjna u društvu (MHE, 2008), da je "stranac" (Baumann, 2007), da je odbijaju radi bolesti (Thornicroft, 2006) te da radi neadekvatnog afekta, bizarnog ponašanja (Penn i sur., 1997) ili izmijenjenog fizičkog izgleda (diskreditirajuće stigme) (Goffman, 1968), koji nastaje kao nuspojava lijekova ili negativnih simptoma (Penn i sur., 2000), odudara od drugih ljudi (Socall i Holtgraves, 1992). Radi prirodnog impulsa društvenosti koji ljude potiče na socijalnu interakciju (Wolf, 1950), to osobu dodatno hendikepira, dovodi do osjećaja manje vrijednosti, koji posebno prepoznamo kad je u remisiji bolesti. Povlačenje od društva dovodi do manjka socijalnih vještina (Bellack i sur., 1990). Osoba je sve manje sposobna za samouzdržavanje. Javlja se pad na socijalnoj ljestvici, što dovodi do daljnjeg i dubljeg razlikovanja od okoline i time do intenziviranja stigme. Time se zatvara začarani krug (Sartorius, 2000, Sartorius, 2004, Sartorius i Schulze, 2005).

Oснаživanje i njegova osnovna komponenta - samopouzdanje doživljaj *selfa*

Najranije definicije osnaživanja daje Rappaport (Rappaport, 1987), koji osnaživanje definira kao povezanost između osjećaja vlastite kompetencije i želje i namjere da se poduzme akcija u socijalnoj sferi. Nadalje, osnaživanje se može konceptualizirati kao proces zadobivanja kontrole, odnosno moći nad nečijim životom i utjecaja na organizacijsku i socijalnu strukturu u kojoj netko živi (Segal i sur., 1995). Moć je, po raširenoj definiciji sociologa Maxa Webera, vjerojatnost da pojedinac ili skupina uspiju nametnuti i provesti svoju volju, čak unatoč otporu drugih.

Sami bolesnici (Fisher, 1994) su osnaživanje definirali kao status psihičkog bolesnika u kojem je on u stanju: formirati svoju vlastitu socijalnu mrežu potpore, neovisno izražavati svoje mišljenje i stavove, koristiti stručnu pomoć za tehničku potporu donošenja odluka, sudjelovati u tretmanu sa stručnjacima kao partner, a ne kao pasivni primatelj tretmana i informacija, biti cijenjen radi legitimnosti svojih stavova, koristiti sredstva cijele zajednice, a ne samo sustava zdravstvene zaštite, snalaziti se unutar zdravstvenog sustava, dati značajan doprinos u donošenju odluka kod izrade programa i projekata na lokalnoj, nacionalnoj i internacionalnoj razini te postizati osjećaj odgovornosti za svoj život i zdravlje.

Osnaživanje je kao ideologija proizašlo iz nejednakosti u sustavu skrbi za psihičke bolesnike. Ta ideologija je bazirana na načelu da psihički bolesnik može imati kontrolu nad svojim životom te da utjecaj profesionalaca i oslanjanje oboljelog na profesionalce treba smanjiti, dok se sam bolesnik treba aktivnije postaviti prema svom liječenju i životu. Naime, u literaturi se osnaživanje povezuje s funkcijom, odnosno misijom grupa i programa samopomoći koje formiraju sami bolesnici u obliku udruga (Chamberlin, 1990, Segal i sur., 1993, Chamberlin i sur., 1996) te načinima pomoći od zdravstvenih radnika u procesu osnaživanja bolesnika (Freund, 1993, Orear i sur., 1990, Ellison, 1996, Rapp i sur., 1993²², Rosenfield i Neese-Todd, 1993).

Tako je načelo osnaživanja ključno u formulaciji rehabilitacije te u organizaciji psihijatrijske službe u zajednici prema načelu "case managementa" (upravljanje slučajem), odnosno postojanja osobnog asistenta koji oboljeloj osobi pomaže da se snađe na terenu (Solomon i Draine, 1994, Manning i Suire, 1996²³, Gruber i sur., 2008)²⁴, a strategije i programi koji potiču osnaživanje uključuju modele rehabilitacije na načelu klubova, grupa samopomoći, zapošljavanja korisnika u starom sustavu liječenja, aktivne participacije bolesnika u istraživanjima, planiranjima organizacije službe i aktivnostima lobiranja (www.sretnaobitelj.odlican.net).

Iako tradicionalne medikamentozne terapije mogu osnažiti bolesnika, budući da suvremeni psihofarmaci mogu otkloniti simptome bolesti, kliničari trebaju biti senzibilizirani na pitanja stigme i socijalnog konteksta života bolesnika (Faith, 1998) te socijalne mreže koju bolesnici čine sa svojim obiteljima i prijateljima (Gruber i sur., 2009, Evert i sur., 2003).

Rogers i suradnici (Rogers i sur., 1997) na Bostonskom su sveučilištu konstruirali skalu za mjerenje osnaživanja, posebno se vodeći definicijama korisnika, a koristeći dimenzije Roterove skale vanjskog i unutrašnjeg lokusa kontrole (Rotter, 1966), Skale za samoefikasnost (Sherer i Adams, 1983) i Rosenbergove skale za samopouzdanje (Rosenberg, 1965).

Originalna skala od 48 čestica testirana je na 100 ispitanika koji su prisustvovali programima samopomoći u New Hampshireu, a faktorskom analizom izolirano je 28 čestica koje su mjerile pet dimenzija (dimenziju samopouzdanog doživljaja *selfa*,²² dimenziju moć-nemoć, dimenziju sudjelovanja u zajednici, dimenziju optimizma i kontrole budućnosti te dimenziju ljutnje). Kasnije su isti autori razvili skraćenu skalu od 17 čestica koje mjere dvije dimenzije, dimenziju samopouzdanog doživljaja *selfa* i dimenziju moć-nemoć. S obzirom na to da je inicijalna validacija instrumenta pokazala visoku korelaciju obiju dimenzija, odnosno visoku korelaciju svih 17 čestica

22 *Self* je osjećaj vlastitog identiteta. Vlastiti identitet je ukupni zbroj svih aspekata samog sebe. Odnosi se na to kako pojedinci percipiraju sami sebe, kako smatraju da se razlikuju od drugih i na stupanj vlastite vrijednosti i osjećaja svrhe koju pojedinci osjećaju. Samopouzdanje doživljaj *selfa* jest poimanje samog sebe na pozitivan način.

međusobno, autori su procijenili kako je prikladno čitav instrument promatrati u totalitetu, odnosno, za svakog ispitanika promatrati sveukupni rezultat na svih 17 čestica, a ne promatrati zasebne rezultate na dvije predviđene dimenzije. Nadalje, autori su u obzir uzeli socio-demografske karakteristike ispitanika te sudjelovanje u akcijama u lokalnoj zajednici i parametre za ocjenu kvalitete života. Pronašli su da je osnaživanje povezano s kvalitetom života ispitanika i prihodima, a da nije povezano sa socio-demografskim varijablama kao što su dob, spol, bračni status, obrazovanje, radni status i etnicitet. Osnaživanje je bilo pozitivno povezano s uključenosti ispitanika u akcije lokalne zajednice, uza zaključak navedenog istraživanja kako se jačanje osnaživanja u korisnika treba postići kroz povišenje samopouzdanja i samoeфикаsnosti te fokusiranjem na uključivanje korisnika u društvene akcije.

Percepcija socijalnog obezvređivanja i diskriminacije

Ponašanje koje proizlazi iz predrasuda prema osobama s psihičkim poremećajem poprima razne oblike nepravednih postupaka koji vode do diskriminacije oboljelih (MHE, 2008, Eurobarometer, 2003 i 2009, Thornicroft, 2006).

Pojavom diskriminacije označavamo odstupanje od načela formalne jednakosti odnosno ravnopravnosti (Rodin, 2003:5). Diskriminacija je djelovanje u prilog svoje i na štetu druge skupine temeljem nejednakih kriterija koji mogu biti posljedica predrasuda (stigme) ili namjernog osporavanja druge osobe (Vrkaš, 2001:111). U suvremenim demokratskim društvima otvorenu diskriminaciju sprečavaju zakoni. Znatno češće diskriminacija će biti posredna, manje vidljiva, između ostalog i zato što je ugrađena u niz društvu svojstvenih stajališta i vrijednosti što se prenose socijalizacijom, koja uključuje i formalno i neformalno obrazovanje (Barada i Jelavić, 2004).

Samoeфикаsnost je definirana kao očekivanje osobe od sebe same da može uspješno nešto učiniti u danjoj situaciji (Bhugra, 1989). Snižena samoeфикаsnost i demoraliziranost (Ritsher i sur., 2004) povezane su s nemogućnošću zapošljavanja ili samostalnog života i promašenih prilika za uspjeh (Link, 1982). Takvo samovrednovanje i samoprocjena te samodiskriminacija značajno interferiraju sa životnim ciljevima i kvalitetom života bolesnika te prilikom za oporavak. (Link, 2001, Link i sur., 1991, Markowitz, 1998, Perlick i sur., 2001, Rosenfield, 1997, Sirey i sur., 2001, Wright i sur., 2000).

Link definira stigmatu kroz ko-pojavaost njenih elemenata - etiketiranja, stereotipije, separacije, gubitka statusa i diskriminacije te navodi da je preduvjet da dođe do stigmatizacije primjena sile, odnosno gubitak moći. U kulturalnom kontekstu gdje se na duševni poremećaj gleda kao na nešto negativno i nemoćno, oni koji su etiketirani na taj način i koji doživljavaju odbacivanje od strane okoline (Thornicroft, 2006) doživjet će da gube status i da su diskriminirani (Crocker i sur., 1998, Hocking, 2003). Za razliku od stereotipa, koji su vjerovanja, i predrasuda, kao afektivnog odgovora, diskriminacija je bihevioralna reakcija, ponašanje (Bordieri i Drehmer, 1986).

Diskriminirani radi psihičkog poremećaja, bolesnici su nezaposleni (Boardman i sur., 2003, Marwaha i Johnson, 2004, EFILWC, 2003), teško sklapaju ili zadržavaju prijateljstva (Thornicroft, 2009), bračni partner ih napušta (Thara i sur., 2003) ili se teško vraćaju na radno mjesto. Stigma povezana i sa siromaštvom i s psihičkim poremećajima pokreće i održava začarani krug siromaštva i psihičkog poremećaja (Ssebunnya i sur., 2009), a siromaštvo i stigma povećavaju viktimizaciju oboljelih (Perese, 2007). Dosadašnja su istraživanja pokazala da nezaposlenost povećava

rizik od obolijevanja od shizofrenije i obrnuto (Agerbo i sur., 2004), a dokazano je i da je rizik od relapsa shizofrenije povezan s nezaposlenošću (Chabungbam i sur., 2007). U studiji INDIGO (International Study of Discrimination and Stigma Outcomes), gdje je istraživana doživljaj diskriminacije, dokazano je da gotovo polovina ispitanika doživljava diskriminaciju dok nalazi ili zadržava posao (Thornicroft i sur., 2009). Stope nezaposlenosti najviše su među osobama s psihičkim poremećajima, od 60% (Cook i sur., 2005) do 90% (Crowther i sur., 2001). Iz tih su razloga osobe s psihičkim poremećajima jedna od najvećih grupa socijalno ugroženih stanovnika (Sanderson i sur., 2006, Murphy i sur., 2005).

Događa se da je vrlo teško zaposliti ili ponovno zaposliti osobu (Wahl, 1999, Page, 1995, Dalgin i Gilbride, 2003, Eurobarometer,²³ 2003 i 2009) koja je bolovala od psihičkog poremećaja jer poslodavci imaju predrasude (Mangili i sur., 2004, Tsang i sur., 2007), bolesnici su često beskućnici (FEANTSA, 2006, Caton i sur., 1994) - jer bolesniku je teško i unajmiti stan (Segal i sur., 1980, **Rüsch i sur.**, 2006), stanodavci ne žele duševno bolesne osobe u blizini, a javnost ih u tome razumije (Tanaka, 2005, Taskin i sur., 2003). U istraživanjima diskriminacije na populaciji zemalja EU-a 2002. godine, studijom Eurobarometar, građani su prijavili da su vidjeli diskriminaciju osoba - u 12% slučajeva diskriminirana osoba bila je ona s psihičkim poremećajem (Marsh i Sahin-Dikmen, 2002). U istom istraživanju u 11% slučajeva vidjeli su diskriminaciju osoba s invaliditetom, a diskriminaciju radi etničkih razloga vidjeli su u 22% slučajeva. Doduše, u istom istraživanju svega je trećina građana znala svoja vlastita prava koja im se krše nekom diskriminacijom i što bi trebali učiniti ako smatraju da su diskriminirani.

Predrasude u svezi s psihičkim poremećajima prisutne su i u nacionalnoj politici, koja - iako tako ne izgleda - zapravo umanjuje mogućnosti zapošljavanja osoba s psihičkim poremećajem (Corrigan i sur., 2004). Osim toga, na nacionalnoj razini izdavanja za zaštitu mentalnog zdravlja manja su nego za druge dijelove zdravstvenog sustava (Geller, 2000).

Nadalje, osobe s psihičkim poremećajem dobivaju državne beneficije u obliku bolovanja, socijalne pomoći ili prijevremene invalidnosti i mirovine, no na taj način su limitirane i nisu motivirane raditi i povećavati prihode, jer im se „više isplati“ koristiti beneficije (Sayce, 2007).

Doživljaj diskriminacije i osjećaj legitimeteta mogu biti presudni u determiniranju odgovora osobe na stigmatiziranje okoline (Ellison i Dunn, 2006).

Ipak, doživljaj diskriminacije nije sam po sebi mjera za samostigmatizaciju već prije mjera za osviještenost da stigma postoji (Watson i River, 2005). Ako se osobu dobro motivira da unatoč poremećaju može i treba samostalno privređivati i pomogne joj se u nalaženju adekvatnog zaposlenja, to može rezultirati većim zadovoljstvom i manjim osjećajem diskriminacije (McQuilken i sur., 2003). Službe u zajednici poput Centara za socijalnu skrb, Zavoda za zapošljavanje ili Zavoda za zdravstveno osiguranje trebale bi bolje komunicirati međusobno i biti osviještenije o problematici

23 *Eurobarometar anketama mjeri javno mišljenje u svim državama članicama EU-a, kao i u zemljama kandidatkinjama. Tako Europska komisija može vidjeti što građani misle o Europskoj Uniji i jesu li ili nisu zadovoljni njenim funkcioniranjem. Istraživanja se provode barem dva puta godišnje još od 1973. godine u svakoj državi članici. Na internetu, na portalu EU-a, može se vidjeti npr. kakvo je stajalište građana EU-a prema euru ili europskom Ustavnom ugovoru.*

zapošljavanja, odnosno invaliditeta osoba s psihičkim poremećajem te različitih oblika socijalne pomoći, beneficija, zaštitnih radionica ili nekog oblika ostvarivanja financijske neovisnosti osoba s psihičkim poremećajem kako bi se te osobe lakše uklopile i osjetile pripadnost svojoj zajednici (Depla i sur., 2005), a ne bile na teret društvu (Henry i Lucca, 2004, Huxley i Thornicroft, 2003) ili žrtve nasilja društva nad sobom (Teplin, 2005, Choe i sur. 2008). Kompleksnost pojedinih slučajeva, primjerice dualne dijagnoze psihičkih poremećaja, može dodatno otežavati situaciju bolesnika (Laudet i sur., 2002), kao i dodatna diskriminacija osobe s psihičkim poremećajem uvjetovana rasom, spolom, seksualnom orijentacijom, invaliditetom ili HIV-om (Anglin, i sur., 2006 Corrigan i sur., 2003, Walkup i sur., 2004).

U studiji INDIGO, gdje je istraživana doživljaj diskriminacije, dokazano je da gotovo pola ispitanika doživljava diskriminaciju tijekom obrazovanja (Thornicroft i sur., 2009). Obrazovanje snažno utječe na rizik socijalne isključenosti. Već je Coleman svojim istraživanjem pokazao koristi koje su rezultat povezanosti društvenog kapitala²⁴ i obrazovanja (Coleman, Hoffer, 1987). Dokazano je da se rizik socijalne isključenosti smanjuje za 85% ako je ispitanik završio srednju školu, a gotovo nestaje ima li ovaj višu ili visoku naobrazbu (Matković, Štulhofer, 2006).

Obitelji osoba s psihičkim poremećajem također trebaju pomoć u svladavanju stigme radi bolesnog člana (Brady i McCain, 2007, Phillips i sur., 2002, Ohaeri, 2003, Ostman i Kjellin, 2002, Tsang i sur., Veltman i sur., 2002, 2003, Angermeyer i sur., 2003, Bandeira i Barros, 2005, Gruber i sur., 2006, Gruber i sur., 2007, Gruber i sur., 2009, Van Dorn i sur., 2005, Buizza i sur., 2007 Leff, 2004), a siromaštvo i pad na socijalnoj ljestvici koji nastaju nakon dugogodišnje bolesti transgeneracijski se prenose na potomstvo oboljelih (Gould, 2006, Ghate i Hazel, 2002).

24 *Pojam društveni kapital kod nas se prevodi i pojmom socijalni kapital, a dio se autora služi i pojmom socio-kulturalni kapital. Socijalni kapital jest obilježje organizacije društva kojeg čine norme, vrijednosti te društvene mreže koje, olakšavajući koordinirane akcije, mogu povećati učinkovitost u društvu (Bežovan, 2004, Štulhofer 2003). Prema Robertu Putnamu, socijalni se kapital odnosi na veze među pojedincima - socijalne mreže i norme uzajamnosti i pouzdanosti koje iz njih proizlaze (Putnam, 2002). Socijalni kapital je pojava sastavljena od niza normi i vrednota građana, koje utječu na to i predodređuju kako se oni odnose jedan prema drugom. Posebno su važne norme i vrednote koje se odnose na povjerenje i uzajamnost u društvu. One su ključne za suradnju, političku i socijalnu stabilnost (Bežovan, 2004).*

Sociokulturalna perspektiva²⁵

Kad govorimo o sociokulturalnim faktorima kao etiološkim ili konkomitantnim faktorima psihičkih poremećaja, onda mislimo u prvom redu na odnos sociokulturalne sredine i različitih aspekata psihičkih poremećaja, odnosno na djelovanje kulture²⁶ i socioekonomskog statusa²⁷ na ponašanje i psihičke procese pojedinca (Rathus, 2000), razvoj i funkcioniranje ličnosti. Sociokulturalno stajalište povećava našu osjetljivost za kulturalne razlike i očekivanja, omogućuje nam shvaćanje vrijednosti koje proizlaze iz različitosti ljudskog ponašanja i ljudskih mentalnih procesa (Rathus S.A, 2000).

Prema Freudu (Freud, 1964), kultura omogućuje komunikaciju među ljudima, ali tek kad ograniči biološku narav čovjeka, odnosno kultura izaziva konflikt između pojedinca i grupa, a čovjekovo ponašanje je determinirano stalnim sukobom između nagona koji teži i društva koje zabranjuje (Freud, 1964). Za razliku od ovog stajališta, prema Sullivanu na osobine ličnosti - zdrave i neurotične - ne utječe zadovoljenje odnosno frustracija nagona nego mogućnost i način na koji se ličnost povezuje s okolinom (Sullivan, 1953). Humanistička analiza E. Fromma polazi sa stajališta da su primarne ljudske motivacije socijalne naravi i on ih klasificira u podgrupe: potreba za povezanosti s drugim ljudima, za stalnim usavršavanjem u umjetnosti i znanosti, za identitetom vlastite ličnosti i zauzimanju određenog položaja u zajednici, a u konformizmu čovjeka društvu on vidi osnovnu silu koja se suprotstavlja zdravlju te ličnosti koja se ne može prilagoditi pa bježi u bolest (Fromm, 1965).

Između 50-ih i 90-ih godina u psihijatriji se dogodila revolucija i biološke i genetičke teorije nastanka psihičkih poremećaja, te je tumačenje utjecaja stresa iz okoline potisnulo Freudovu teoriju brzinom 'kojom se topi lanjski snijeg' (Shorter, 1997). Revolucionarnim biološkim pristupom psihijatriji i novim psihofarmaceutima dužina vremena i pozornosti koju su psihijatri posvećivali bolesnicima znatno se smanjila, a psihijatrija je shvaćena, prema Karlu Marxu, kao "produžena ruka buržoazije" (Shorter, 1997), što je i bio glavni prigovor antipsihijatrijskog pokreta (Dain, 1994) šezdesetih godina 20. stoljeća, kroz koji su se većinom zagovarale postavke da je duševna bolest društveno uvjetovana te da uistinu niti ne postoji, već je, prema radovima Foucaulta, Szasza i Goffmana,²⁸ duševna bolest - mit (Shorter, 1997, Goffman, 1961, Wilson, 1993, Sasz, 1974, Cooper, 1987). U to je vrijeme i Keseyjeva novela "Let

25 *Sociokulturalna perspektiva jest stajalište koje se usredotočuje na ulogu spola, kulture, nacionalnosti i socioekonomskog statusa u oblikovanju ličnosti, ponašanja i mentalnih procesa (Barada, 2004).*

26 *Pod pojmom kultura podrazumijevamo sustav naučenih obrazaca ponašanja, zajedničkih vrijednosti, vjerovanja i pravila, kao i materijalnih oruđa i tehnika, karakterističnih za neku grupu ljudi, zajednicu ili društvo. Kultura omogućuje funkcioniranje društva jer predstavlja poredak, ali ujedno legitimizira socijalnu nejednakost i reproducira društvene podjele. Prenosi se putem obrazovnog sustava, masovnih medija, pravnog sustava, ekonomskih odnosa, religijskih organizacija i popularnih kulturnih normi (Barada, 2004).*

27 *Pod socioekonomskim statusom smatramo socijalnu i financijsku razinu na kojoj se pojedinac nalazi, određenu mjerama poput zarade, razine obrazovanja i zanimanja (Rathus, 2000). Socioekonomski status i zdravlje oduvijek su bili usko povezani (Abraham, 1993, Rogers i Ginzberg, 1993).*

28 *Prema Goffmanu, "Percepcija gubitka razuma utemeljena je na kulturnom stereotipu koji nameće društvo."*

iznad kukavičjeg gnijezda” (Kesey, 1962), u ekranizaciji Miloša Formana, postala hit te, s vremenom, ostala i formirala imidž o psihijatriji cijeloj jednoj generaciji. Sociolog Thomas Scheff, 1966. godine, po prvi je puta uveo pojam “etiketiranja” te naveo da dijagnoza duševne bolesti ne govori ništa o osobi, već je etiketa kojom društvo označuje devijaciju s kojom se ne može nositi (Scheff, 1966), a neki smatraju i da se shizofreni bolesnik pretvara da je bolestan i tako od liječnika pravi budalu (Laing, 1960).

No, masovno otpuštanje osoba s psihičkim poremećajem iz ustanova u “zajednicu” - proces poznat pod imenom deinstitutionalizacija - budući da su, prema interpretaciji antipsihijatarata, psihijatrijske bolnice bile “zločeste” (Shorter, 1997), bila je posljedica razvoja biološke psihijatrije i otkrića psihofarmaka, a ne antipsihijatrijskog pokreta (Shorter, 1997, Heinrich, 1994), budući da se tek farmakološkom kontrolom pozitivnih simptoma duševne bolesti, ponajprije agresivnosti i agitacije, mogla postići remisija bolesti. U otpuštanju velikog broja osoba sa psihičkim poremećajem iz bolnica prednjači Italija, Nacionalnim zakonom (broj 180). Ovaj je zakon regulirao zatvaranje psihijatrijskih bolnica i povratak, liječenje i život duševnih bolesnika u zajednici još od 1978. godine, no nije istodobno vodio i do lakog uključivanja bolesnika u društvo, odnosno prihvatanja bolesnika u zajednici, iako je potaknuo razvoj psihijatrijskih službi (Barbato, 1998, De Girolamo i Cozza, 2000). Čak je možda izazvao i suprotan efekt, povećavajući otpor i predrasude u talijanskom društvu (Kemali i sur. 1989, Magliano i sur., 2004), iako bolesnici u Italiji imaju jednaka prava na dostupnost službi u zajednici kao i drugi ljudi. Jer i u drugim državama deinstitutionalizacija je ubrzo pokazala svoju negativnu stranu, naime zajednica je bila nepripremljena za prihvatanje bolesnika koji su gotovo iznenada otpušteni (Torrey, 1988), pa se posljedično povećao broj beskućnika po ulicama i karitativnim ustanovama te zatvorenika u zatvorima (Torrey, 1988), tako da je kvaliteta života osoba sa psihičkim poremećajem bila mnogo lošija nego dok su živjeli u nekom obliku institucije (Rollin, 1990). Ponovnim zaprimanjem bolesnika u bolnice i porastom broja i veličine psihijatrijskih ustanova 80-ih godina 20. stoljeća antipsihijatrijski je pokret bio diskreditiran, kao i činjenica da ako je psihički poremećaj osobe isključivo posljedica utjecaja zajednice, onda ga ta ista zajednica ne može liječiti (Shorter, 1997), da bi se kasnih 90-ih godina 20. stoljeća ponovno dogodio pokret planiranja organizacije psihijatrijske službe prema modelu psihijatrije u zajednici (Ivezić Štrkalj, 2010), no ovaj put odmaknut od paternalističkog pristupa, odnosno vezan za modernu psihijatriju koja primjenjuje personalni pristup u kojem psihosocijalne metode liječenja imaju važno mjesto. Putem različitih psihosocijalnih metoda pacijentu se pomaže da poveća svoje kapacitete za samostalan život i rad (Ivezić Štrkalj, 2010b).

U svakom slučaju, društveni običaji i kulturalne norme igraju važnu ulogu u određivanju stavova, kako društva tako i određene osobe (Newcomb, 1950). Socijalizacijom²⁹ se pounutruju, internaliziraju društvene norme i vrijednosti kao regulatori djelovanja pojedinca (Barada, 2004). Očekivanja drugih u odnosu na ponašanje pojedinca imaju iznimno snažan utjecaj na njegove akcije i njegov stav prema samome sebi. Ona ne samo da određuju njegovo mjesto u društvenoj strukturi već u velikoj mjeri određuju

29 *Cjeloživotan i kompleksan proces učenja kulture vlastitog društva i usvajanja poželjnog svjetonazora, normi, vrijednosti te društvenih i spolnih uloga naziva se socijalizacija. Radi se o socijalnom učenju kojim se stječu određena iskustva u interakciji sa socijalnom okolinom.*

i sam njegov životni put. Već je Carl Rogers uočio da naš pojam o sebi samima teži odražavanju načina kako nas vide drugi ljudi. Pripadnici diskriminiranih skupina imaju smanjeno samopoštovanje i lošiju sliku o samima sebi (Lewis-Fernandez i Kleinman, 1994). Komparativnim proučavanjem odnosa socio-kulturalne sredine i psihičkih poremećaja u dvije ili više različitih sredina, na primjer država, bavi se kroskulturalna psihijatrija (Mihanović i sur., 2005).

Nadalje, važno je spomenuti (Caplan, 1966) da kultura, uz to što određuje način na koji pojedinac percipira realnost kao i njegove individualne stavove i aspiracije, istodobno modificira i fizička i psihosocijalna sredstva i utjecaje time što, primjerice, određuje oblik tretmana pojedinca u obiteljskom krugu i od prijatelja ili, recimo, time što određuje način prehrane i neposredan fizički izgled sredine u kojoj provodi svoj život.

Socijalna potpora ublažava učinke stresa na osobu (Burman i Margolin, 1992). Dokazano je kako introverti, osobe koje nemaju socijalnih vještina i ljudi koji žive sami, u stresnim situacijama češće obolijevaju od različitih zaraznih bolesti (Cohen i Williamson, 1991).

Socijalna potpora uključuje emocionalnu skrb, instrumentalnu pomoć (konkretnu, materijalnu pomoć), informacije (savjetovanje i podučavanje), procjenjivanje (povratne informacije koje pomažu ljudima da interpretiraju ono što im se dogodilo) i druženje (jednostavni razgovor, rekreacija) (Rathus 2000). Socijalna potpora, nadalje, štiti i pomaže oporavku od depresije (Holahan i sur., 1995, McLeod i sur., 1992), a jako otežava reintegraciju osobe s duševnim poremećajem u njezinu zajednicu (Olhansky, 1966). Odbijanje priznavanja bolesti, metoda kojoj pribjegavaju bolesnici kako bi izbjegli osudu okoline, otežava uključivanje u izvanbolničke socioterapijske programe kojih je cilj resocijalizacija (Davis i sur., 1957).

Leightonova i Hugesova sociološka sistematizacija (Leighton i Huges, 1961) različitih aspekata relevantnosti kulture u odnosu na pojavu i artikuliranje različitih aspekata psihičkih poremećaja obuhvaća sljedeća načela:

1. kultura može određivati model određenog broja specifičnih psihičkih poremećaja (Faberga, 1991, Corrigan i sur., 2003, Corrigan, 2004);
2. kultura može utjecati na formiranje bazične ličnosti;
3. kultura može putem odgoja i obrazovanja utjecati na pojavu psihičkih poremećaja. Do sada je dokazano da su, općenito govoreći, ljudi čiji je socioekonomski status viši, boljeg zdravlja i duže žive. Budući da je socioekonomski status djelomično definiran razinom obrazovanja, ljudi s nižom razinom obrazovanja najčešće su i nižeg socioekonomskog statusa. Manje obrazovani ljudi skloniji su pušenju kao i gojaznosti i manjoj sklonosti vježbanju, što je povezano sa slabijim zdravljem (Ford i sur., 1991);
4. kultura putem različitih oblika društvenih sankcija može imati utjecaj na psihičke poremećaje. Razne sociokulturne sredine različito se odnose prema onima čije ponašanje prekrši „normu“, tj. prestane odgovarati socijalno očekivanim oblicima ponašanja dane sredine (Thara i sur., 2003). Isto tako, kulturološki je utjecaj vidljiv kroz stvaranje socijalne distance između bolesnika i društva (Lauber, 2004);
5. kultura može utjecati na podržavanje psihičkih poremećaja time što ih legalizira u određenim socijalnim ulogama (Schulze i Angermayer, 2003). Neka zanimanja podrazumijevaju određen stupanj socijalne devijantnosti te kao takva mogu pružiti zaklon duševno poremećenima (umjetnici boemi, šamani ili sl.);
6. kultura može utjecati na pojavu psihičkih poremećaja stvaranjem takvih sociokulturnih uvjeta u kojima će sukobi i (ili) inkompatibilnost socijalnih uloga biti

česta i neizbježna sociopsihološka pojava;

7. kultura može utjecati na pojavu psihičkih poremećaja ako je odlikuje nizak stupanj unutrašnje socijalne integriranosti (Graf i sur., 2004);

8. kultura može utjecati na pojavu psihičkog poremećaja time što ne stvara dovoljno velik broj socijalnih situacija (prilika) za izražavanje agresivnosti i zadovoljavanje različitih socijalnih potreba;

9. kultura može utjecati na karakter distribucije psihičkih poremećaja u jednoj sociokulturalnoj sredini time što u okviru određenih socijalnih struktura sankcionira incestuozne odnose;

10. kultura može utjecati na distribuciju psihičkih poremećaja u jednoj sociokulturalnoj sredini time što tolerira nejednak stupanj mentalno-zdravstvene zaštite pripadnika različitih socijalnih, odnosno sociokulturalnih struktura (Lehman i sur., 1982, Cooper i sur., 2003). Iako je zaštita mentalnog zdravlja jedno od prioritetnih područja u zdravstvenom sustavu, države obično za segment mentalnog zdravlja izdvajaju manja sredstva nego za druge segmente zdravstvenog sustava, dijelom i radi stigmatizacije (McSween, 2002).

Nadalje, neke teorije navode da je kronicitet psihičkih poremećaja zapravo kulturalni artefakt, pa se postavlja pitanje može li drukčijom organizacijom psihijatrijske službe, odnosno promjenom kulturalnih vjerovanja i praksom koja minimizira socijalnu stigmiju i bolesnikova uživanja u „ulogu bolesnika“, doći do bolje prognoze (Lefley, 1990)? Poticanje socijalne podrške³⁰ bolesnicima može imati pozitivan učinak. Ranija su istraživanja (Belle, 1989) utvrdila da je socijalna podrška značajan medijator učinaka stresnih događaja. To ne znači da će socijalna podrška poništiti neki stresni životni događaj koji zadesi bolesnika, već da će bitno utjecati na njegovu percepciju (Kregar, 2004). Prema hipotezi o «učinku odbojnika» (Pečnik, 2003), socijalna podrška utječe na procjenu stresne situacije na dva načina. Manje je vjerojatno da će osoba koja u svojoj okolini percipira visoku «količinu» socijalne podrške određenu situaciju procijeniti stresnom, za razliku od osobe koja u svojoj okolini percipira manju «količinu» socijalne podrške. Također, socijalna podrška može intervenirati između doživljavanja stresa i odgovora na stresnu situaciju. Drugim riječima, kad su nam na raspolaganju druge osobe koje će ponuditi svoja rješenja, viđenja i interpretaciju situacije, vjerojatnije je da će odgovor na stresnu situaciju slabiti.

Kroskulturalna istraživanja razvila su se na temeljima nekoliko ključnih postavki sociologije i kulturne antropologije: a) čovjek je bio-socijalno biće evolucija kojega je uvjetovana strukturom određene socio-kulturalne sredine, b) ljudski individuum kao cjelovita antropološka struktura istodobno i trajno jest i kreator i kreator svoje sociokulturne sredine, c) ličnosti su u okviru jedne homogene sociokulturne sredine povezane zajedničkim simboličkim sistemom komunikacija: organizacijom života, vjerovanjima, govorom, aktivnostima, kao i nagradama i sankcijama, uokvirenim u tradicionalne situacije, integrirana cjelina kojih se naziva „kultura“, d) socio-kulturalni kompleks prenosi se generacijski učenjem i kroz taj proces se više ili manje modificira, e) bazični elementi ličnosti zajednički su u okviru jedne homogene sociokulturne sredine, f) razina strukture jedne sociokulturne sredine uvjetovana je odgovarajućim ekonomsko-povijesnim faktorima (Jakovljević, 1963).

³⁰ *Socijalna se podrška definira kao postojanje ili dostupnost osoba na koje se oslanjamo, koje nam daju do znanja da o nama brinu, vole nas i cijene (Sarason i sur., 1990).*

Kultura, kao vanjska realnost osobe, istodobno je, kroz njeno doživljavanje kao iskustva, sastavni dio svakog pojedinca. Prema tome, koliko je kultura organizacija života i društvenog sistema, vjerovanja, vrijednosti i normi, nagrada i sankcija, ona se isto toliko izražava i kroz institucionalizirane forme odnosa članova definiranog društva. No, tendencija da se bolesno u psihijatriji identificira s otuđenjem čovjeka u alijeniranim sredinama, predstavlja ne samo oblik poistovjećivanja mentalnih alteracija s patološkim konformizmom već i negiranje stvarne uloge sociokulturnih faktora u njihovu nastanku (Riđanović, 1971). O tome kako svi ti elementi utječu na frekvenciju i tip duševnih poremećaja, na određivanje pozitivnih i negativnih sociopsiholoških faktora, jednom riječju, o odnosu kulturnih fenomena i fenomena psihijatrije, upoznaju nas transkulturalna psihijatrijska proučavanja (Riđanović, 1971). Svjetska zdravstvena organizacija obraća pozornost na transkulturalna pitanja³¹ (Kadri, 2005). Globalizacija je utjecala na psihijatrijske službe tako da je povećala etničku i kulturnu različitost korisnika i proširila spoznaje, stavove, pristupe, vjerovanja i odnos prema psihičkim bolestima i načinima liječenja, a doprinijela je i implementaciji međunarodnih protokola i usklađivanju politike mentalnog zdravlja te interesu koncepta društvenog kapitala i njegova utjecaja na mentalno zdravlje populacije (Saraceno, 2004, Kelly, 2003). Globalizacija u psihijatriji može se implementirati u polje ljudskih prava osoba s psihičkim poremećajima, a problematična područja mogu biti mentalno zdravlje migranata i politička zloporaba psihijatrije. Nema opravdanja za uskraćivanje liječenja osobama s psihičkim poremećajem, bez obzira na to iz koje zemlje migrirali (Mumford i sur., 1984).

Generalna Skupština Svjetske zdravstvene organizacije je 2002. godine u Yokohami donijela konsenzus o globalizaciji mentalnog zdravlja (World Psychiatric Association, Consensus statement, 2002), a psihijatri su Madridskom deklaracijom obvezani zastupati pravedan i jednak tretman oboljelih od psihičkih poremećaja te da podupiru socijalnu pravdu i jednakost svih, kao i da provode visokokvalitetnu medicinu baziranu na dokazima (Okasha, 2005).

Nadalje, da bi se postigla globalizacija u službi za mentalno zdravlje,³² prema preporuci Svjetske zdravstvene organizacije, potrebna su istraživanja psihičkih varijabli koje utječu na mentalno zdravlje, radi pronalaženja što boljih psihosocijalnih intervencija (Okasha, 2005).

No, bitno je istaknuti da, kako je rekao akademik prof. Eugen Pusić, „Svijet ne počinje od danas!“³³ A Hrvatska ima dugu povijest djelatnosti socijalne zaštite i civilnih organizacija građana koje su sviješću o socijalnim problemima išle daleko ispred institucija. Tada je osnovana i Škola za socijalni rad, u pisanju čijih programa je dr. Eugen Pusić imao ključnu ulogu, a njegovi programi s tadašnjeg studijskog boravka u Americi sadržavali su i danas aktualne akcijske planove kao što su *case work*,

31 *Pojmovi transkulturalno i kroskulturalno jesu sinonimi, ovisno o terminologiji autora.*

32 *Globalizaciju se može definirati kao proces u kojem se brišu granice koje dijele društva i države. Proces ima i negativne i pozitivne rezultate. U psihijatriji globalizacija znači da psihijatrijske službe razvijaju i pružaju svoje usluge na sličan način s jednakim učinkom, bez obzira na to u kojem dijelu svijeta se nalaze (Okasha, 2004).*

33 *Povijest socijalnog rada u Hrvatskoj: Intervju s akademikom Eugenom Pusićem, Marina Ajduković, 2004. hrcak.srce.hr/file/5667*

*groupwork i community organization.*³⁴

Kada je riječ o socijalnoj politici i socijalnim djelatnostima, počeci i sredina 50-ih godina 20. stoljeća bili su period zaokruživanja modernih programa socijalne politike u Europi i snažnog uključivanja međunarodnih agencija na ovom planu (WHO, UN) (Puljiz, 2005), a upravo se u tom razdoblju zbiva i zaokret u našoj zemlji i Jugoslavija se izravno uključuje u promjene u socijalnoj politici (Ružica, 1987).

Socijalna politika temelji se na moralnim vrijednostima solidarnosti i uzajamnosti. Tijekom društvenog razvoja mijenja se značenje tih vrijednosti i njihovo institucionalno izražavanje, ali se njihovo djelovanje u društvu može očekivati i u budućnosti (Pusić, 1993). Bilježi se pomak od socijalne politike kao dijela održanja poretka, stvari javnog reda i mira, na socijalnu politiku kao izraz moralnog uvjerenja da je „cilj vladavine... dobrobit čovječanstva“ (Locke, 1984). Samo autonomni pojedinačni moral utemeljen na vrijednostima zajednice ljudi, bez ikakvih ograničenja i isključivanja, može poslužiti kao motiv kritike postojećih institucija i kao podloga njihove inovacije u smjeru koji odgovara objektivnoj činjenici naše sveopće sudbinske povezanosti (Pusić, 1994).

Kad je riječ o zdravstvenoj zaštiti, u tom razdoblju treba istaknuti doprinos dr. Andrije Štampara (prema autoru Puljizu), koji je bio i potpredsjednik Svjetske zdravstvene organizacije, zatim dužnosnik Ministarstva zdravstva i socijalne politike te profesor Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, a koji je pokrenuo mnoge inicijative na zdravstvenom i socijalnom području, no posebna mu je zasluga što je razvio i praktično primjenjivao koncept „socijalne medicine“,³⁵ koji je postao poznat u svijetu (Puljiz, 2005), a poticaj za razvoj socijalno-psihijatrijske misli dao je pokret za mentalnu higijenu, koji je potaknuo interes javnosti za mentalne bolesti i psihijatrijsku službu (Berghofer, 1970, Julius, 1951).

Zahtjevi za učinkovitošću socijalnih programa, koji se osobito pojačavaju od krize socijalnih država 1980-ih, dovode u pitanje temeljnu ulogu države kao financijera socijalnih programa i pružatelja socijalnih usluga (Bartlett, 1994). Kriza socijalne države povezana je i s neoliberalnim zahtjevima na globalnom svjetskom tržištu (Keane, 1998).

Prema Ustavu Republike Hrvatske iz 1990. godine, čl. 1, st. 1, Republika Hrvatska se definira kao socijalna i kao demokratska država (Pusić, 1997). Socijalna država se, prema istom autoru, može definirati kao država koja je preuzela temeljnu odgovornost za minimalnu socijalnu sigurnost svih svojih građana. Kriza socijalne države u posljednjoj četvrtini 20. stoljeća rezultirala je prilagodbom socijalne države. Jedan od oblika prilagodbe socijalne države jest, prema istom autoru, uvođenje samopomoći, u čemu prednjači Amerika koja ima široke pokrete medicinske samopomoći, koji smatraju da je dvije trećine liječničkih intervencija nepotrebno te da bi se informirani ljudi u dvije trećine slučajeva mogli sami liječiti. Ipak, u Hrvatskoj se, prema dr. Pusiću, ne može ići na decentralizaciju socijalnih programa jer država je jedina organizacija koja je u stanju pružiti službe socijalnih programa (Pusić, 1997). No, istodobno postoji

34 *Povijest socijalnog rada u Hrvatskoj: Intervju s akademikom Eugenom Pusićem, Marina Ajduković, 2004. hrcak.srce.hr/file/5667*

35 „Socijalna medicina je nauka koja se bavi ispitivanjem međusobnih utjecaja socijalnih odnosa i patoloških pojava u narodu i pronalaženjem mjera socijalnog karaktera za unapređenje narodnog zdravlja. Socijalna medicina je nauka koja ima veze sa sociologijom i sociološkim metodama rada....i širi je pojam od socijalne higijene“ (Štampar, 1923).

i suprotni stav koji navodi potrebu deetatzacije, odnosno novih nedržavnih subjekata u socijalnoj skrbi radi obogaćivanja ponude socijalnih dobara i usluga i rješavanja nagomilanih problema, koje država zbog inercije nije u stanju sama prevladati (Puljiz, 1997). Stupanj razvoja subjekata civilnog društva, pa i u socijalnoj politici, te njihovo djelovanje postaju neka vrsta kriterija za ocjenu socijalnog razvoja i demokratizacije društva. A još se od 1987. godine u dokumentu Svjetske banke (World bank, 1987) politika reforme zdravstvenog financiranja usmjerivala prema privatizaciji svih zdravstvenih usluga i korištenju razine civilnog društva (nevladinih udruga), što je destrukcija „zdravih“ zdravstvenih sustava (Špoljar Vržina, 2008). Uloga bilo koje udruge u bilo kojoj zemlji nije za opće dobro, već opći ures demokracije koji kroz nekritične hvalospjeve aktivizma građanstva predstavlja sigurnosnu mrežu za daljnje nesmetano širenje neodgovornih tržišnih pravila i okrutnih vladinih proračuna, a lokalni položaj civilnog društva je položaj opslužitelja neostvarenih zadataka gospodarskog sektora ili vlade (Špoljar Vržina, 2008). Posljedično, „...Cijeli je društveni život udešen tako da u njemu mase ljudskih bića propadaju za ljubav jednog prividnog uspjeha i još prividnijeg bogatstva (...) zaboravljajući da to gospodarstvo ide u korist samo nekima (...) a uništavanje ljudskog života je samo jedan moralni gubitak za rodbinu, a ne ekonomski gubitak za društvo..“ (Štampar, 1919). Jer, suprotno od same srži neoliberalnog zdravstva, liječnici bi morali biti financijski neovisni od svojih pacijenata odnosno pacijent nikada i nikako ne smije postati izvor profita (Štampar, 1923), radi čega se i predlaže rekonstrukcija štamparovske kritične svijesti (Špoljar Vržina, 2008).

No, u modernim europskim integracijama postoji snažna tendencija sve većeg uključivanja pacijenata u procese donošenja odluka na području zdravstvene zaštite, što je potvrđeno brojnim međunarodnim dokumentima i preporukama. U tom smislu potiče se osnivanje i djelovanje što većeg broja organizacija civilnog društva,³⁶ odnosno udruga bolesnika i njihovih obitelji, donošenje legislative o pravima pacijenata kao važnog segmenta ljudskih prava općenito i svih ostalih aktivnosti koje pacijenta pretvaraju iz objekta u subjekt zdravstvene zaštite, uz uspostavu partnerskog odnosa sa zdravstvenim profesionalcima. Tako da u svim suvremenim socijalnim režimima organizacije civilnog društva već imaju prepoznatljivu ulogu i poznato je da održivost i učinkovitost infrastrukture modernih socijalnih država u znatnoj mjeri ovise o inicijativama organizacija civilnog društva koje djeluju u području socijalne politike (Anheier, Kendall eds, 2001).

Osim toga, razvoj organizacija civilnog društva proizvod je specifičnih povijesnih korijena, povezanih s ideologijom, politikom, socijalnim, kulturnim i religijskim tradicijama i ulogama (Bežovan, 2004) i ne odvija se u svakoj europskoj državi jednako. Naime, prema istraživanjima Salamona i Anheirea iz 1998. godine, razvijenost organizacija civilnog društva u socijalnom području objašnjava se

³⁶ *Civilno društvo (prema Bežovan, 2004) jest zbirna imenica koja uključuje različite organizacije civilnog društva koje se nazivaju dobrovoljačkim, neovisnim, neprofitnim, nevladinim i trećim sektorom. Njihova je zajednička osnova sloboda udruživanja i djelovanja u kojem se prepoznaje opće dobro. Dobrotvorni sektor naglašava ulogu dobrovoljnog volonterskog rada u ovim organizacijama. Pojam nevladinih organizacija naglašava svoju odvojenost od vlade i vladinog utjecaja. Pojam treći sektor označava da osim države i privatnog biznisa postoji treće područje koje utječe na razvoj društva, a civilno društvo postoji kao preklapajući dio svakog od triju sektora društva, javnog sektora, privatnog sektora i građanskog sektora (Halloway, 2001).*

teorijom socijalnog podrijetla. Tipologija spomenutih autora govori o četiri modela razvoja, ovisno o društvenom uređenju države u kojoj je udruga nastala. Liberalni model s niskim izdvajanjem države za socijalne potrebe računa s razvijenim civilnim društvom u svim aspektima socijalnih programa. Visoki socijalni izdaci u socijaldemokratskom skandinavskom modelu ne računaju s ulogom organizacija civilnog društva kao pružatelja socijalnih usluga. Korporativni europski kontinentalni modeli računaju s relativno visokim državnim socijalnim izdacima i s važnom ulogom civilnog društva u svim aspektima socijalnog razvoja. U tranzicijskim se zemljama (Kuti, 2001, Reguleska, 2001) organizacije civilnog društva u socijalnom području razvijaju uglavnom uz utjecaj inozemnih programa, sporo i uz brojne probleme. Među najznačajnijim problemima jesu neodgovarajući zakonski i politički okvir, identitet i legitimitet sektora, njegovi neadekvatni stručni i materijalni kapaciteti te neprilagodljivi inozemni programi.

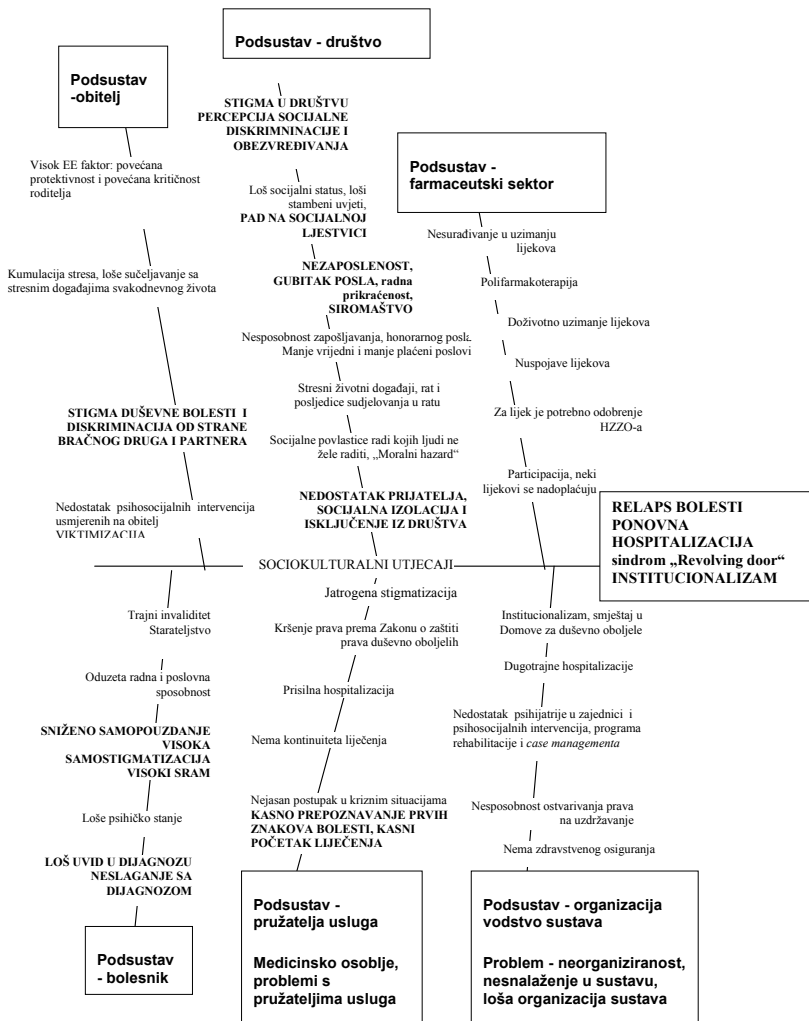
Doprinos organizacija civilnog društva provedbi politike razvojne pomoći Republike Hrvatske prepoznat je i od Hrvatskog sabora, koji je krajem 2008. godine usvojio Zakon o razvojnoj suradnji i humanitarnoj pomoći u inozemstvu (Hrvatski Sabor, Zakon, 2008.) kao i Strategiju razvojne suradnje Republike Hrvatske za razdoblje od 2009. do 2014. godine (Hrvatski Sabor, Strategija, 2009.). U tim su dokumentima organizacije civilnog društva prepoznate kao jedan od ključnih subjekata u pružanju razvojne i humanitarne pomoći diljem svijeta, ali i s bogatim iskustvom u Hrvatskoj. Iz toga je razloga iznimno važno da u proces izrade zakonodavstva, institucionalnog okvira i provedbenih programa budu uključeni svi sudionici.

Socio-kulturalni okvir za razvoj civilnog društva u Hrvatskoj analiziramo preko percepcije civilne zauzetosti građana za opće dobro te potpore koju u takvim nastojanjima daju gospodarski subjekti. Članstvo u civilnim organizacijama znači civilnu zauzetost za probleme u zajednici i društvu. Prema istraživanjima, hrvatski građani u prosjeku nisu članovi većeg broja organizacija (Črpić, Rimac, 2000), a razina društvenog kapitala u Hrvatskoj je niska (Štulhofer, 2001). Razumljivo je da socio-kulturalni okvir zemlje s polustoljetnim iskustvom totalitarizma i državnom ekonomijom ne potiče samoorganizaciju građana (Štulhofer, 2003), da građani koji su uključeni u organizacije civilnog društva nisu zbog toga u društvu cijenjeni te da se svaki dobrovoljni rad u Hrvatskoj smatra gubitkom vremena, uza stalno podmetanje da tu netko potajice profitira, jer je u siromašnom društvu svaki osobni angažman koji ne donos izravnu osobnu korist prezren (Bežovan, 2004).

U novije se vrijeme problemi društvene odgovornosti gospodarstva u zemljama EU-a postavljaju na široj osnovi. U suradnji s Europskom komisijom, Europska mrežna kompanija za socijalnu koheziju usvojila je Europsku deklaraciju kompanija protiv isključenosti. Kompanijama se preporučuje da radeći u suradnji s drugim sektorima i organizacijama trebaju promicati otvaranje novih radnih mjesta i pridonijeti socijalnoj integraciji u nerazvijenim područjima te brinuti o marginalnim skupinama (Partners in Corporate Initiatives, 1997.). Socijalno poduzetništvo je kombinacija žudnje za ostvarivanjem socijalne mreže s imidžom poslovnog svijeta (Dees i Anderson, 2006). Socijalnim problemima se pristupa na poduzetnički način. Socijalno poduzetništvo proizvodi dobra i usluge na trajnoj osnovi u djelatnostima, primjerice, socijalne integracije duševno oboljelih, koji ispadaju s tržišta rada i gdje nije moguće razviti gospodarsko-tržišnu djelatnost. Za razliku od javno-državnog sektora, ono pretpostavlja značajan gospodarski rizik i nije uvijek moguće povući jasnu granicu između djelovanja za opće dobro i tržišne koristi same organizacije (Defourny, 2001).

Slijedom globalnih promjena i ulaskom Hrvatske u EU, u Hrvatskoj je trenutačno u tijeku reforma psihijatrije. Dio psihijatrije koji se kao disciplina bavi sociokulturnim implikacijama dijagnostičkog postupka, tretmana i prevencije duševnih poremećaja naziva se socijalna psihijatrija.

U dolje navedenom dijagramu shematski je prikazano trenutačno stanje skrbi o osobi s psihičkim poremećajem u Hrvatskoj i međusobna povezanost i utjecaj različitih podsustava (prema Gruber, 2007).



Dijagram riblje kosti, Razlozi ponovne hospitalizacije u relapsu bolesti (Gruber, 2007.) Pojačanim tekstom (bold) označeni su parametri koji su ispitivani u disertaciji.

Zbog relativno visoke prevalencije, čestog početka u mlađoj odrasloj dobi, mogućeg kroničnog tijeka, narušavanja kvalitete života kako bolesnika tako i njegove obitelji i društvene okoline te značajnog udjela u korištenju zdravstvene zaštite, duševne bolesti i poremećaji predstavljaju jedan od prioritarnih javnozdravstvenih problema kako u svijetu, tako i u nas.³⁷

Zatim, prema kriteriju o tri dimenzije socijalne isključenosti³⁸ (prihod po kućanstvu, nezaposlenost i socijalna izolacija, odnosno nepovezanost u društvene aktivnosti i organizacije) (UNDP, 2006), jedan od deset Hrvata je socijalno isključen (11.5%), a isto toliko Hrvata je siromašno, što se pokazalo u studiji procjene životnog standarda Svjetske banke, i upućuje na visoku korelaciju između siromaštva i socijalne isključenosti. Što se vlastite percepcije o socijalnoj isključenosti tiče, čak 20% Hrvata smatra se socijalno isključenima.

U nacionalnom istraživanju koje je u Hrvatskoj provedeno 2006. godine u sklopu UNDP-ovog programa, socijalno isključenje korelira s edukacijom ispitanika, spolom i životnim uvjetima. U skupini socijalno isključenih dominiraju pojedinci stariji od 40 godina, niske naobrazbe (riječ je češće o ženama nego muškarcima), koji žive u manjim naseljima (Štulhofer, Matković, 2006).

Oni ispitanici koji imaju samo osnovnoškolsko obrazovanje u 37% slučajeva su isključeni, a proporcije socijalne isključenosti razlikuju se i prema županijama, od 12,5% u Sisačko-moslavačkoj županiji do 27,7% u Slavoniji (UNDP, 2006). U istom izvještaju nalaze se i podaci o stupnju siromaštva, koje je u Hrvatskoj 21%, Grčkoj 20%, Italiji 19%, Poljskoj 15%, Sloveniji 11%, Finskoj 11%. U Hrvatskoj su pod najvećim rizikom za siromaštvo ispitanici stariji od 65 godina, nezaposleni, niskoobrazovani i samohrani roditelji (UNDP, 2006). Dugogodišnja nezaposlenost determinira socijalnu isključenost (UNDP, 2006).

Nadalje, vjerojatnost pronalaska posla smanjena je ako je osoba starija, duže nezaposlena, siromašna, lošeg fizičkog zdravlja i ako boluje od psihičkog poremećaja (UNDP, 2006).

U Hrvatskoj se većina osoba s psihičkim poremećajem liječi u sustavu bolničke psihijatrije, slično kao i u ostalim siromašnijim europskim zemljama, što je najskuplji način liječenja, koji apsorbira preko 90% svih sredstava izdvojenih za mentalno zdravlje (Atlas, WHO, 2005),⁴² a koji ne daje uvijek najbolje rezultate. Psihijatrijske

37 http://www.hzjz.hr/epidemiologija/kron_mas/mentalne.htm

38 *Socijalnu isključenost valja razumjeti kao razmjerno trajnu, višestruko uvjetovanu i višedimenzionalnu depriviranost (prikraćenost) pojedinca. Što to znači? Prvo, da isključeni ne sudjeluju u raspodjeli društvenih dobara koja određujemo kao kombinaciju institucionalnih (mogućnost školovanja, pristup zdravstvenim i socijalnim uslugama), kulturnih (oblikovanje identiteta, konzumiranje kulturnih proizvoda), socioekonomskih (zaposlenost, kupovna moć) i interpersonalnih resursa (razmjena emocija). Drugo, da to nesudjelovanje nije privremeno, već ima obilježja trajnog stanja (izlaz iz nepovoljne situacije nije lako dostupan). I treće, da nesudjelovanje u raspodjeli društvenih dobara nije nužno posljedica osobnih nedostataka isključenih, njihove lijenosti, nesposobnosti ili drugih mana. Isključenost je najčešće uzrokovana strukturalnim čimbenicima ili, preciznije, institucionaliziranim nejednakostima poput nejednakih obrazovnih mogućnosti (Štulhofer, Matković, 2006).*

ustanove u Hrvatskoj dijelom su se pretvorile u socijalne ustanove opskrbljujući dio nezbrinutog, socijalno napuštenog i zapuštenog dijela pučanstva koji nema pravih indikacija za boravak na psihijatrijskim odjelima, a opterećuje kapacitete i povećava utrošak sredstava namijenjenih za zdravstveno zbrinjavanje, koja su ionako nedostupna (Babić i Molnar, 2002).

Deinstitucionalizacija skrbi za osobe s psihičkim poremećajem kompleksan je zadatak prestrukturiranja stavova u društvu, regulative zdravstvenog i socijalnog osiguranja kao i cjelovite reforme psihijatrijske službe. U Hrvatskoj se to odvija u uvjetima visoke stope nezaposlenosti i izraženog siromaštva. Sustavi zdravstvenog i mirovinskog osiguranja imaju velika dugovanja. U znatnim dijelovima svojih aktivnosti ti sustavi ne pružaju zadovoljavajuću razinu usluge, kao ni sustavi zapošljavanja i socijalne skrbi (Babić i Molnar, 2002).

Isto tako, samim otpuštanjem bolesnika iz psihijatrijskih bolnica i smještajem istih u domove za duševno oboljele zapravo se izaziva „efekt reinstitucionalizacije“ (Priebe i sur., 2005), jer su domovi institucije kao i bolnice, a smanjenje kreveta u bolnicama neće automatski značiti da će se razviti službe u zajednici, već samo činjenicu da će bolnice imati manje sredstava za rad (Muijen, 2008). Potrebno je, stoga, težište staviti na psihosocijalnu rehabilitaciju³⁹ bolesnika nakon otpusta iz bolnice.

Za neke kronične duševne bolesnike oboljele od psihotičnih poremećaja koji se učestalo hospitaliziraju u psihijatrijskim ustanovama, potrebe liječenja i rehabilitacije razlikuju se od potreba ostalih duševnih bolesnika. Da bi se mogli snaći u zajednici, treba provesti program rehabilitacije, koji je u njihovu slučaju kombiniran i intenzivan, odnosno prilagođen svakom bolesniku posebno, zbog čega se i uvodi koncept tzv. „case manager“, odnosno menadžer bolesnikova slučaja, osoba koja za bolesnika određuje program i ciljeve, procjenjuje njegove potrebe, što mu pomaže da se snađe u rascjepkanom sustavu ponude različitih sadržaja i uskladi ih s posebnostima svojih potreba nakon otpusta iz bolnice, a na taj ga se način sprečava da ponovno završi na čestim bolničkim liječenjima (Gruber, 2007).

„Case manager“ procjenjuje i potrebe članova obitelji bolesnika kako bi ih, prema potrebi, također uključio u tretman (Gruber, 2006), vršeći i procjenu rizika kojima je bolesnik izložen, uključujući i rizik od samoozljeđivanja.

Zapošljavanje bolesnika na način da zadrže svoju invalidninu i postojeća prava trenutačno nije zakonski omogućeno, a ne postoje ni zaštitne radionice. Zapošljavanje na nezakonit način otvara različite mogućnosti zlorabe bolesnika, kao što i rad bolesnika koji su trajno smješteni u instituciji ili bolnici, a s ciljem povećanja sredstava za život i funkcioniranje takvih ustanova u vrijeme smanjenja fondova i recesije otvara mogućnosti zlorabe (Muijen, 2008).

Iako je u Hrvatskoj u tijeku reforma psihijatrije i cijelog zdravstvenog sustava, to ne znači da će reforma psihijatrije automatski smanjiti stigmatu i diskriminaciju. Naime, neka istraživanja su pokazala da reforma psihijatrije nije nužno povezana sa smanjenjem stigme i diskriminacije, koliko je očekivano u nekih istočnoeuropskih zemalja (Schomerus i sur., 2006).

Kako u Hrvatskoj nacrt nacionalne i regionalne strategije razvoja, u skladu s europskim

³⁹ *Psihosocijalna rehabilitacija (Libermann i sur., 2000) osobe s psihičkim poremećajem naglašuje sveobuhvatno, kontinuirano i koordinirano liječenje, a uključuje održavanje kontrole simptoma bolesti, prevenciju relapsa i optimalno biopsihosocijalno funkcioniranje, s ciljem da se pomogne osobi da funkcionira u socijalnim, radnim, obrazovnim i obiteljskim ulogama.*

smjernicama, ide prema psihijatriji u zajednici, odnosno razvoju izvaninstitucionalne brige o mentalnom zdravlju i kako ulazimo u Europsku Uniju, mnoge europske zemlje nude nam programe, projekte i partnerstvo za rad na poljima smanjenja stigme, načina samopouzdanog doživljaja *selfa* osoba s psihičkim poremećajima, borbe protiv diskriminacije, zaštite prava osoba s psihičkim poremećajem, podizanju kvalitete života i borbu protiv socijalne isključenosti (Kadri i Sartorius, 2005, MHE, 2008, Pinfold, 2002). S obzirom na to da istraživanja upućuju kako su posljedice stigmatizacije osoba s psihičkim poremećajima kulturološki uvjetovane (Angermayer i sur., 2004) te da se europske zemlje kulturološki razlikuju, važno je i korisno znati razinu kompatibilnosti naše zemlje s drugim europskim zemljama, kako bismo mogli odabrati najsličnije programe i projekte za naše uvjete.

Nadalje, u Hrvatskoj nedostaju radovi u kojima bi se vidjela povezanost između sociodemografskih obilježja osoba s psihičkim poremećajima i posljedica njihove društvene stigmatizacije, odnosno stavova koje imaju prema sebi, stupnja u kojem vjeruju da okolina ima predrasude prema njima te stupnja osnaženosti i sposobnosti osobe da kontrolira svoj vlastiti život i svoju ulogu u društvu u kojem živi. Također nedostaju saznanja o ciljnim točkama na koje se trebaju usredotočiti Nacionalni programi za poticanje socijalne uključenosti osoba s psihičkim poremećajem kao i Nacionalni program borbe protiv stigme.

II. METODOLOGIJA REFERENTNOG EMPIRIJSKOG ISTRAŽIVANJA

Empirijski podaci koji se statističkim metodama obrađuju i interpretiraju u okviru ove doktorske studije prikupljeni su tijekom 2007. godine u sklopu paneuropskog projekta organizacije „GAMIAN-Europe“, pod nazivom *GAMIAN STIGMA SURVEY* (http://www.gamian.eu/stigma_survey.htm).⁴⁰

Podaci su prikupljeni tijekom tri mjeseca, u dvadeset europskih zemalja. Za potrebe ovoga rada analizirani su podaci prikupljeni u Republici Hrvatskoj te podaci iz šest odabranih europskih zemalja.

Odabir analiziranih europskih zemalja temeljen je na aposteriornom kriteriju. Naime, preliminarnim uvidom u rezultate svih dvadeset zemalja utvrđeno je kako šest europskih zemalja, prema temeljnim indikatorima u studiji (razinama samostigmatizacije, percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije te razinama samopouzdanog doživljaja *selfa*), u najvećoj mjeri odstupa od rezultata dobivenih u Republici Hrvatskoj.

Upravo su podaci iz tih zemalja uzeti u interpretacijski okvir za potrebe ove studije.

U okviru ovoga rada obuhvaćene su sljedeće europske zemlje: Rumunjska⁴¹ (N=200, 12,5%), Poljska⁴² (N=411, 25,7%), Grčka⁴³ (N=198, 12,4%), Slovenija⁴⁴ (N=130, 8,1%), Finska⁴⁵ (N=194, 12,1%), Italija⁴⁶ (N=199, 12,4%) te Hrvatska⁴⁷ (N=268, 16,8%).

40 Projekt je pokrenuo Rodney Elgie, član organizacije GAMIAN-Europe, 2007. godine, u 20 europskih zemalja, pod supervizijom prof. dr. sc. Normana Sartoriusa iz Svjetske zdravstvene organizacije i prof. dr. sc. Grahama Thornicrofta iz „Službe za zdravlje i istraživanje na populaciji“, koja djeluje u okviru Instituta za psihijatriju Kings Collegea u Londonu.

41 Prikupljanje podataka od ispitanika u Rumunjskoj provodila je Rumunjska Liga za mentalno zdravlje (<http://www.lrsm.ro/eng/welcome/rmh.htm>), u Bukureštu, u Rumunjskoj.

42 Prikupljanje podataka u Poljskoj, provodila je civilna organizacija duševno oboljelih osoba, Feniks, u mjestu Bjalistok u Poljskoj (<http://feniks.freehost.pl/GB/index.html>).

43 U Grčkoj je prikupljanje podataka provodila civilna organizacija oboljelih od duševnih poremećaja, SOPSI (http://www.iatronet.gr/sopsi/default_en.asp), Dilou, Grčka.

44 U Sloveniji je podatke prikupljala Nacionalna organizacija za kvalitetu života, OZARA (<http://www.ozara.org/>), u Mariboru.

45 Podatke od ispitanika iz Finske prikupljala je Organizacija za osobe koje boluju od depresije, Mieli Maasta, iz Finske (<http://www.mielimaasta.fi/english.html>).

46 U Italiji je prikupljanje podataka vodila civilna organizacija koja okuplja oboljele od depresije, ARETE (<http://www.depressionearete.it/International/indexen.htm>), iz Lombardije, sa sjevera Italije.

47 U Hrvatskoj je podatke prikupljala Udruga za unapređenje duševnog zdravlja i kvalitete života duševnog bolesnika i njegove obitelji, „Sretna obitelj“ (www.sretnaobitelj.odlican.net), u Popovači i u Zagrebu.

Na temelju grube političko-ekonomske diferencijacije obuhvaćene su zemlje klasificirane u dvije skupine: post-socijalističke zemlje (Rumunjska, Poljska i Slovenija) te zemlje etablirane demokracije (Italija, Finska i Grčka).

U okviru ove studije komparirani su rezultati dobiveni u Republici Hrvatskoj s rezultatima dobivenim u navedena dva bloka zemalja.

2.1. Struktura uzorkovanja

Kriteriji za uključivanje korisnika - osobe s psihičkim poremećajem - u istraživanje bili su:

- uključenost korisnika – osobe s psihičkim poremećajem - u programe nevladinih organizacija civilnog sektora, eksplicitna svrha kojih jest unapređenje mentalnog zdravlja te povećanje kvalitete života osoba sa psihičkim poremećajima kao i članova njihovih obitelji
- od stručnjaka verificirana dijagnoza bolesti kroz kontinuirano dosadašnje hospitalno ili izvanbolničko liječenje⁴⁸
- djelomična ili potpuna remisija bolesti (umanjivanje ili nestanak simptoma bolesti), kako bi se osigurala prisebnost tijekom ispitivanja
- uvid u bolest (David, 1990), koji uključuje svjesnost da osoba ima određeni psihički poremećaj, priznavanje potrebe za medicinskim liječenjem tog psihičkog poremećaja te spremnost na suradnju u liječenju
- očuvana poslovna sposobnost: osobe s psihičkim poremećajem uključene u ispitivanje nisu imale staratelja, te su mogle dati informirani pristanak o sudjelovanju, čime je osiguran zakonski okvir za njihovo sudjelovanje.

U svim zemljama obuhvaćenim referentnim empirijskim istraživanjem aktivno djeluje jedna ili više nevladinih organizacija, eksplicitna svrha koje jest unapređenje mentalnog zdravlja te povećanje kvalitete života osoba sa psihičkim poremećajima kao i članova njihovih obitelji, a koje su članovi GAMIAN-Europe organizacije.

Ciljana je populacija referentnog empirijskog istraživanja obuhvaćala korisnike svih uključenih europskih organizacijskih ogranaka institucije GAMIAN-Europe.

U Republici Hrvatskoj organizacijski ogranak organizacije GAMIAN-Europe predstavlja organizacija „Sretna obitelj”, predsjednica koje je ujedno i autorica ove doktorske studije.

Svi su europski organizacijski ogranci institucije GAMIAN započeli simultano prikupljanje podataka u referentnim državama.

Samo je empirijsko istraživanje provedeno metodom terenske pismene ankete, dok su podaci dobiveni na prigodnom uzorku.

Stručni djelatnici, volonteri organizacijskih ogranaka institucije GAMIAN dijelili su anketne upitnike prigodnim korisnicima - osobama s psihičkim poremećajima

⁴⁸ *Svi su sudionici hospitalno ili izvanbolnički liječeni od referentnih poremećaja, no u samom trenutku istraživanja nisu bili u akutnoj fazi bolesti.*

različitih dijagnoza, koje u trenutku ispitivanja nisu bile hospitalizirane, već su pribivale raznovrsnim rehabilitacijskim programima ili stručnim predavanjima organizacije.

Sudionici su sami ispunjavali anketni upitnik, u prostorijama s više članova, pri čemu je anonimnošću anketnog upitnika te primjerenom fizičkom udaljenošću među sudionicima osigurana privatnost odgovora.

Sami su anketari prije ispitivanja prikladno instruirani o načinu ophođenja sa sudionicima, sukladno Zakonu o zaštiti duševno oboljelih osoba.

Prije ispunjavanja anketnog upitnika sudionici su informirani o svrsi istraživanja te su dali svoj informirani pristanak.

Odobrenje povjerenstva za etiku za GAMIAN Stigma Survey pribavljeno je od Istraživačkog etičkog povjerenstva King Koledža iz Londona (Ref: CREC/06/07-18), a pribavljena su i pojedinačna odobrenja za svaki organizacijski ogranak institucije GAMIAN koji je sudjelovao u istraživanju.

Sam anketni upitnik sastojao se od tri instrumenta Likertovog tipa namijenjena mjerenju posljedica društvene stigmatizacije na osobu s psihičkim poremećajem. Instrumentima je mjerena dimenzija *Samostigmatizacije*, dimenzija *Samopouzdanog doživljaja selfa* te dimenzija *Percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije*. Spomenute tri promatrane kategorije, odnosno uvid u njihovu razinu među sudionicima, ujedno predstavljaju svrhu čitavog istraživačkog projekta „Gamian Stigma Survey”.

Sudionicima je također dan i kraći socio-demografski upitnik.

Ispunjavanje anketnog upitnika prosječno je trajalo 20 minuta.

Prosječna stopa odbijanja sudjelovanja u istraživanju, za sedam analiziranih europskih zemalja, iznosila je 33.6%, dok je za Republiku Hrvatsku iznosila 7%.

U okviru ovoga rada analizirani su podaci 1600 referentnih sudionika, koji čine 34,88% ukupnog broja realiziranih anketnih upitnika u svih 20 obuhvaćenih zemalja (N=4586).

S obzirom na to da su referentni mjerni instrumenti namijenjeni populaciji engleskog govornog područja, za zemlje u kojima engleski nije materinji jezik, metodom Sartoriusa i Kuykena (1994.), provedena je procedura prijevoda i kroskulturalna (cross cultural) adaptacija upitnika na govorni jezik države u kojoj se ispitivanje provodilo, kako bi se osigurala komparabilnost dobivenih podataka.⁴⁹

49 *Naime, originalni je anketni upitnik preveden s engleskog jezika na jezik države sudionice, upravo u samoj državi sudionici, i to od prevoditelja kojemu je materinji jezik bio ujedno i službeni jezik države sudionice, dok mu je engleski jezik bio drugi govorni jezik. Prevoditelji svake države sudionice bili su upoznati sa svrhom i ciljem čitavog istraživačkog pothvata. Nakon navedene procedure prevođenja, drugi je neovisni prevoditelj, također u samoj državi sudionici, ponovno na engleski jezik preveo upitnik preveden na jezik države sudionice. Tek nakon ovog dvostrukog prevođenja u svakoj je državi koordinator istraživanja pregledao prevedene upitnike, usporedio originalni upitnik s upitnikom prevedenim na engleski jezik te riješio eventualne nedoumice u razumijevanju pojedinih pitanja, posebno onih koja su ovim dvostrukim prijevodom gubila prvobitni smisao.*

2.2. Mjerni instrumenti

2.2.1. Instrument namijenjen mjerenju Percepcije socijalnog obezvređivanja i diskriminacije

Instrument namijenjen mjerenju *Percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije* (Perceived discrimination and devaluation scale; Link i suradnici, 1991) mjeri stupanj u kojem ispitanik percipira okolinu kao diskriminirajuću prema duševnim bolesnicima općenito.

Originalni se instrument sastojao od 12 čestica, kojima je pridružena ordinalna skala procjene od četiri stupnja, pri čemu je veći rezultat na skali indicirao i višu percipiranu razinu diskriminacije iz društvene okoline.

Faktorizacijom mjernog instrumenta autori samog instrumenta utvrdili su kako je instrument u pitanju jednodimenzionalan, odnosno da svih 12 čestica konzistentno mjeri jedan predmet mjerenja.

Čestice instrumenta za mjerenje *Percepcije socijalnog obezvređivanja i diskriminacije* s pridruženom ljestvicom procjene nalaze se u prilogu 03.

2.2.2. Instrument namijenjen mjerenju Samostigmatizacije

Instrument namijenjen mjerenju *Samostigmatizacije* mjeri stupanj ispitanikovih predrasuda prema samome sebi zbog svoje mentalne oboljelosti, odnosno stupanj u kojem ispitanik prihvaća predrasude iz svoje okoline prema sebi kao duševno oboljelom (Internalized Stigma of Mental Illness Scale; Ritsher i suradnici, 2003).

Instrument se sastojao od 29 čestica, kojima je pridružena ordinalna skala procjene od četiri stupnja, pri čemu je veći skalni rezultat indicirao i veće slaganje sa sadržajem danih čestica, odnosno upućivao na veću razinu samostigmatizacije.

Iako su autori prilikom faktorizacije instrumenta namijenjenog mjerenju samostigmatizacije utvrdili pet latentnih dimenzija (*Otuđenje, Stereotip, Doživljaj diskriminacije, Socijalno povlačenje te Otpornost na stigmatu*), pri čemu je svaka pojedina dimenzija bila zastupljena određenim brojem čestica, inicijalna je validacija instrumenta pokazala visoku korelaciju svih pet dimenzija, odnosno visoku korelaciju svih 29 čestica međusobno te su, slijedom navedenog, autori instrumenta odlučili kako je prikladno čitav instrument promatrati u totalitetu, odnosno za svakog ispitanika promatrati sveukupni rezultat na svih 29 čestica, a ne promatrati zasebne rezultate na 5 predviđenih dimenzija.

Čestice instrumenta za mjerenje *Samostigmatizacije* s pridruženom ljestvicom procjene nalaze se u prilogu 02.

2.2.3. Instrument namijenjen mjerenju *Samopouzdanog doživljaja selfa*

Instrument namijenjen mjerenju *Samopouzdanog doživljaja selfa* (The Boston University Empowerment Scale; Rogers i suradnici, 1997) mjeri stupanj u kojem ispitanik percipira samoga sebe kao dovoljno sposobnog u suočavanju s realitetom te dovoljno kompetentnog u procesu donošenju odluka, rješavanju problema i svladavanja zapreka, dakle njegov stupanj samopouzdanja općenito.

Česticama je pridružena ordinalna skala procjene od četiri stupnja, pri čemu je veći skalni rezultat indicirao i veću razinu samopouzdanja te veći osjećaj samokontrole nad svojim životom.

Autori su faktorizacijom navedenog instrumenta utvrdili dvije dimenzije: *Samopouzdanje - samoeфикаsnost* te *Moć - nemoć*.

S obzirom na to da je inicijalna validacija instrumenta pokazala visoku korelaciju obiju dimenzija, odnosno visoku korelaciju svih 17 čestica međusobno, autori su procijenili kako je prikladno čitav instrument promatrati u totalitetu, tj. za svakog ispitanika promatrati sveukupni rezultat na svih 17 čestica, a ne promatrati zasebne rezultate na dvije predviđene dimenzije.

Čestice instrumenta namijenjenog mjerenju *Samopouzdanog doživljaja selfa* s pridruženom ljestvicom procjene nalaze se u prilogu 04.

Ritsher i Phelan, 2004. godine, računanjem prosječne vrijednosti za svakog pojedinog ispitanika na instrumentu namijenjenom mjerenju *Samostigmatizacije* (prosječna vrijednost svih čestica koje tvore navedeni mjerni instrument) donose sljedeću klasifikaciju samostigmatiziranosti:

SKALNI REZULTAT (Prosječna vrijednost svih čestica)	Klasifikacija samostigmatiziranosti
< 2.0	Minimalna samostigmatizacija
2.0-2.5	Niska samostigmatizacija
2.5-3.0	Umjerena samostigmatizacija
> 3.0	Visoka samostigmatizacija

Lysaker i suradnici, 2008. godine, identičnim postupkom klasificiraju i rezultate dobivene na instrumentima namijenjenima mjerenju *Percipiranog socijalnog obezvredjivanja i diskriminacije* te *Samopouzdanog doživljaja selfa*, predlažući identične klasifikacijske kategorije.

U skladu s navedenim, interpretacijski okvir analize predstavljat će upravo navedene klasifikacije, odnosno razine samostigmatiziranosti, samopouzdanog doživljaja *selfa* te percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije.

2.2.4. Socio-demografski upitnik

Sociodemografski upitnik sastojao se od 12 varijabli: spola sudionika, dijagnosticiranog poremećaja, uvida u dijagnozu, dobi početka liječenja, slaganja oboljelog s propisanom dijagnozom, stupnja obrazovanja, stupnja socijalne involviranosti (partner, prijatelj, najbolji prijatelj, bliski član obitelji), radnog statusa te stambenog statusa.

Varijable *socio-demografskog seta* s ponuđenim kategorijama odgovora navedene su u prilogu 01.a.

III. STRUKTURA ANALIZE

U okviru ovoga rada pretpostavlja se postojanje zavisnog i nezavisnog sklopa varijabli.

Zavisni sklop obuhvaća tri spomenute promatrane kategorije: razinu percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije, stupanj samopouzdanog doživljaja *selfa* te razinu samostigmatizacije.

Pretpostavlja se kako su razine navedenih promatranih kategorija, između ostalog, pod utjecajem društvenih faktora (socio-ekonomske strukture te vrijednosno-normativnog sklopa društvenog sistema kao cjeline), socio-demografskih varijabli te kontekstualno i/ili biološki uvjetovanih karakteristika i osobina ličnosti.

Referentnim empirijskim istraživanjem, kojim su prikupljeni podaci koji se obrađuju i interpretiraju u okviru ovoga rada, u obzir su uzete samo određene socio-demografske varijable.

Prema početnoj pretpostavci koja postulira postojanje dvaju sklopova, nezavisni sklop obuhvaća zadane socio-demografske kategorije/varijable.⁵⁰

IV. REZULTATI

4.1. Socio-demografska struktura analiziranog uzorka

Iako je u prilogu naveden tablični prikaz svih kategorija analiziranih socio-demografskih varijabli (Prilog broj 01.a.), po totalu te po svakoj analiziranoj zemlji zasebno, moguće je sažeto izdvojiti modalne kategorije relevantnih socio-demografskih varijabli:

Među ispitanim osobama, 57% je ženskog spola, dok je 43% ispitanih muškog spola. Dok hrvatski, slovenski, poljski te grčki poduzorak ispitnika po spolnoj strukturi ispitanih prati trend uočen na totalu, u finskom, rumunjskom i talijanskom poduzorku ispitanih ženske su ispitanice zastupljenije u većoj mjeri (između 62 i 74%).

S obzirom na obrazovnu strukturu, najveći je broj ispitanih u trenutku ispitivanja posjedovao srednjoškolsku stručnu spremu (51%), dok je najmanji udio ispitanih osnovnoškolskog stupnja obrazovanja (16%).

Srednjoškolski je stupanj obrazovanja u svakoj pojedinoj zemlji najzastupljeniji obrazovna kategorija, s iznimkom talijanskog poduzorka, u kojem najveći udio ispitanih pripada kategoriji visokoobrazovanih (66%).

Najveći broj ispitnika nije u trenutku ispitivanja imao partnera/bračnog druga (56%). Dok poljski, grčki te slovenski poduzorak prati trend uočen na totalu, u hrvatskom, rumunjskom, finskom i talijanskom poduzorku najveći je broj ispitanih u trenutku ispitivanja imao partnera/bračnog druga.

Najveći je broj ispitanih u trenutku ispitivanja bio socijalno involviran, odnosno imao prijatelja (74%), najboljeg prijatelja (64%) te bliskog člana obitelji (71%).

U svakoj je pojedinoj zemlji uočen identičan trend, s iznimkom Grčke u kojoj najveći broj ispitnika u trenutku ispitivanja nije imao najboljeg prijatelja (57%).

Najvećem je broju ispitanih dijagnosticiran određen oblik psihotičnog poremećaja (52%) ili određen oblik depresije ili anksioznih poremećaja (43%), dok je tek kod 5% ispitanih dijagnosticiran neki drugi poremećaj (ovisnosti, poremećaji osobnosti, epilepsija).⁵¹

⁵¹ *Budući da se ispitivanje temeljilo na samoiskazima ispitanika, na pitanje o saznanjima o medicinskoj klasifikaciji vlastitog psihičkog poremećaja, odnosno "o svojoj dijagnozi", ispitanici su davali raznolike odgovore, što je i glavno ograničenje istraživanja s obzirom na medicinsku klasifikaciju poremećaja, tako da je distribucija različitih dijagnoza bila vrlo velika, s istodobno malom zastupljenošću ispitanika u pojedinoj grupi dijagnoza. U takvim uvjetima radi jedine moguće interpretacije rezultata i komparacije te statističke obrade, dijagnoze su s obzirom na medicinsku klasifikaciju grupirane u tri skupine: skupinu dijagnoza psihotičnih poremećaja, skupinu dijagnoza depresivnih i anksioznih poremećaja te ostalu skupinu dijagnoza, koje su obuhvaćale neurološke bolesti, bolesti ovisnosti i poremećaje osobnosti.*

Visok postotak ispitanika kojima je dijagnosticiran psihotični poremećaj karakterističan je za grčki i poljski poduzorak ispitanih, dok je najveći udio ispitanih s dijagnozom depresije karakterističan za rumunjski, talijanski i finski poduzorak. Hrvatski i slovenski poduzorak karakterizira gotovo podjednaka zastupljenost osoba s dijagnozom depresivnih i psihotičnih poremećaja.

Najveći je broj ispitanih imao uvid u svoju dijagnozu (75%), te se slagao s njom (61%).

Navedeni je trend karakterističan za sve analizirane zemlje, s iznimkom Grčke u kojoj najveći broj ispitanih (77%) izražava neslaganje s utvrđenom dijagnozom.

Najveći je broj ispitanih liječenje započeo nakon 25. godine života.

Identičan je trend karakterističan za sve analizirane zemlje, s iznimkom Poljske i Grčke u kojima je najveći broj ispitanih liječenje započeo prije 25. godine života.

S obzirom na radnu strukturu, 28% ispitanih u trenutku je ispitivanja bilo zaposleno, 26% umirovljeno, dok je 23% ocijenjeno kao nesposobno za rad.

Među analiziranim zemljama najveći je postotak zaposlenih - na puno radno vrijeme ili na pola radnog vremena - zabilježen u Italiji (49%) i Hrvatskoj (38%), dok je najveći postotak umirovljenika zabilježen u Finskoj (57%) te Rumunjskoj (45%). Najveći postotak radno nesposobnih zabilježen je u Poljskoj (49%), a najveći postotak studenata u Grčkoj (11%).

Najveći je broj ispitanih u trenutku ispitivanja bio smješten u vlastitom smještaju (57%), dok je tek 6% ispitanih bilo smješteno institucionalno.

Najveći postotak institucionaliziranih ispitanika zabilježen je u grčkom poduzorku (25%), u kojem tek 6% ispitanih izjavljuje kako živi u vlastitom smještaju.

4.1.1 Usporedba Hrvatske s ostalim zemljama po socio-demografskim karakteristikama

Hi-kvadrat testom, uz pet postotnu razinu značajnosti, testirano je postojanje statistički značajne razlike socio-demografske strukture ispitanih u Republici Hrvatskoj u odnosu na socio-demografsku strukturu ispitanika iz šest analiziranih europskih zemalja.

Socio-demografska struktura Republike Hrvatske statistički se značajno razlikuje od socio-demografske strukture Finske u odnosu na radni i stambeni status te na vrstu dijagnosticiranog poremećaja. Pritom, u finskome su poduzorku zastupljeniji ispitanici kojima je dijagnosticiran određen oblik depresivno-anksioznog poremećaja, dok su u hrvatskom poduzorku zastupljeniji ispitanici kojima je dijagnosticiran određen oblik psihotičnog poremećaja.

U odnosu na stambeni status, u finskom su poduzorku zastupljeniji ispitanici koji su smješteni u iznajmljenom smještaju, dok su u hrvatskom poduzorku zastupljeniji ispitanici smješteni u vlastitim stambenim objektima ili stambenim objektima rođaka. U odnosu na radni status, u hrvatskom su poduzorku zastupljeniji zaposleni i nezaposleni ispitanici, dok su u finskom poduzorku zastupljeniji umirovljeni ispitanici.

Socio-demografska struktura ispitanih u Republici Hrvatskoj statistički se značajno razlikuje od socio-demografske strukture ispitanih u Rumunjskoj s obzirom na radni i stambeni status, vrstu dijagnosticiranog poremećaja te egzistenciju socijalnog kontakta u obliku oslonca na bliskog člana obitelji.

Pri tome, u rumunjskom su poduzorku zastupljeniji ispitanici koji ostvaruju personalizirane socijalne kontakte s bliskim članom obitelji, dok su u hrvatskom poduzorku zastupljeniji ispitanici koji ne realiziraju navedeni oblik socijalnog kontakta. S obzirom na dijagnosticirani poremećaj, u rumunjskom su poduzorku zastupljeniji ispitanici kojima je dijagnosticiran određen oblik depresivno-anksioznog poremećaja, dok su u hrvatskom poduzorku zastupljeniji ispitanici kojima je dijagnosticiran određen oblik psihotičnog poremećaja. S obzirom na radni status, u rumunjskom su poduzorku zastupljeniji umirovljeni ispitanici, dok su u hrvatskom poduzorku zastupljeniji radno nesposobni te zaposleni ispitanici. S obzirom na stambeni status, u rumunjskom su poduzorku zastupljeniji ispitanici smješteni kod rođaka, dok su u hrvatskom poduzorku zastupljeniji ispitanici smješteni u iznajmljenim stambenim objektima.

Socio-demografska struktura ispitanih u Republici Hrvatskoj statistički se značajno razlikuje od socio-demografske strukture ispitanih u Italiji s obzirom na obrazovni i radni status, vrstu dijagnosticiranog poremećaja te egzistenciju socijalnog kontakta u obliku *prijatelja*.

Pri tome su u hrvatskom poduzorku zastupljeniji ispitanici osnovnoškolskog i srednjoškolskog stupnja obrazovanja, dok su u talijanskom poduzorku zastupljeniji ispitanici fakultetskog stupnja obrazovanja.

S obzirom na socijalne kontakte, u talijanskom su poduzorku zastupljeniji ispitanici koji u trenutku ispitivanja nisu imali prijatelja, dok su u hrvatskom poduzorku zastupljeniji ispitanici koji su u trenutku ispitivanja imali prijatelja.

S obzirom na dijagnosticirani poremećaj, u talijanskom su poduzorku zastupljeniji ispitanici kojima je dijagnosticiran određen oblik depresivno-anksioznog poremećaja, dok su u hrvatskom poduzorku zastupljeniji ispitanici kojima je dijagnosticiran određen oblik psihotičnog poremećaja.

S obzirom na radni status, talijanski poduzorak karakterizira veći udio zaposlenih osoba, a manji udio radno nesposobnih osoba, dok hrvatski poduzorak karakterizira manji udio zaposlenih, a veći udio radno nesposobnih.

Socio-demografska struktura ispitanih u Republici Hrvatskoj statistički se značajno razlikuje od socio-demografske strukture ispitanih u Poljskoj po svim socio-demografskim varijablama, s iznimkom spolne strukture i uvida u dijagnosticirani poremećaj.

Pri tome, u poljskome su poduzorku, za razliku od hrvatskog poduzorka, zastupljeniji ispitanici fakultetskog stupnja obrazovanja, zatim ispitanici koji u trenutku ispitivanja nisu imali referentne socijalne kontakte (partnera, prijatelja, najboljeg prijatelja, bliskog člana obitelji), ispitanici kojima je dijagnosticiran određen oblik psihotičnog poremećaja, ispitanici koji izražavaju slaganje s dijagnosticiranim poremećajem te ispitanici koji su liječenje referentnog poremećaja započeli prije 25. godine života. S obzirom na radni status, u poljskom su poduzorku zastupljeniji radno nesposobni ispitanici, dok su u hrvatskom poduzorku zastupljeniji zaposleni i umirovljeni ispitanici. S obzirom na stambeni status, u poljskom su poduzorku zastupljeniji institucionalno smješteni ispitanici te ispitanici smješteni u stambenim objektima rođaka, dok su u hrvatskom poduzorku zastupljeniji ispitanici smješteni u vlastitim ili iznajmljenim stambenim objektima.

Socio-demografska struktura ispitanih u Republici Hrvatskoj statistički se značajno razlikuje od socio-demografske strukture ispitanih u Grčkoj prema svim socio-demografskim varijablama, s iznimkom spolne strukture te socijalnog kontakta u obliku oslonca na bliskog člana obitelji.

Pri tome, u grčkom su poduzorku, za razliku od hrvatskog poduzorka, zastupljeniji ispitanici fakultetskog stupnja obrazovanja, zatim ispitanici koji u trenutku ispitivanja nisu imali referentne socijalne kontakte (partnera, prijatelja, najboljeg prijatelja), ispitanici kojima je dijagnosticiran određen oblik psihotičnog poremećaja, ispitanici koji su u trenutku ispitivanja imali uvid u dijagnosticirani poremećaj, ispitanici koji izražavaju neslaganje s dijagnosticiranim poremećajem te ispitanici koji su liječenje referentnog poremećaja započeli prije 25. godine života.

S obzirom na radni status, u grčkom su poduzorku zastupljeniji nezaposleni ispitanici, dok su u hrvatskom poduzorku zastupljeniji zaposleni i umirovljeni ispitanici.

S obzirom na stambeni status, u grčkom su poduzorku zastupljeniji institucionalno smješteni ispitanici te ispitanici smješteni u stambenim objektima rođaka, dok su u hrvatskom poduzorku zastupljeniji ispitanici smješteni u vlastitim ili iznajmljenim stambenim objektima.

Socio-demografska struktura ispitanih u Republici Hrvatskoj ne razlikuje se statistički značajno od socio-demografske strukture ispitanih u Sloveniji, s obzirom na referentne sociodemografske varijable.

Rezultati provedenih testiranja nalaze se u prilogu (Prilog 01.b.), pri čemu su prikazane samo one kontingencijske tablice koje su rezultirale statistički značajnom testovnom statistikom.

4.2. Faktorizacija mjernih instrumenata

4.2.1. Faktorizacija instrumenta namijenjenog mjerenju percepcije socijalnog obezvređivanja i diskriminacije

Faktorizacijom instrumenta namijenjenog mjerenju *percepcije socijalnog obezvređivanja i diskriminacije*, pod komponentnim modelom, uz primjenu GK kriterija zaustavljanja ekstrakcije, utvrđena je jedna statistički značajna latentna dimenzija.

Iako je faktorizacija navedenog instrumenta utvrdila dvije statistički značajne latentne dimenzije, s obzirom da drugoekstrahiranu dimenziju saturiraju čestice čiji je sadržaj - konotacijski gledano - suprotno formuliran (percepcija pozitivne socijalne diskriminacije), odlučili smo se samo za dimenziju koja eksplicitno mjeri percepciju *negativnih* socijalnih obezvređivanja i *negativne* socijalne diskriminacije.

Prema sadržaju visokosaturirajućih čestica, dimenzija o kojoj je riječ mjeri stupanj u kojem oboljeli percipira društvenu okolinu kao neprijateljsku, omalovažavajuću te diskriminirajuću, upravo zbog etikete mentalno oboljelog.

Svojstvena vrijednost ekstrahirane dimenzije iznosi 3.25, pri čemu spomenuta dimenzija tumači 54% ukupne varijance instrumenta, dok Cronbachov alpha koeficijent pouzdanosti iznosi 0.83.

U priloženoj su tablici navedene referentne čestice te saturacija svake pojedine čestice na ekstrahiranu, statistički značajnu latentnu dimenziju *percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije*.

Instrument namijenjen mjerenju percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije	
Većina ljudi misli loše o osobi koja je bila u duševnoj bolnici.	,773
Upoznavši osobu koja je bila u duševnoj bolnici, većina bi ljudi njezino mišljenje shvatila manje ozbiljno.	,772
Većina ljudi ne bi zaposlila bivšega duševnog bolesnika da se brine o njihovoj djeci, iako su on ili ona dobro već duže vrijeme.	,740
Većina mladih žena ili muškaraca oklijevala bi izlaziti s muškarcem ili ženom koji su bili hospitalizirani radi teže duševne bolesti.	,720
Većina ljudi vjeruje da je odlazak u duševnu bolnicu znak osobnog neuspjeha.	,715
Većina poslodavaca zanemarila bi molbu za posao duševnog bolesnika u korist molbe druge osobe.	,694

4.2.2. Faktorizacija instrumenta namijenjenog mjerenju samostigmatizacije

Faktorizacijom instrumenta namijenjenog mjerenju *samostigmatizacije*, pod komponentnim modelom, uz primjenu GK kriterija zaustavljanja ekstrakcije, utvrđena je jedna statistički značajna latentna dimenzija.

Iako je faktorizacija navedenog instrumenta utvrdila tri statistički značajne latentne

dimenzije, treća je ekstrahirana dimenzija zanemarena, jer je - sadržajno gledano - bila usmjerena mjerenju teorijski irelevantnog koncepta: pozitivnih doprinosa mentalno oboljelih društvu, pozitivnih posljedica mentalne bolesti na karakter oboljelog te mogućnost kvalitetnog života unatoč mentalnoj oboljelosti. S obzirom na to da su preostale dvije dimenzije korelirale, odnosno s obzirom na to da je većina čestica podjednako dobro mjerila sadržaj obiju dimenzija, daljnjim se «čišćenjem» instrumenta, rukovodeći se statističkim kriterijima (pokušavajući zadovoljiti Thurstoneovo načelo jednostavne strukture) te sadržajnim kriterijima (dajući primat onim česticama za koje je pretpostavljeno kako su sadržajno valjane), strukturirala jedna dimenzija koja zadovoljava i sadržajno (usmjerena je mjerenju internog osjećaja stigme) i statistički (unidimenzionalnost i visoka interna konzistentnost). Prema sadržaju visokosaturirajućih čestica, dimenzija o kojoj je riječ mjeri razinu internalizirane stigme, odnosno stupanj u kojem oboljeli percipira samoga sebe kao devijantnog, upravo zbog etikete mentalno oboljelog. Svojevrsna vrijednost ekstrahirane dimenzije iznosi 6.56. Ekstrahirana dimenzija tumači 60% ukupne varijance instrumenta, dok Cronbachov alpha koeficijent pouzdanosti iznosi 0.93. U priloženoj je tablici naveden sadržaj svake čestice te saturacija svake čestice na dobivenu, statistički značajnu latentnu dimenziju *samostigmatizacije*.

Instrument namijenjen mjerenju samostigmatizacije	
<i>Dok sam u blizini ljudi koji nemaju duševnu bolest, osjećam se neprikladno ili nepripadajuće.</i>	,829
<i>Negativni stereotipi protiv ljudi koji imaju duševnu bolest poput moje, izoliraju me od "normalnog" svijeta.</i>	,802
<i>Ne družim se kao prije jer bih radi svoje duševne bolesti mogao izgledati ili se ponašati "čudno".</i>	,795
<i>Izbjegavam se zbližavati s ljudima koji nisu duševno bolesni kako bih izbjegao odbijanje.</i>	,794
<i>Držim se podalje od društvenih događaja da bih poštedito obitelj i prijatelje sramote.</i>	,790
<i>Osjećam se manje vrijednim od onih koji nemaju duševnu bolest.</i>	,789
<i>Sramim se ili stidim jer imam duševnu bolest.</i>	,766
<i>Ne mogu nikako dati svoj doprinos društvu zato što imam duševnu bolest.</i>	,750
<i>Osjećam da za mene nema mjesta na svijetu jer imam duševnu bolest.</i>	,729
<i>Nitko ne bi bio zainteresiran da mi se približi jer imam duševnu bolest.</i>	,728
<i>Razočaran sam sa sobom jer sam duševno bolestan.</i>	,715

4.2.3. Faktorizacija instrumenta namijenjenog mjerenju samopouzdanog doživljaja selfa

Faktorizacijom instrumenta namijenjenog mjerenju *samopouzdanog doživljaja selfa*, pod komponentnim modelom, uz primjenu GK kriterija zaustavljanja ekstrakcije, ekstrahirana je jedna, statistički značajna latentna dimenzija.

I u ovom slučaju, iako su ekstrahirane dvije, statistički značajne latentne dimenzije, s obzirom na to da su drugu ekstrahiranu dimenziju saturirale čestice koje su, sadržajno gledano, bile konotacijski suprotno formulirane, iz teorijskih se razloga analizira samo jedna dimenzija, i to ona usmjerena mjerenju pozitivnog doživljaja *selfa*.

Prema sadržaju visokosaturirajućih čestica, dimenzija o kojoj je riječ mjeri stupanj samopouzdanja, odnosno percipirani stupanj interne moći i efikasnosti, tj. pozitivan doživljaj samoga sebe.

Svojstvena vrijednost ekstrahirane dimenzije iznosi 5.58, pri čemu ekstrahirana dimenzija tumači 62% ukupne varijance instrumenta, dok Cronbachov alpha koeficijent pouzdanosti iznosi 0.92.

U priloženoj je tablici naveden sadržaj svake čestice te saturacija svake čestice na dobivenu, statistički značajnu latentnu dimenziju *samopouzdanog doživljaja selfa*.

Instrument namijenjen mjerenju samopouzdanog doživljaja selfa	
<i>Vidim sebe kao sposobnu osobu.</i>	,822
<i>Sposoban sam napraviti stvari koliko i drugi.</i>	,811
<i>Općenito sam siguran u odluke koje donesem.</i>	,800
<i>Kad nešto isplaniram, skoro sam potpuno siguran da to mogu ostvariti.</i>	,798
<i>Često sam u stanju prevladati mnoge barijere.</i>	,783
<i>Osjećam da imam bezbroj dobrih kvaliteta.</i>	,783
<i>Prema sebi imam pozitivne stavove.</i>	,774
<i>Kad nešto isplaniram, skoro sam potpuno siguran da to mogu ostvariti.</i>	,773
<i>Osjećam da sam vrijedna osoba, bar jednako kao i drugi.</i>	,742

S obzirom na to da je provedenim faktorizacijama utvrđena specifična faktorska struktura, imenovanje dimenzija – koje su predložili autori mjernih instrumenata – zanemareno je, te su utvrđene dimenzije imenovane na temelju pretpostavljenoga zajedničkog višeg pojma koji ujedinjuje sadržaj pojedinih čestica.

Slično tome, s obzirom na to da su za potrebe ovoga rada konstruirane ponderirane skale,⁵² radi lakše interpretacije rezultata te komparacije dobivenih rezultata s

52 Skale su dobivene zbrajanjem ponderiranih vrijednosti svih čestica koje saturiraju referentnu dimenziju, pri čemu je ponder svake čestice predstavljen njezinom saturacijom na referentnu dimenziju.

postojećom literaturom, provedena je «standardizacija» skalnih vrijednosti kako bi se dobiveni rezultati mogli uskladiti s četverotomnom klasifikacijom razina triju promatranih kategorija (diskriminacije, stigme te samopouzdanja), koja je spomenuta u prethodnim odjeljcima.

Skalni ponderirani rezultati svake pojedine skale koji odgovaraju četverotomnoj klasifikaciji, navedeni su u priloženoj tablici:

<i>SKALNI REZULTAT (prema Ritsher i Phelan, 2004 te Lysaker i suradnici, 2008)</i>	<i>Skalni rezultat Percepcije socijalnog obezvređivanja i diskriminacije</i>	<i>Skalni rezultat opouzdanog doživljaja selfa</i>	<i>Skalni rezultat Samostigmati- zacije</i>	<i>Kategorije /Razine</i>
< 2.0	< 8,93	< 14,25	< 17,30	<i>Minimalna</i>
2.0-2.5	8,93 -11,21	14,25-17,45	17,30-21,05	<i>Niska</i>
2.5-3.0	11,21 -13,41	17,45-21,36	21,05-25,59	<i>Umjerena</i>
> 3.0	> 13,41	> 21,36	> 25,59	<i>Visoka</i>

4.3. Deskriptivni statistički pokazatelji čestica koje saturiraju statistički značajne latentne dimenzije

4.3.1. Deskriptivni statistički pokazatelji čestica koje saturiraju latentnu dimenziju Percepcije socijalnog obezvređivanja i diskriminacije

Prema deskriptivnim statističkim pokazateljima referentnih čestica, socijalna se okolina percipira kao obezvređujuća i diskriminirajuća prema mentalno oboljelima. Najveći broj ispitanika sa svim referentnim česticama izražava slaganje, modalna je vrijednost svih čestica iskazana u skalnoj kategoriji «Slažem se».

Među uključenim indikatorima socijalnog obezvređivanja i diskriminacije, prema mišljenju ispitanika, diskriminacija se iz socijalne okoline u najvećoj mjeri manifestira kroz odbijanje izlazaka s mentalno oboljelom osobom.⁵³

⁵³ Prosječna vrijednost čestice «Većina mladih žena ili muškaraca bi oklijevala izlaziti s muškarcem ili ženom koji su bili hospitalizirani radi teže duševne bolesti» iznosi 3,00 što je najveća prosječna vrijednost u kontekstu svih čestica koje saturiraju referentnu dimenziju.

Najveće prosječne vrijednosti, dakle najvišu percipiranu razinu socijalnog obezvređivanja i diskriminacije iskazuju ispitanici iz grčkog poduzorka.

4.3.2. Deskriptivni statistički pokazatelji čestica koje saturiraju latentnu dimenziju samostigmatizacije

Prema deskriptivnim statističkim pokazateljima referentnih čestica, ispitane osobe s psihičkim poremećajem ne manifestiraju visoku razinu internalizirane stigme. Najveći broj ispitanika sa svim referentnim česticama izražava neslaganje, s iznimkom dvaju indikatora: manje učestalih socijalnih kontakata zbog fizičkih i bihevioralnih posljedica mentalne bolesti te osjećaja razočaranja u samog sebe zbog mentalne bolesti. S ovim indikatorima najveći broj ispitanika izražava svoje slaganje.⁵⁴ Relativno najvišu razinu internalizirane stigme manifestiraju ispitanici iz grčkog poduzorka.

4.3.3. Deskriptivni statistički pokazatelji čestica koje saturiraju latentnu dimenziju samopouzdanog doživljaja selfa

Prema deskriptivnim statističkim pokazateljima referentnih čestica, ispitane osobe manifestiraju relativno visoku razinu samopouzdanog doživljaja *selfa*. Najveći broj ispitanika sa svim referentnim česticama izražava slaganje, s iznimkom indikatora koji ističe ostvarenje planiranih ciljeva, a s kojim najveći broj ispitanih izražava neslaganje.

Najmanju razinu samopouzdanog doživljaja *selfa* manifestiraju ispitanici iz grčkog poduzorka.

Sažeto, ispitane osobe percipiraju socijalnu okolinu kao umjereno obezvređujuću i diskriminirajuću, iskazuju nisku razinu internalizirane stigme te umjerenu razinu samopouzdanog doživljaja *selfa*.

Deskriptivni statistički pokazatelji svake pojedine čestice nalaze se u prilogu (Prilog 02, 03, 04).

4.4. Deskriptivni statistički pokazatelji triju mjernih instrumenata

Na temelju dobivenih faktorskih solucija konstruirane su tri ponderirane skale.

Svaka je pojedina skala sastavljena od onih čestica koje saturiraju referentnu statistički značajnu latentnu dimenziju.

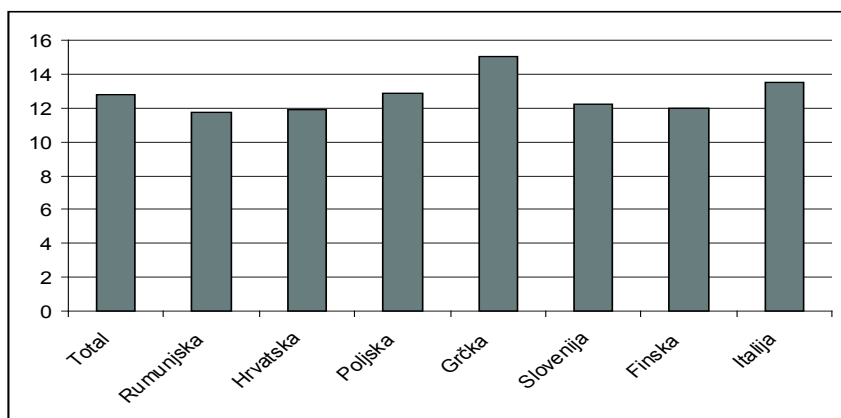
Skalni su rezultati dobiveni množenjem vrijednosti svake čestice s referentnim joj faktorskim opterećenjem na latentnu dimenziju te zbrajanjem tako dobivenih vrijednosti svih čestica referentne dimenzije.

⁵⁴ Među referentnim indikatorima samostigmatizacije upravo je na čestici „Razočaran sam sa sobom jer sam duševno bolestan“ detektirana i najveća prosječna vrijednost (2,59).

Prilikom konstrukcija skala u obzir su uzeti samo oni ispitanici koji su imali valjan rezultat na svim referentnim česticama.

Prosječne skalne vrijednosti radi preglednosti prikazane su grafičkim prikazima u nastavku teksta (Graf 01, 02, 03 i 04), dok su deskriptivni statistički pokazatelji triju mjernih instrumenata za cijeli uzorak prikazani u prilogu (Prilog 05).

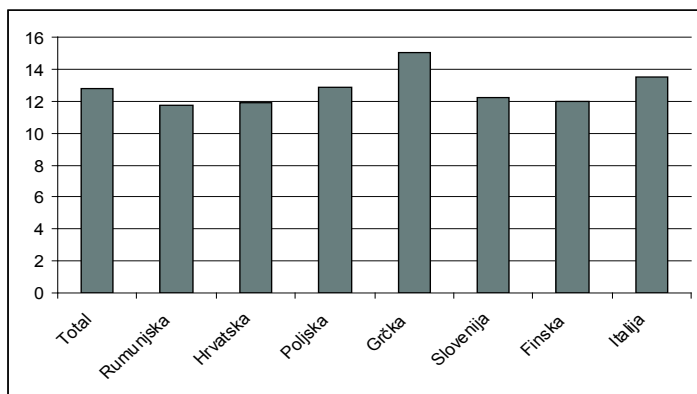
Graf 01. Prosječne vrijednosti ponderirane skale namijenjene mjerenju percepcije socijalnog obezvređivanja i diskriminacije



<i>Skalni rezultat ercepiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije</i>	<i>Kategorije</i>
<i>< 8,93</i>	<i>Minimalna vrijednost</i>
<i>8,93 -11,21</i>	<i>Niska vrijednost</i>
<i>11,21 -13,41</i>	<i>Umjerena vrijednost</i>
<i>> 13,41</i>	<i>Visoka vrijednost</i>

Prema prosječnim skalnim vrijednostima, ispitanici iz Grčke i Italije iskazuju visoku razinu percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije, dok ispitanici iz ostalih analiziranih zemalja (Rumunjska, Hrvatska, Poljska, Slovenija, Finska) socijalnu okolinu percipiraju kao umjereno diskriminirajuću i omalovažavajuću prema mentalno oboljelima.

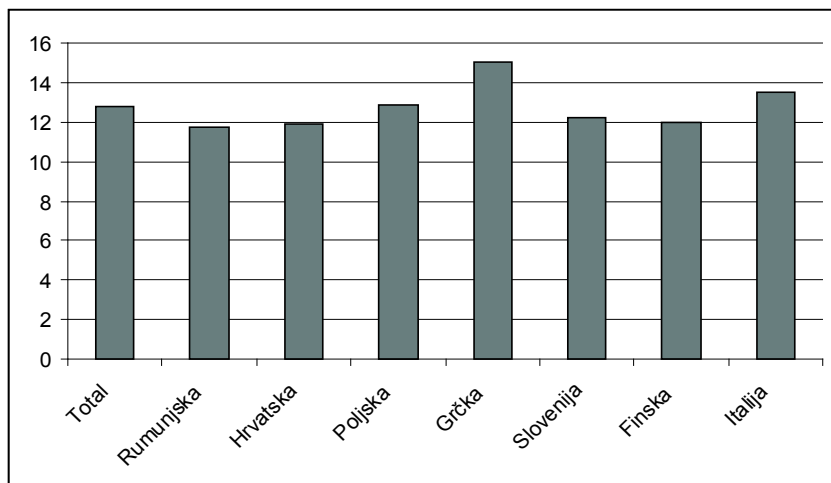
Graf 02. Prosječne vrijednosti ponderirane skale namijenjene mjerenju samostigmatizacije



Skalni rezultat Internalizirane stigme	Kategorije
< 17,30	Minimalna vrijednost
17,30-21,05	Niska vrijednost
21,05-25,59	Umjerena vrijednost
> 25,59	Visoka vrijednost

Prema prosječnim vrijednostima, ispitanici iz Grčke iskazuju umjerene razine samostigmatizacije, dok ispitanici iz Rumunjske, Hrvatske i Poljske iskazuju nisku razinu samostigmatizacije. Ispitanici iz Slovenije, Finske i Italije iskazuju minimalne razine samostigmatizacije.

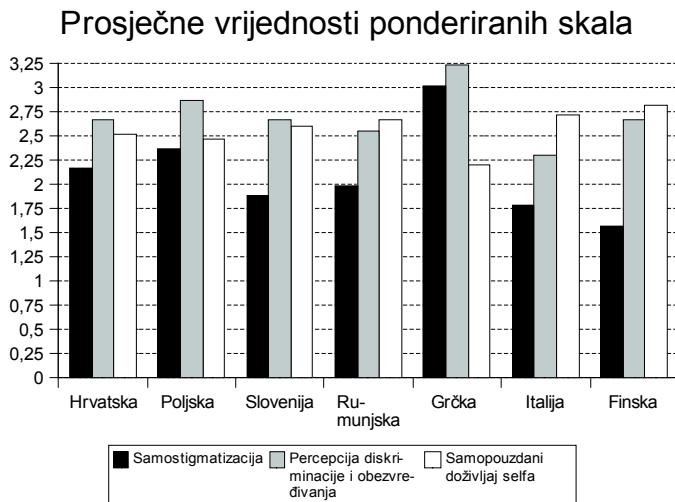
Graf 03. Prosječne vrijednosti ponderirane skale namijenjene mjerenju samopouzdanog doživljaja *selfa*



Skalni rezultat samopouzdanog doživljaja <i>selfa</i>	Kategorije
< 14,25	Minimalna vrijednost
14,25-17,45	Niska vrijednost
17,45-21,36	Umjerena vrijednost
> 21,36	Visoka vrijednost

Ispitanici iz svih analiziranih zemalja, s iznimkom grčkih ispitanika, manifestiraju umjerene razine samopouzdanog doživljaja *selfa*, dok ispitanici iz grčkog poduzorka manifestiraju nisku razinu samopouzdanog doživljaja *selfa*.

Graf 04. Prosječne vrijednosti ponderiranih skala



Prema grafičkom prikazu, analizirane se zemlje mogu podijeliti u dvije skupine:

- jednu skupinu tvore zemlje u kojima su percepcija socijalnog obezvređivanja i diskriminacije te razina samostigmatizacije niže od razine samopouzdanog doživljaja *selfa* (Slovenija, Finska, Italija, Rumunjska)
- drugu skupinu tvore zemlje u kojima je razina samostigmatizacije viša od razine samopouzdanog doživljaja *selfa* (Poljska, Grčka).

Republika Hrvatska najvjernije oponaša trendove totala na kojemu su razina samopouzdanog doživljaja *selfa* te samostigmatizacije gotovo ujednačene.

4.5. Interkorelacije triju mjernih instrumenata

Na temelju dobivenih interkorelacija triju ponderiranih skala utvrđeni su određeni trendovi:

- što se socijalna okolina u većoj mjeri percipira kao obezvređujuća i diskriminirajuća, to je manji samopouzdanost doživljaj *selfa* a veća je razina internalizirane stigme
- što je veća razina internalizirane stigme, to je manja razina samopouzdanog doživljaja *selfa*.

Navedeni je trend primjenjiv na sve analizirane zemlje, s iznimkom Slovenije, Rumunjske i Republike Hrvatske u kojima nije utvrđena statistički značajna povezanost između percipiranja okoline kao diskriminirajuće te samopouzdanog doživljaja *selfa*.

S obzirom na to da su sve interkorelacije statistički značajne, navedeni se trendovi mogu generalizirati na populaciju, uz malu vjerojatnost pogreške ($p < 0,001$).

Kontrolirajući utjecaj samostigmatizacije, korelacija između percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije te samopouzdanog doživljaja *selfa* nije statistički

značajna.⁵⁵

Kontrolirajući utjecaj samopouzdanog doživljaja *selfa*, korelacija između percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije te samostigmatizacije statistički jest značajna, što upućuje kako odnos percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije te samostigmatizacije nisu pod izravnim utjecajem samopouzdanog doživljaja *selfa*.

Tablični prikaz interkorelacija te parcijalnih korelacija triju mjernih instrumenata naveden je u prilogu (Prilog 06).

4.6. Komparacija sedam odabranih zemalja na tri mjerna instrumenta

Na svim je ponderiranim skalama utvrđena statistički značajna razlika u prosječnim rezultatima sedam odabranih analiziranih zemalja.

Na skali namijenjenoj mjerenju percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije prosječni rezultat izmjeren na uzorku Republike Hrvatske statistički značajno odstupa od prosječnih rezultata izmjerenih na grčkom, talijanskom i poljskom poduzorku ispitanika.

Pritom, ispitanici iz hrvatskog poduzorka u manjoj mjeri percipiraju socijalnu okolinu kao obezvređujuću i diskriminirajuću, dok ispitanici iz grčkog, talijanskog i poljskog poduzorka u većoj mjeri percipiraju socijalnu okolinu kao obezvređujuću i diskriminirajuću prema mentalno oboljelima.

Na skali namijenjenoj mjerenju samostigmatizacije, prosječni rezultat hrvatskog poduzorka statistički značajno odstupa od prosječnih rezultata grčkog, poljskog, finskog i talijanskog poduzorka.

Uz to, prosječna razina samostigmatizacije izmjerena u Republici Hrvatskoj statistički je značajno niža od one izmjerene u Poljskoj i Grčkoj, dok je u odnosu na finski i talijanski poduzorak razina stigmatizacije izmjerena u Republici Hrvatskoj statistički značajno viša.

Na skali namijenjenoj mjerenju samopouzdanog doživljaja *selfa*, prosječni rezultat hrvatskog poduzorka statistički značajno odstupa od prosječnog rezultata rumunjskog i grčkog poduzorka. Pritom, izmjerena razina samopouzdanog doživljaja *selfa* u Republici Hrvatskoj niža je od one izmjerene u Rumunjskoj, no viša od one izmjerene u Grčkoj.

Provedba testiranja statističke značajnosti razlika prosječnih rezultata sedam analiziranih zemalja navedena je u prilogu (Prilog 07).

4.7. Bivarijatna analiza socio-demografskih kategorija na tri mjerna instrumenta

Referentne socio-demografske varijable obuhvaćaju: spol ispitanika, dijagnosticirani poremećaj, uvid u dijagnozu, dob početka liječenja, slaganje oboljelog s propisanom dijagnozom, stupanj obrazovanja, stupanj socijalne involviranosti (predstavljen različitim socijalnim kontaktima: partnerom, prijateljem, najboljim prijateljem, bliskim članom obitelji), radni te stambeni status.

⁵⁵ Navedeno vrijedi za sve analizirane zemlje, osim Italije, u kojoj je korelacija percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije te samopouzdanog doživljaja *selfa*, kontrolirajući utjecaj samostigmatizacije, statistički značajna na razini rizika manjoj od 5%.

4.7.1. Bivarijatna analiza socio-demografskih kategorija na instrumentu namijenjenom mjerenju Percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije

Na skali namijenjenoj mjerenju percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije statistički značajna razlika u prosječnim rezultatima različitih kategorija ispitanika utvrđena je s obzirom na obrazovni, radni i stambeni status, vrstu dijagnosticiranog poremećaja, uvida u propisanu dijagnozu, stupnja slaganja s propisanom dijagnozom te u odnosu na egzistenciju triju oblika socijalnih kontakata - partnera, prijatelja i najboljeg prijatelja.

Valja naglasiti da ispitanici koji u trenutku ispitivanja nisu imali partnera/bračnog druga, prijatelja, najboljeg prijatelja, ispitanici kojima je dijagnosticiran određen oblik psihotičnog poremećaja, ispitanici koji su imali uvid u propisanu dijagnozu te ispitanici koji izražavaju neslaganje s propisanom dijagnozom u većoj mjeri percipiraju socijalnu okolinu kao obezvređujuću i diskriminirajuću, dok ispitanici koji su u trenutku ispitivanja imali referentne socijalne kontakte (partnera, prijatelja, najboljeg prijatelja), ispitanici kojima je dijagnosticiran određen oblik depresivno-anksioznog poremećaja, ispitanici koji u vrijeme ispitivanja nisu imali uvid u vlastitu dijagnozu te ispitanici koji izražavaju slaganje s propisanom dijagnozom socijalnu okolinu u manjoj mjeri percipiraju kao obezvređujuću i diskriminirajuću prema mentalno oboljelima.

S obzirom na obrazovni status, statistički se značajno razlikuju sve tri kategorije ispitanika, pri čemu je percepcija socijalne okoline kao diskriminirajuće i obezvređujuće prema mentalno oboljelima viša što je viši obrazovni status ispitanika.

U odnosu na radni status, statistički se značajno razlikuju nezaposleni ispitanici od zaposlenih i umirovljenih, i to tako što nezaposleni⁵⁶ ispitanici u većoj mjeri percipiraju socijalnu okolinu kao obezvređujuću i diskriminirajuću prema mentalno oboljelima.

S obzirom na stambeni status ispitanika, ispitanici smješteni u stambenim objektima rođaka statistički se značajno razlikuju od ispitanika smještenih u vlastitom stambenom objektu, dok se institucionalno smješteni ispitanici statistički značajno razlikuju od svih ostalih stambenih kategorija. Naime, institucionalno smješteni ispitanici te ispitanici smješteni u stambenim objektima rođaka u većoj mjeri percipiraju socijalnu okolinu kao diskriminirajuću i obezvređujuću prema mentalno oboljelima od ispitanika smještenih u vlastitom ili iznajmljenom stambenom objektu.

Provedba analize varijance, kao i prosječne vrijednosti različitih socio-demografskih kategorija na skali namijenjenoj mjerenju percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije nalazi se u prilogu (Prilog 08).

4.7.2. Bivarijatna analiza socio-demografskih kategorija na instrumentu namijenjenom mjerenju razine samostigmatizacije

Na skali namijenjenoj mjerenju razine samostigmatizacije, statistički značajna razlika u prosječnim rezultatima utvrđena je među kategorijama svih referentnih socio-

⁵⁶ U kategoriji „nezaposlenih“ obično razlikujemo privremeno i trajno nezaposlene, pri čemu potonje definiramo kao osobe nezaposlene dulje od godinu dana. Važno je razlikovati i tzv. obeshrabrene nezaposlene, one koji su odustali od traženja posla, ali za sebe i dalje tvrde da su nezaposleni. Za potrebe ovog istraživanja kategorijom „nezaposleni“, označeni su i privremeno i trajno nezaposleni te obeshrabreni nezaposleni, kao i oni ispitanici koji su izjavili da su nezaposleni jer ne žele raditi kako ne bi izgubili beneficije.

demografskih varijabli, osim među dvjema spolnim kategorijama ispitanih.

Naime, veća je razina samostigmatizacije detektirana kod ispitanika koji u trenutku ispitivanja nisu imali relevantne socijalne kontakte (partnera, prijatelja, najboljeg prijatelja te bliskog člana obitelji), kod ispitanika kojima je dijagnosticiran određen oblik psihotičnog poremećaja, kod ispitanika koji su u trenutku ispitivanja imali uvid u propisanu dijagnozu, među ispitanicima koji su liječenje referentnog poremećaja započeli prije 25. godine života te među ispitanicima koji izražavaju neslaganje s propisanom dijagnozom.

S obzirom na obrazovni status, ispitanici srednjoškolskog stupnja obrazovanja stigmatiziraju se u većoj mjeri od ispitanika fakultetskog stupnja obrazovanja, dok se u odnosu na radni status, radno nesposobni te nezaposleni ispitanici stigmatiziraju u većoj mjeri od zaposlenih i umirovljenih ispitanika.

U odnosu na stambeni status, institucionalno smješteni ispitanici te ispitanici smješteni u stambenim objektima rođaka u većoj su mjeri interno stigmatizirani nego ispitanici smješteni u iznajmljenom ili vlastitom stambenom objektu.

Provedba analize varijance, kao i prosječne vrijednosti različitih socio-demografskih kategorija na skali namijenjenoj mjerenju razine samostigmatizacije nalazi se u prilogu 09).

4.7.3. Bivarijatna analiza socio-demografskih kategorija na instrumentu namijenjenom mjerenju razine samopouzdanog doživljaja *selfa*

Na instrumentu namijenjenom mjerenju razine Samopouzdanog doživljaja *selfa*, statistički je značajna razlika prosječnih rezultata utvrđena među različitim kategorijama stambenog i radnog statusa, dijagnosticiranog poremećaja, početka liječenja referentnog poremećaja, stupnja slaganja s propisanim poremećajem te postojanjem četiriju tipova socijalnih kontakata. Uočljivo je da višu razinu samopouzdanja iskazuju ispitanici koji su u trenutku ispitivanja imali partnera, prijatelja, najboljeg prijatelja ili bliskog člana obitelji, za razliku od ispitanika koji u trenutku ispitivanja nisu imali navedene socijalne kontakte, a čija je razina samopouzdanja niža.

U odnosu na kompleks dijagnostičkih varijabli, veće samopouzdanje iskazuju ispitanici kojima je dijagnosticiran određen oblik depresivno-anksioznog poremećaja, ispitanici koji izražavaju slaganje s propisanim poremećajem te ispitanici koji su liječenje referentnog poremećaja započeli nakon 25. godine života, od ispitanika kojima je dijagnosticiran određen oblik psihotičnih poremećaja, ispitanika koji izražavaju neslaganje s propisanim poremećajem te ispitanika koji su liječenje referentnog poremećaja započeli prije 25. godine života, a koji iskazuju niže razine samopouzdanog doživljaja *selfa*. U odnosu na radni status, nezaposleni se ispitanici statistički značajno razlikuju od zaposlenih, dok se radno nesposobni ispitanici statistički značajno razlikuju od svih radnih kategorija. Pri tome, radno nesposobni i nezaposleni ispitanici iskazuju manje razine samopouzdanja od zaposlenih i umirovljenih ispitanika. S obzirom na stambeni status, institucionalno smješteni ispitanici iskazuju najniže razine samopouzdanja, dok ispitanici smješteni u vlastitom stambenom objektu iskazuju najviše razine samopouzdanog doživljaja *selfa*.

Provedba analize varijance, kao i prosječne vrijednosti različitih socio-demografskih kategorija na skali namijenjenoj mjerenju razine samopouzdanog doživljaja *selfa*, nalazi se u prilogu (Prilog 10).

V. REZULTATI DOBIVENI NA UZORKU ISPITANIK A IZ REPUBLIKE HRVATSKE

5.1. Socio-demografska struktura uzorka Republike Hrvatske

Među ispitanim osobama u Republici Hrvatskoj 48% bilo je muškoga, a 52% ženskoga spola.

Najveći broj ispitanika (64%) srednjoškolskog je stupnja obrazovanja, dok je čak 11% ispitanih fakultetskog stupnja obrazovanja.

Partnera/bračnog druga imalo je 54% ispitanika, prijatelja 86%, najboljeg prijatelja 73%, a bliskog člana obitelji 75% ispitanih.

Gotovo podjednakom broju ispitanika dijagnosticiran je određen oblik depresivno-anksioznog poremećaja (41%) ili određen oblik psihotičnog poremećaja (46%).

75% ispitanih imalo je uvid u svoju dijagnozu, dok se njih 62% slagalo s propisanom dijagnozom.

Najveći broj ispitanika liječenje je započeo nakon 25. godine života (67%).

38% ispitanih u vrijeme je ispitivanja bilo zaposleno na puno radno vrijeme ili na pola radnog vremena, 24% je bilo umirovljeno, dok je nesposobnih za rad zabilježeno 16%.

Najveći je postotak ispitanika bio smješten u vlastitom ili tuđem stambenom objektu, dok je zanemarivih 1% ispitanih bilo smješteno institucionalno.

5.2. Faktorizacija mjernih instrumenata za uzorak ispitanika iz Republike Hrvatske

5.2.1. Faktorizacija instrumenta namijenjenog mjerenju percepcije socijalnog obezvređivanja i diskriminacije

Faktorizacijom instrumenta namijenjenog mjerenju *percepcije socijalnog obezvređivanja i diskriminacije*, pod komponentnim modelom, uz primjenu GK kriterija zaustavljanja ekstrakcije, ekstrahirana je jedna statistički značajna latentna dimenzija.

Iako je faktorizacija navedenog instrumenta utvrdila dvije statistički značajne latentne dimenzije, s obzirom na to da drugoekstrahiranu dimenziju saturiraju čestice čiji je sadržaj, konotacijski gledano, suprotno formuliran (percepcija pozitivne socijalne diskriminacije), odlučili smo se samo za dimenziju koja eksplicitno mjeri percepciju *negativnih* socijalnih obezvređivanja i *negativne* socijalne diskriminacije.

Prema sadržaju visokosaturirajućih čestica, dimenzija o kojoj je riječ mjeri stupanj u kojem oboljeli percipira društvenu okolinu kao neprijateljsku, omalovažavajuću te diskriminirajuću, upravo zbog etikete mentalne bolesti.

Svojstvena vrijednost ekstrahirane dimenzije iznosi 2.32, pri čemu ekstrahirana dimenzija tumači 58% ukupne varijance instrumenta, dok Cronbachov alpha koeficijent pouzdanosti iznosi 0.76.

U priloženoj su tablici navedene čestice koje su se pokazale relevantnima za percepciju socijalnog obezvređivanja i diskriminacije u okviru Republike Hrvatske te saturacija svake pojedine čestice na ekstrahiranu, statistički značajnu latentnu dimenziju *percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije*.

Instrument namijenjen mjerenju percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije	
<i>Većina ljudi misli loše o osobi koja je bila u duševnoj bolnici.</i>	,798
<i>Većina ljudi ne bi zaposlila bivšeg duševnog bolesnika da se brine o njihovoj djeci, iako su on ili ona dobro već duže vrijeme.</i>	,787
<i>Većina bi poslodavaca molbu za posao duševnog bolesnika smatrala manje vrijednom od molbe druge osobe.</i>	,738
<i>Većina mladih žena ili muškaraca oklijevala bi izlaziti s muškarcem ili ženom koji su bili hospitalizirani radi teže duševne bolesti.</i>	,717

5.2.2. Faktorizacija instrumenta namijenjenog mjerenju samostigmatizacije

Faktorizacijom instrumenta namijenjenog mjerenju *samostigmatizacije*, pod komponentnim modelom, uz primjenu GK kriterija zaustavljanja ekstrakcije, ekstrahirana je jedna statistički značajna latentna dimenzija.

Faktorizacijom instrumenta namijenjenog mjerenju internalizirane stigme, dobiveno je sedam latentnih dimenzija. «Čišćenjem» instrumenta zadržane su dvije statistički značajne latentne dimenzije, no s obzirom na to da su čestice podjednako dobro mjerile sadržaj obiju dimenzija, rukovodeći se sadržajnim i statističkim kriterijima, zadržana je samo jedna latentna dimenzija.

Prema sadržaju visokosaturirajućih čestica, dimenzija o kojoj je riječ usmjerena je mjerenju koncepta samostigmatizacije, no ponajprije jednog njegovog aspekta - stupnja socijalnog povlačenja/izolacije.

Svojevrsna vrijednost ekstrahirane dimenzije iznosi 3.19, pri čemu ekstrahirana dimenzija tumači 64% ukupne varijance instrumenta, dok Cronbachov alpha koeficijent pouzdanosti iznosi 0.86.

U priloženoj su tablici navedene čestice koje su se pokazale relevantnima za koncept internalizirane stigme u okviru Republike Hrvatske te saturacija svake pojedine čestice na ekstrahiranu, statistički značajnu latentnu dimenziju *Internalizirane stigme - socijalnog povlačenja*.

Instrument namijenjen mjerenju samostigmatizacije - socijalnog povlačenja	
<i>Dok sam u blizini ljudi koji nemaju duševnu bolest, osjećam se neprikladno ili nepripadajuće.</i>	,829
<i>Ne družim se kao prije jer bih radi svoje duševne bolesti mogao izgledati ili ponašati se "čudno".</i>	,812
<i>Negativni stereotipi protiv ljudi koji imaju duševnu bolest poput moje izoliraju me od "normalnog" svijeta.</i>	,777

<i>Osjećam se manje vrijedan od drugih koji nemaju duševnu bolest.</i>	,753
<i>Ljudi me ignoriraju ili me ne shvaćaju ozbiljno samo zato jer imam duševnu bolest.</i>	,748
<i>Izbjegavam se zbližavati s ljudima koji nisu duševno bolesni kako bih izbjegao odbijanje.</i>	,742
<i>Držim se podalje od društvenih događaja da bih obitelji i prijatelje pošteđio sramote.</i>	,725

5.2.3. Faktorizacija instrumenta namijenjenog mjerenju samopouzdanog doživljaja selfa

Faktorizacijom instrumenta namijenjenog mjerenju *samopouzdanog doživljaja selfa*, pod komponentnim modelom, uz primjenu GK kriterija zaustavljanja ekstrakcije, ekstrahirana je jedna, statistički značajna latentna dimenzija.

I u ovom slučaju, iako su ekstrahirane dvije, statistički značajne latentne dimenzije, s obzirom na to da su drugoekstrahiranu dimenziju saturirale čestice koje su, sadržajno gledano, bile konotacijski suprotno formulirane, iz teorijskih se razloga analizira samo jedna dimenzija, i to ona usmjerena mjerenju pozitivnog doživljaja *selfa*.

Prema sadržaju visokosaturirajućih čestica, dimenzija o kojoj je riječ usmjerena je mjerenju stupnja u kojem se mentalno oboljela osoba osjeća samopouzdanom, moćno i efikasno, odnosno, usmjerena je mjerenju stupnja u kojem mentalno oboljela osoba gaji pozitivne stavove prema samoj sebi.

Svojevredna vrijednost ekstrahirane dimenzije iznosi 5.30, pri čemu ekstrahirana dimenzija tumači 59% ukupne varijance instrumenta, dok Cronbachov alpha koeficijent pouzdanosti iznosi 0.91.

U priloženoj su tablici navedene čestice koje su se pokazale relevantnima za koncept samopouzdanog doživljaja *selfa* u okviru Republike Hrvatske te saturacija svake pojedine čestice na ekstrahiranu, statistički značajnu latentnu dimenziju *samopouzdanog doživljaja selfa*.

Instrument namijenjen mjerenju samopouzdanog doživljaja selfa	
<i>Vidim sebe kao sposobnu osobu.</i>	,826
<i>Kad nešto isplaniram, skoro sam potpuno siguran da to mogu ostvariti.</i>	,799
<i>Često sam u stanju prevladati mnoge barijere.</i>	,785
<i>Osjećam da sam vrijedna osoba, barem koliko i drugi.</i>	,757
<i>Prema sebi imam pozitivne stavove.</i>	,753
<i>Sposoban sam napraviti koliko i drugi.</i>	,753
<i>Obično postignem što sam isplanirao.</i>	,747
<i>Osjećam da imam bezbroj kvaliteta.</i>	,746
<i>Općenito sam siguran u odluke koje donesem.</i>	,734

S obzirom na to da su za potrebe ovoga rada konstruirane ponderirane skale radi lakše interpretacije rezultata te komparacije dobivenih rezultata s postojećom literaturom, provedena je «standardizacija» skalnih vrijednosti kako bi se dobiveni rezultati mogli uskladiti s četverotomnom klasifikacijom razina triju promatranih kategorija (diskriminacije, stigme te samopouzdanja), koja je spomenuta u prethodnim odjeljcima.

Skalni ponderirani rezultati svake pojedine skale koji odgovaraju četverotomnoj klasifikaciji navedeni su u priloženoj tablici:

<i>SKALNI REZULTAT prema Ritsher i Phelan, 2004. te Lysaker i suradnici, 2008.</i>	<i>Skalni rezultat percepcije socijalnog obezvrje- đivanja i diskriminacije</i>	<i>Skalni rezultat samopou- zdanog doživljaja selfa</i>	<i>Skalni rezultat samostigma- tizacije</i>	<i>Kategorije</i>
< 2.0	< 6,10	< 13,81	< 10,86	<i>Minimalna vrijednost</i>
2.0-2.5	6,10-7,69	13,81-16,96	10,86-13,39	<i>Niska vrijednost</i>
2.5-3.0	7,69-8,51	16,96-20,02	13,39-15,54	<i>Umjerena vrijednost</i>
> 3.0	> 8,51	> 20,02	> 15,54	<i>Visoka vrijednost</i>

5.3. Deskriptivni statistički pokazatelji triju mjernih instrumenata

Na temelju dobivenih faktorskih solucija, konstruirane su tri ponderirane skale.

Svaka je pojedina skala sastavljena od onih čestica koje saturiraju referentnu statistički značajnu latentnu dimenziju.

Skalni su rezultati dobiveni množenjem vrijednosti svake čestice s referentnim joj faktorskim opterećenjem na latentnu dimenziju te zbrajanjem tako dobivenih vrijednosti svih čestica referentne dimenzije.

Prilikom konstrukcija skala, u obzir su uzeti samo oni ispitanici koji su imali valjan rezultat na svim referentnim česticama.

Prema prosječnoj vrijednosti ponderirane skale namijenjene mjerenju percipiranog socijalnog obezvrjeđivanja i diskriminacije, ispitanici u Republici Hrvatskoj socijalnu okolinu percipiraju kao umjereno diskriminirajuću i obezvrjeđujuću prema mentalno

oboljelima.

Prema prosječnoj vrijednosti ponderirane skale namijenjene mjerenju samostigmatizacije, ispitanici u Republici Hrvatskoj iskazuju nisku razinu internalizirane stigmatizacije.

Prema prosječnoj vrijednosti ponderirane skale namijenjene mjerenju samopouzdanog doživljaja *selfa*, ispitanici u Republici Hrvatskoj iskazuju umjerenu razinu samopouzdanog doživljaja *selfa*.

Deskriptivni statistički pokazatelji triju ponderiranih skala navedeni su u prilogu (Prilog 11).

5.4. Interkorelacije triju mjernih instrumenata

Na temelju dobivenih interkorelacija triju ponderiranih skala, utvrđeni su sljedeći trendovi:

- što je veća percepcija socijalne okoline kao diskriminirajuće i obezvređujuće, to je veća razina internalizirane stigme
- što je veća razina internalizirane stigme, to je manji samopouzdanost doživljaja *selfa*.

Između percipiranja socijalne okoline kao diskriminirajuće i obezvređujuće te samopouzdanog doživljaja *selfa* nije utvrđena direktna statistički značajna povezanost.

S obzirom na to da su navedene interkorelacije statistički značajne, trendovi uočeni na uzorku mogu se uz malu vjerojatnost pogreške ($p < 0,001$) generalizirati na populaciju.

Kontrolirajući utjecaj samopouzdanog doživljaja *selfa*, korelacija između percipirane socijalne diskriminacije i obezvređivanja te samostigmatizacije jest statistički značajna, što navodi na zaključak kako odnos socijalno percipirane diskriminacije i obezvređivanja te samostigmatizacije nije pod direktnim utjecajem samopouzdanog doživljaja *selfa*.

Kontrolirajući utjecaj percipirane socijalne diskriminacije i obezvređivanja, korelacija između samostigmatizacije i samopouzdanog doživljaja *selfa* jest statistički značajna, što upućuje kako odnos samopouzdanog doživljaja *selfa* i samostigmatizacije nije pod direktnim utjecajem percipirane socijalne diskriminacije i obezvređivanja.

Kontrolirajući utjecaj samostigmatizacije, korelacija između percipirane socijalne diskriminacije i obezvređivanja te samopouzdanog doživljaja *selfa* nisu statistički značajni, što upućuje kako između percipirane socijalne diskriminacije i obezvređivanja te samopouzdanog doživljaja *selfa* ne postoji direktan odnos.

Interkorelacije i parcijalne korelacije triju mjernih instrumenata nalaze se u prilogu (Prilog 12).

5.5 Analiza socio-demografskih kategorija na tri mjerna instrumenta

Socio-demografske kategorije uključene u obradu bile su: spol sudionika, dijagnosticirani poremećaj, uvid u dijagnozu, dob početka liječenja, slaganje oboljelog s propisanom dijagnozom, stupanj obrazovanja, stupanj socijalne involviranosti (partner, prijatelj, najbolji prijatelj, bliski član obitelji), radni status te stambeni status.

5.5.1. Bivarijatna analiza socio-demografskih kategorija na instrumentu namijenjenom mjerenju percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije

Gotovo sve socio-demografske kategorije ispitanih socijalnu okolinu percipiraju kao umjereno obezvređujuću i diskriminirajuću.⁵⁷

Na skali namijenjenoj mjerenju percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije utvrđena je statistički značajna razlika u prosječnim rezultatima kategorija ispitanika različitog partnerskog statusa te kategorija koje izražavaju različito slaganje s dijagnosticiranim poremećajem.

Prema tome, ispitanici koji su u trenutku ispitivanja imali partnera/bračnog druga te ispitanici koji izražavaju neslaganje s dijagnosticiranim poremećajem, u većoj mjeri percipiraju socijalnu okolinu kao obezvređujuću i diskriminirajuću od onih ispitanika koji u trenutku ispitivanja nisu imali partnera/bračnog druga te onih koji izražavaju slaganje s dijagnosticiranim poremećajem.

Provedba analize varijance, kao i uvid u prosječne vrijednosti različitih socio-demografskih kategorija ispitanika na skali namijenjenoj mjerenju stupnja u kojem se socijalna okolina percipira kao obezvređujuća i diskriminirajuća - nalazi se u prilogu (Prilog 13).

5.5.2. Bivarijatna analiza socio-demografskih kategorija na instrumentu namijenjenom mjerenju razine samostigmatizacije

Gotovo sve socio-demografske kategorije ispitanih iskazuju nisku razinu samostigmatiziranja.⁵⁸

⁵⁷ Iznimku čine fakultetski obrazovani, ispitanici koji u trenutku ispitivanja nisu imali prijatelja, ispitanici koji su u trenutku ispitivanja imali partnera/bračnog druga, ispitanici koji izražavaju neslaganje s dijagnosticiranim poremećajem, ispitanici koji su započeli liječenje nakon 25. godine života, umirovljeni te institucionalno smješteni, koji socijalnu okolinu percipiraju kao visokoobezvređujuću i diskriminirajuću.

⁵⁸ Iznimku čine ispitanici koji u trenutku ispitivanja nisu imali prijatelja, najboljeg prijatelja te bliskog člana obitelji te invalidne i umirovljene osobe, a koji iskazuju umjerenu razinu samostigmatizacije.

Na skali namijenjenoj mjerenju razine samostigmatizacije statistički se značajno razlikuju ispitanici koji su u trenutku ispitivanja imali prijatelja, najboljeg prijatelja te bliskog člana obitelji, od ispitanika koji u trenutku ispitivanja nisu imali navedene socijalne kontakte te ispitanici različitog dijagnosticiranog poremećaja i različitog radnog statusa.

Prema toj skali, veću razinu samostigmatizacije iskazuju osobe koje u trenutku ispitivanja nisu imale prijatelja, najboljeg prijatelja ili bliskog člana obitelji.

S obzirom na dijagnosticirani poremećaj, najveću razinu samostigmatizacije iskazuju osobe kojima je dijagnosticiran određen oblik depresije i anksioznih poremećaja, manju razinu samostigmatizacije iskazuju ispitanici kojima je dijagnosticiran određen oblik psihotičnog poremećaja, dok najmanju razinu samostigmatizacije iskazuju ispitanici kojima je dijagnosticirana druga vrsta poremećaja (poremećaj osobnosti, ovisnosti, epilepsija).

Što se radnog statusa tiče, zaposlene su osobe samostigmatizirane u manjoj mjeri od invalidnih i umirovljenih osoba.

Provedba analize varijance, kao i prosječne vrijednosti različitih socio-demografskih kategorija ispitanika na skali namijenjenoj mjerenju razine samostigmatizacije - nalaze se u prilogu (Prilog 14).

5.5.3. Bivarijatna analiza socio-demografskih kategorija na instrumentu namijenjenom mjerenju razine samopouzdanog doživljaja selfa

Gotovo sve socio-demografske kategorije ispitanih iskazuju umjerene razine samopouzdanog doživljaja selfa.⁵⁹

Na instrumentu namijenjenom mjerenju samopouzdanog doživljaja selfa statistički se značajno razlikuju ispitanici različitog obrazovnog statusa, ispitanici s različitim brojem socijalnih kontakata, ispitanici različitog dijagnosticiranog poremećaja, različitog radnog statusa te različitog vremena početka liječenja referentnog poremećaja.

Pri tome veću razinu samopouzdanja iskazuju osobe koje su u trenutku ispitivanja imale prijatelja, najboljeg prijatelja te bliskog člana obitelji od onih osoba koje u trenutku ispitivanja nisu imale navedene socijalne kontakte, dok je kod partnerstva smjer utjecajnosti obrnut. Naime, ispitanici koji u trenutku ispitivanja nisu imali partnera/bračnog druga, samopouzdaniji su od onih ispitanika koji su u trenutku ispitivanja imali partnera/bračnog druga.

Nadalje, ispitanici fakultetskog stupnja obrazovanja iskazuju veće samopouzdanje od ispitanika osnovnoškolskog stupnja obrazovanja.

U odnosu na dijagnosticirani poremećaj, osobe kojima je dijagnosticiran određen oblik depresivno-anksioznog poremećaja iskazuju manje samopouzdanje od osoba

⁵⁹ Iznimku čine fakultetski obrazovani ispitanici te ispitanici kojima je dijagnosticirana vrsta poremećaja klasificirana u kategoriju «ostalo», a koji iskazuju visoku razinu samopouzdanog doživljaja selfa, dok osobe koje u trenutku ispitivanja nisu imale niti prijatelja niti najboljeg prijatelja i one kojima je dijagnosticiran određen oblik depresivnog poremećaja iskazuju nisku razinu samopouzdanog doživljaja selfa.

kojima su dijagnosticirani ostali oblici poremećaja.

S obzirom na dob početka liječenja referentnog poremećaja, ispitanici koji su liječenje započeli prije 25. godine života iskazuju veći stupanj samopouzdanog doživljaja *selfa* od onih ispitanika koji su liječenje započeli nakon 25. godine života.

Što se radnog statusa tiče, nezaposlene osobe iskazuju veće samopouzdanje od radno nesposobnih osoba.

Provedba analize varijance kao i prosječne vrijednosti različitih socio-demografskih kategorija na skali namijenjenoj mjerenju razine samopouzdanog doživljaja *selfa* nalaze se u prilogu (Prilog 15).

5.6. Prediktivnost triju promatranih kategorija

Socio-demografske varijable uključene u anketni upitnik obuhvaćaju: spol sudionika, dijagnosticirani poremećaj, uvid u dijagnozu, dob početka liječenja, slaganje oboljelog s propisanom dijagnozom, stupanj obrazovanja, stupanj socijalne involviranosti (partner, prijatelj, najbolji prijatelj, bliski član obitelji), radni status te stambeni status.

5.6.1. Socio-demografski prediktori percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije

Regresijskom analizom, koristeći enter metodu, uz petpostotnu razinu rizika, pri čemu je skala Percipirane socijalne diskriminacije i obezvređivanja predstavljala kriterij, dok su socio-demografske varijable predstavljale prediktorski sklop, utvrđeno je kako su tri socio-demografske varijable statistički značajni prediktori razine percipiranja socijalne okoline kao diskriminirajuće i obezvređujuće prema mentalno oboljelima.

Korelacija čitavog prediktorskog sklopa s kriterijskom varijablom iznosi 0.33, dok prediktorski sklop tumači 11% varijance kriterijske varijable.

Personov koeficijent korelacije	Koeficijent determinacije	Standardna pogreška prognoze	F-omjer	Statistička značajnost prediktorskog sklopa
,325	,106	1,88	7,014	0,000

Statistički značajni prediktori	Beta ponder	Statistička značajnost prediktora	Korelacija prediktora s kriterijskom varijablom		
			Korelacija nultog reda	Parcijalna korelacija	Part korelacija
Socijalni kontakt: Partner	-,168	,021	-,189	-,172	-,165
Slaganje s dijagnozom	,262	,001	,205	,255	,250
Dob početka liječenja	,169	,026	,120	,166	,159

Statistički značajni prediktori razine percipiranja socijalne okoline kao obezvređujuće i diskriminirajuće obuhvaćaju: socijalni kontakt realiziran u partneru/bračnom drugu, slaganje s dijagnosticiranim poremećajem te dob početka liječenja referentnog dijagnosticiranog poremećaja.

Pri tome, ispitanici koji u trenutku ispitivanja nisu imali partnera/bračnog druga, ispitanici koji izražavaju slaganje s dijagnosticiranim poremećajem te ispitanici koji su liječenje referentnog poremećaja započeli prije 25. godine života - u manjoj mjeri percipiraju socijalnu okolinu kao obezvređujuću i diskriminirajuću prema mentalno oboljelima od ispitanika koji su u trenutku ispitivanja imali partnera/bračnog druga, od onih koji su liječenje referentnog poremećaja započeli nakon 25. godine života te od onih koji izražavaju neslaganje s propisanom dijagnozom.

5.6.2. Socio-demografski prediktori razine samostigmatizacije

Regresijskom analizom, koristeći enter metodu, uz petpostotnu razinu rizika, pri čemu je skala samostigmatizacije predstavljala kriterij, dok su socio-demografske varijable predstavljale prediktorski sklop, utvrđeno je kako su tri socio-demografske varijable statistički značajni prediktori stupnja povlačenja iz socijalne okoline, odnosno razine samostigmatizacije mentalno oboljele osobe.

Korelacija čitavog prediktorskog sklopa s kriterijskom varijablom iznosi 0.51, dok prediktorski sklop tumači 26% varijance kriterijske varijable.

Razina se samostigmatizacije, u kontekstu danog instrumentarija, danog prediktorskog sklopa i danog uzorka, pokazala najprediktivnijom promatranom kategorijom.

Personov koeficijent korelacije	Koeficijent determinacije	Standardna pogreška prognoze	F-omjer	Statistička značajnost prediktorskog sklopa
,507	,257	3,40	25,365	0,000

Statistički značajni prediktori	Beta ponder	Statistička značajnost prediktora	Korelacije prediktora s kriterijskom varijablom		
			Korelacija nultog reda	Parcijalna korelacija	Part korelacija
Socijalni kontakt: Prijatelj	,230	,000	,368	,237	,210
Socijalni kontakt: Najbolji prijatelj	,287	,000	,424	,285	,257
Radni status	,184	,002	,275	,203	,179

Statistički značajni prediktori razine samostigmatizacije obuhvaćaju postojanje socijalnog kontakta u obliku prijatelja i najboljeg prijatelja te radni status. Ispitanici koji nemaju socijalni kontakt u obliku prijatelja ili najboljeg prijatelja u većoj su mjeri samostigmatizirani od onih ispitanika koji imaju navedene socijalne kontakte. S obzirom na radni status, invalidne i umirovljene osobe interno su stigmatizirane u većoj mjeri od ostalih kategorija radnog statusa.

5.6.3. Socio-demografski prediktori samopouzdanog doživljaja *selfa*

Regresijskom analizom, koristeći enter metodu, uz petpostotnu razinu rizika, pri čemu je skala samopouzdanog doživljaja *selfa* predstavljala kriterij, dok su socio-demografske varijable predstavljale prediktorski sklop, utvrđeno je kako su četiri socio-demografske varijable statistički značajni prediktori stupnja u kojem mentalno oboljela osoba percipira samu sebe kao samopouzdanu, odnosno stupnja u kojem mentalno oboljela osoba gaji pozitivne stavove prema samoj sebi.

Korelacija čitavog prediktorskog sklopa s kriterijem iznosi 0,41, dok prediktorski sklop tumači 17% varijance kriterijske varijable.

Personov koeficijent korelacije	Koeficijent determinacije	Standardna pogreška prognoze	F-omjer	Statistička značajnost prediktorskog sklopa
,414	,171	3,98	11,199	0,000

Statistički značajni prediktori	Beta ponder	Statistička značajnost prediktora	Korelacije prediktora s kriterijskom varijablom		
			Korelacija nultog reda	Parcijalna korelacija	Part korelacija
Socijalni kontakt: Partner	,154	,014	,147	,167	,154
Socijalni kontakt: Prijatelj	-,196	,004	-,301	-,193	-,180
Socijalni kontakt: Najbolji prijatelj	-,226	,001	-,321	-,219	-,204
Radni status	-,104	,101	-,162	-,111	-,102

Statistički značajni prediktori razine samopouzdanog doživljaja *selfa* obuhvaćaju socijalne kontakte u obliku partnera, prijatelja i najboljeg prijatelja te radni status. Pri tome, ispitanici koji su u trenutku ispitivanja imali prijatelja i najboljeg prijatelja

te ispitanici koji u trenutku ispitivanja nisu imali partnera/bračnog druga iskazuju veći stupanj samopouzdanog doživljaja *selfa* od ispitanika koji u trenutku ispitivanja nisu imali prijatelja i najboljeg prijatelja, odnosno onih ispitanika koji su u trenutku ispitivanja imali partnera/bračnog druga.

S obzirom na radni status, umirovljene i invalidne osobe iskazuju najmanji stupanj samopouzdanja od ostalih kategorija radnog statusa.

VI. RASPRAVA

Predstojeća se interpretacija temelji na sljedećim pretpostavkama:

- Pretpostavlja se da je društvena stigmatizacija osobe s psihičkim poremećajem, između ostalog, povezana s višom razinom percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije, s nižom razinom samopouzdanog doživljaja *selfa* te s višom razinom samostigmatizacije oboljelih ispitanika.
- Nadalje, pretpostavlja se da su navedene tri promatrane kategorije međusobno visoko korelirane. Budući da dizajn studije ne dozvoljava kauzalnu interpretaciju, ali rezultati upućuju na tu mogućnost, na budućim studijama ostaje da ustanove uzročno-posljedičnu povezanost navedenih promatranih kategorija.

Glavni cilj prezentirane disertacije obuhvaća analiziranje utjecaja dostupnih socio- demografskih varijabli na tri promatrane kategorije (samostigmatizaciju, samopouzdanu doživljaj *selfa* te percipirano socijalno obezvređivanje i diskriminaciju), kako u analiziranim europskim zemljama tako i u Republici Hrvatskoj.

Neke od analiziranih socio-demografskih varijabli ujedno su i relevantni pokazatelji socijalne isključenosti, odnosno indikatori triju *prostorâ* prikraćenosti: radnog (nezaposlenost i nesudjelovanje na tržištu rada), ekonomskog (siromaštvo) i sociokulturnog prostora (socijalna izoliranost) (Štulhofer, Matković, 2006).

Sekundarni ciljevi prezentirane disertacije obuhvaćaju:

- utvrđivanje međusobne povezanosti triju promatranih kategorija,
- komparaciju posljedica društvene stigmatizacije osoba s psihičkim poremećajem u Republici Hrvatskoj spram ostalih obuhvaćenih europskih zemalja.

S obzirom na to da se analizirane europske zemlje od Republike Hrvatske razlikuju, između ostalog, po stupnju razvijenosti psihijatrije u zajednici te po stupnju razvijenosti demokracije, plauzibilno je pretpostaviti razlike u razini društvene stigmatizacije mentalno oboljelih kao i razlike u promatranim posljedicama društvene stigmatizacije kod mentalno oboljelih.

U ovoj je disertaciji pretpostavljena niža razina samostigmatizacije, niža razina percipirane socijalne diskriminacije te viša razina samopouzdanog doživljaja *selfa* kod ispitanika iz zemalja etabrirane demokracije, za razliku od razina referentnih promatranih kategorija kod ispitanika iz Republike Hrvatske i ostalih tranzicijskih zemalja.

Specifičan cilj prezentirane disertacije obuhvaća utvrđivanje socio-demografskih varijabli koje u kontekstu ispitanika iz Republike Hrvatske predstavljaju statistički značajne prediktore koji mijenjaju razine percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije, samopouzdanog doživljaja *selfa* te razinu samostigmatizacije.

Pretpostavlja se da će neki od ovim istraživanjem obuhvaćenih indikatora socijalne isključenosti osoba s psihičkim poremećajem ujedno biti utvrđeni kao statistički značajni prediktori razina triju spomenutih promatranih kategorija.

Realizacija navedenih ciljeva, odnosno odgovori na referentna pitanja, predstavljali bi znanstveni doprinos prezentirane disertacije, dok bi njihova upotreba i primjena predstavljala praktični doprinos prilikom izrade Nacionalnog programa socijalne inkluzije osoba s psihičkim poremećajem (kao dijela UNDP-ova programa za Hrvatsku). Osim toga, dobiveni rezultati služit će kao osnovna smjernica u provedbi

Nacionalnog programa borbe protiv stigme te budućih programa rada udruge „Sretna obitelj“.

Osnovna svrha ovoga rada nije, dakle, u objašnjenju socio-demografskih specifičnosti uzoraka obuhvaćenih sedam zemalja.

U skladu s navedenim, svrha je ovoga rada pokušaj utvrđivanja ključnih varijabli iz seta dostupnih socio-demografskih varijabli koje utječu na manju ili veću razinu percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije, veću ili manju razinu samopouzdanog doživljaja *selfa* te veću ili manju samostigmatizaciju ispitanika.

6.1. Procjena rezultata i njihova valjanost s obzirom na hipoteze

Na temelju grube političko-ekonomske diferencijacije, obuhvaćene su zemlje klasificirane u dvije skupine: post-socijalističke zemlje (Hrvatska, Rumunjska, Poljska i Slovenija) te zemlje etablirane demokracije (Italija, Finska i Grčka).

Prema indeksu razvijenosti ljudskog potencijala⁶⁰ Finska, Italija, Grčka i Slovenija zemlje su vrlo visoke razvijenosti ljudskog potencijala, dok su Rumunjska, Hrvatska i Poljska zemlje niske razvijenosti ljudskog potencijala.

Prema dobivenim rezultatima⁶¹ ispitanici iz Grčke i Italije iskazuju visoku razinu **percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije**, dok ispitanici iz ostalih analiziranih zemalja (Rumunjska, Hrvatska, Poljska, Slovenija, Finska) socijalnu okolinu percipiraju kao umjereno diskriminirajuću i omalovažavajuću prema mentalno oboljelima. Najveće prosječne vrijednosti, odnosno najvišu percipiranu razinu socijalnog obezvređivanja i diskriminacije iskazuju ispitanici iz grčkog poduzorka.

U kontekstu svih analiziranih zemalja,⁶² socijalnu okolinu kao obezvređujuću i diskriminirajuću u statistički značajno većoj mjeri percipiraju fakultetski obrazovani ispitanici, ispitanici bez partnera, prijatelja i najboljeg prijatelja, ispitanici koji boluju od psihotičnog poremećaja, oni koji imaju uvid u svoju dijagnozu, oni ispitanici koji se ne slažu s dijagnosticiranim poremećajem, nezaposleni i nesposobni za rad te oni koji su smješteni institucionalno ili kod rođaka.

Komparacijom država na instrumentu namijenjenom mjerenju percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije,⁶³ percepcija socijalnog obezvređivanja i diskriminacije u Republici Hrvatskoj - značajno je niža od percepcije socijalnog

60 *Indeks razvijenosti ljudskih potencijala (HDI) kompozitni je indeks koji mjeri kvalitetu života, pismenost, obrazovanost i dohodak po stanovniku. Služi da bi se utvrdilo jesu li ljudski potencijali neke zemlje razvijeni, u razvoju ili nerazvijeni, ali pokazuje i utjecaj ekonomskih politika na kvalitetu života. (<http://hdr.undp.org/en/statistics/>)*

Indeks ljudskog razvoja (HDI) mjeri prosječna dostignuća zemalja putem triju osnovnih dimenzija ljudskog razvoja:

1. Dugovječnost života, koja se mjeri kroz očekivani životni vijek novorođenčadi,
2. Razina znanja koje se mjeri kroz pismenost odraslog stanovništva i kombinirane stope upisa u formalne, neformalne i informalne oblike obrazovanja,
3. Životni standard koji se izražava bruto domaćim proizvodom (BDP) po glavi stanovnika - mjereno u dolarima kupovne moći.

61 *Prilog 05*

62 *Prilog 08*

63 *Prilog 07*

obezvređivanja i diskriminacije u Grčkoj, Italiji i Poljskoj.

Prema prosječnoj vrijednosti ponderirane skale Percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije,⁶⁴ konstruiranoj na temelju faktorske solucije,⁶⁵ a uzimajući u obzir samo ispitanike iz Republike Hrvatske, pokazalo se da oni socijalnu okolinu percipiraju kao umjereno diskriminirajuću i obezvređujuću prema mentalno oboljelima. U kontekstu hrvatskog poduzorka,⁶⁶ socijalnu okolinu kao obezvređujuću i diskriminirajuću u statistički značajno većoj mjeri percipiraju ispitanici koji imaju bračnog partnera te oni koji se ne slažu sa svojom dijagnozom. Ove naizgled kontradiktorne podatke trenutačno nismo u mogućnosti objasniti budući da se u Hrvatskoj slična istraživanja nisu provodila te zato što studija raspolaže malim uzorkom za ozbiljnije komparacije. Za sada ovaj rezultat treba uzeti uvjetno. Razlog zbog kojeg hrvatski ispitanici uzorka istraživanja ove disertacije a koji imaju bračnog partnera percipiraju veće razine diskriminacije i obezvređivanja od onih koji nemaju bračnog partnera, ostaje za buduća istraživanja.

Prema prosječnim vrijednostima **razinā samostigmatizacije**,⁶⁷ u kontekstu svih analiziranih zemalja relativno najvišu razinu samostigmatizacije manifestiraju ispitanici iz grčkog poduzorka, čija je razina samostigmatizacije *umjerena*, dok ispitanici iz Rumunjske, Hrvatske i Poljske iskazuju nisku razinu samostigmatizacije. Ispitanici iz Slovenije, Finske i Italije iskazuju minimalne razine samostigmatizacije. U kontekstu svih analiziranih zemalja, statistički značajno više razine samostigmatizacije⁶⁸ iskazuju ispitanici s osnovnoškolskim obrazovanjem, oni koji nemaju partnera, prijatelja, najboljeg prijatelja i bliskog člana obitelji, ispitanici koji boluju od psihičkih poremećaja, koji imaju uvid u svoju dijagnozu, koji se ne slažu sa svojom dijagnozom, ispitanici koji su se rano počeli liječiti (prije 25. godine života), ispitanici koji su radno nesposobni i nezaposleni te oni ispitanici koji žive u institucijama ili kod rođaka.

Komparacijom prosječnih vrijednosti analiziranih zemalja na instrumentu namijenjenom mjerenju samostigmatizacije⁶⁹ Republika se Hrvatska po razini samostigmatizacije statistički značajno razlikuje od svih zemalja, osim od Slovenije. Pri tome, ispitanici u Republici Hrvatskoj u manjoj se mjeri samostigmatiziraju od ispitanika iz Grčke i Poljske, dok su u odnosu na ispitanike iz Finske i Italije hrvatski ispitanici samostigmatizirani u većoj mjeri.

Prema prosječnoj vrijednosti⁷⁰ ponderirane skale namijenjene mjerenju

64 Prilog 11

65 Radi analize podataka iz Republike Hrvatske, instrument za mjerenje percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije podvrgnut je faktorskoj analizi, uzimajući u obzir samo podatke iz Republike Hrvatske. Na temelju dobivene faktorske solucije konstruirana je aditivna ponderirana skala na koju će se u nastavku referirati kao na «hrvatsku» skalu.

66 Prilog 13

67 Prilog 05

68 Prilog 09

69 Prilog 07

70 Prilog 11

samostigmatizacije,⁷¹ ispitanici iz Republike Hrvatske iskazuju nisku razinu samostigmatizacije.

U kontekstu hrvatskih ispitanika,⁷² statistički značajno veće razine samostigmatizacije iskazuju ispitanici koji nemaju prijatelja, najboljeg prijatelja ili bliskog člana obitelji, a u odnosu na radni status, invalidne i umirovljene osobe.

S obzirom na treću promatranu kategoriju, ispitanici iz svih analiziranih zemalja, s iznimkom grčkih ispitanika, manifestiraju umjerene razine **samopouzdanog doživljaja selfa**, dok ispitanici iz grčkog poduzorka manifestiraju nisku razinu samopouzdanog doživljaja selfa.

U kontekstu svih analiziranih zemalja, statistički značajno veće razine samopouzdanog doživljaja selfa,⁷³ iskazuju ispitanici koji imaju partnera, prijatelja, najboljeg prijatelja te bliskog člana obitelji, oni ispitanici koji se slažu s dijagnozom, oni koji su liječenje započeli nakon 25. godine života, oni koji boluju od depresivnih poremećaja, oni koji su zaposleni i umirovljeni te ispitanici koji su smješteni u vlastitim stambenim objektima, dok ispitanici koji nemaju referentne socijalne kontakte, ispitanici koji nisu zaposleni i oni koji su smješteni institucionalno iskazuju statistički značajno niže razine samopouzdanja.

Komparacijom prosječnih vrijednosti analiziranih zemalja⁷⁴ na instrumentu namijenjenom mjerenju razine samopouzdanog doživljaja selfa, utvrđena je statistički značajna razlika hrvatskih ispitanika spram grčkih i rumunjskih, pri čemu ispitanici iz Republike Hrvatske iskazuju manju razinu samopouzdanja od ispitanika iz rumunjskog, a višu razinu samopouzdanja od ispitanika iz grčkog poduzorka.

Prema prosječnoj vrijednosti ponderirane skale⁷⁵ namijenjene mjerenju samopouzdanog doživljaja selfa,⁷⁶ ispitanici u Republici Hrvatskoj iskazuju umjerene razine samopouzdanog doživljaja selfa.

U kontekstu hrvatskog poduzorka,⁷⁷ statistički značajno više razine samopouzdanog doživljaja selfa iskazuju ispitanici koji imaju prijatelja, najboljeg prijatelja te bliskog člana obitelji, fakultetski obrazovani te ispitanici koji su započeli liječenje prije 25. godine života. S obzirom na kategorije radnog statusa, nezaposleni ispitanici iskazuju veće samopouzdanje od radno nesposobnih.

Jedna od pretpostavki prezentirane disertacije, ona po kojoj će ispitanici iz zemalja etablirane demokracije imati niže razine samostigmatizacije, niže razine percipirane socijalne diskriminacije te više razine samopouzdanog doživljaja selfa u usporedbi s

71 Radi analize podataka iz Republike Hrvatske, instrument za mjerenje samostigmatizacije podvrgnut je faktorskoj analizi, uzimajući u obzir samo podatke iz Republike Hrvatske. Na temelju dobivene faktorske konstrukcije konstruirana je aditivna ponderirana skala na koju će se u nastavku referirati kao na «hrvatska» skala.

72 Prilog 14

73 Prilog 10

74 Prilog 07

75 Radi analize podataka iz Republike Hrvatske, instrument za mjerenje samopouzdanog doživljaja selfa podvrgnut je faktorskoj analizi, uzimajući u obzir samo podatke iz Republike Hrvatske. Na temelju dobivene faktorske konstrukcije konstruirana je aditivna, ponderirana skala na koju će se u nastavku referirati kao na «hrvatsku» skalu.

76 Prilog 11

77 Prilog 15

Republikom Hrvatskom i ostalim tranzicijskim zemljama, nije se potvrdila, no budući da je uzorak premalen za ozbiljnije komparacije, taj zaključak treba uzeti uvjetno. Najviše razine samostigmatizacije i percipirane socijalne diskriminacije te nisku razinu samopouzdanja iskazuju ispitanici iz Grčke. Ispitanici iz ostalih zemalja iskazuju niske i minimalne razine samostigmatizacije, umjerene razine percipirane socijalne diskriminacije te umjerene razine samopouzdanja.

Osim toga, razina je percipirane socijalne diskriminacije izmjerene u Republici Hrvatskoj manja od one u Grčkoj, Italiji i Poljskoj, dok je, s druge strane, razina samostigmatizacije izmjerene u Republici Hrvatskoj veća od talijanske i finske, no manja od grčke i poljske.

Također, hrvatski ispitanici su manje samopuzdani od ispitanika iz Poljske, Italije i Grčke. Isto tako, najveću razinu samopouzdanja iskazuju ispitanici iz rumunjskog poduzorka, dakle, iz jedne od tranzicijskih zemalja.

Sve navedeno indicira hipotetski zaključak prema kojem stupanj razvijenosti demokracije, kao i dugotrajnost demokratske institucije u pojedinoj zemlji ne predstavljaju fudamentalne čimbenike razine samostigmatizacije, percipirane socijalne diskriminacije te samopouzdanja. Pretpostavlja se kako neki drugi strukturalni čimbenici u uzorku determiniraju razine ispitivanih promatranih kategorija.

6.2. Pokušaj objašnjenja specifičnosti rezultata dobivenih na poduzorcima ispitanika s obzirom na dosadašnja istraživanja

Jedno od potencijalnih objašnjenja dobivenih rezultata izvore razlika pripisuje različitim politikama duševnog zdravlja te različitom stanju službi za mentalno zdravlje u pojedinim europskim zemljama

Naime, prema Babić i Molnar (Babić i Molnar, 2002), tri su osnovna pristupa politici duševnog zdravlja, bazirana na sociopolitičkim i ekonomskim kriterijima, odnosno tri su pristupa bazirana na tri tipa društvenih uređenja: liberalnom, konzervativnom i socijaldemokratskom.

50-ih godina dvadesetog stoljeća politike deinstitutionalizacije i razvoja društvenih službi stvorile su proces vraćanja tržišnog statusa osobama s psihičkim poremećajima, postulirajući ih kao sposobne članove tržišne ekonomije. Osnovni cilj rada tih službi bio je rehabilitacija oboljelih, a glavni motiv - pomoć oboljelima u stjecanju neovisnosti unutar tržišne ekonomije. Osim toga, ciljevi su spomenute politike obuhvaćali liječenje oboljelih te očuvanje od oslabljujućih posljedica institucionalizacije - u smislu što kraćeg liječenja u bolnici i nastavka liječenja u zajednici (Babić i Molnar, 2002).

U liberalnom društvu tržišna ekonomija predstavlja centralnu ideološku okosnicu oko koje se grade i uređuju društveni odnosi, a osoba s psihičkim poremećajem u takvom je kontekstu prepoznata kao čimbenik koji otežava tržišnu orijentaciju i umanjuje profit. Posttranzicijske zemlje: Hrvatska, Slovenija i Poljska, primjer su liberalnih društava. S druge strane, konzervativna su društva, prema istim autorima, najzainteresiranija za održavanje pozicije *status quo*. Ona su manje zabrinuta za povezanost socijalnih slučajeva s tržištem i ne nastoje pomagati putem državne skrbi, nego pomažu samo sporadično, tamo gdje ne postoji aktivno, privatno obiteljsko djelovanje u zaštiti mentalnog zdravlja (Kovess i sur., 1995, Donnelly, 1992, Cooper, 1987, Babić i Molnar, 2002). Grčka te dijelom Italija primjer su takvih društvenih uređenja. Socijaldemokratska društva, primjerice Finska, također niže vrednuju tržišnu

ekonomiju - kao mehanizam za materijalno nagrađivanje. Naglasak se stavlja na prava građana da primaju socijalnu pomoć. Tek 70-ih godina, nakon kritike institucija i pozitivnih rezultata društvene skrbi, počelo se na nju gledati kao na mehanizam kojim se socijalna prava osoba s psihičkim poremećajima mogu najbolje osigurati (Licht i sur., 1991). Od ranih 80-ih godina proces deinstitucionalizacije se ubrzava, a potvrda socijalnih prava osoba s duševnim problemima, kroz primanje novčane pomoći i druge vrste potpore, omogućuje početak razvoja politike društvene skrbi u socijaldemokratskim zemljama (Tester, 1996).

Međutim, zdravstvena i socijalna politika suočene su s problemom usklađivanja i rješavanja niza zdravstvenih i socijalnih pitanja koja se navode u Povelji EU.47. te usklađivanja zakonske regulative i normativnih standarda za pojedine usluge iz područja aktivnosti koje pokrivaju zdravstvena i socijalna skrb (Plan integracijskih aktivnosti, 1999.). S druge strane, kako se članstvo zemalja u EU povećalo na 25 kulturalno različitih zemalja, s obzirom na to da svaka zemlja donosi svoju tradiciju, snage i slabosti, uključujući i duševno zdravlje svoje populacije i organizaciju psihijatrijskih službi, potrebna je međusobna prilagodba kako bi zemlje članice mogle na ravnopravan način doprinositi zajedničkim troškovima i koristiti zajedničke beneficije članstva (Marušić, 2004). Slijedom toga, neki rehabilitacijski procesi bazirani na zapadnim modelima mogu uzrokovati suprotan efekt ako se koriste u kulturama koje su kolektivne ili usmjerene na obitelji. Važno je da socijalno-zdravstveni programi uključe kulturalne faktore u izobrazbu osoblja te psihosocijalnu procjenu (Barrio, 2000).

Pokušaj objašnjenja specifičnosti rezultata dobivenih na slovenskom poduzorku ispitanika u odnosu na rezultate dobivene na hrvatskom poduzorku ispitanika

Rezultati dobiveni komparacijom analiziranih zemalja na sva tri mjerna instrumenta pokazuju kako se razine percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije, razine samostigmatizacije te razine samopouzdanog doživljaja *selfa*, izmjerene u Republici Hrvatskoj, statistički značajno ne razlikuju od rezultata iz Slovenije.⁷⁸ Također, socio-demografska struktura ispitanih u Republici Hrvatskoj ne razlikuje se statistički značajno od socio-demografske strukture ispitanih u Sloveniji,⁷⁹ s obzirom na referentne socio-demografske varijable. Ovakvi bi rezultati mogli biti objašnjeni dugogodišnjom participacijom u jedinstvenom kulturno-simboličkom univerzumu u okviru zajedničke države (SFRJ) te geografskom bliskošću Hrvatske i Slovenije.

Pokušaj objašnjenja specifičnosti rezultata dobivenih na grčkom poduzorku ispitanika u odnosu na ostale rezultate te s obzirom na dosadašnja istraživanja

Analiza socio-demografske strukture grčkog poduzorka⁸⁰ pokazuje kako je velik udio

78 *Prilog 07*

79 *Prilog 11*

80 *Prilog 01*

grčkih ispitanika fakultetski obrazovan (40%). Nadalje, 80% ispitanih nije u trenutku istraživanja imalo partnera, dok više od polovice ispitanih nije u trenutku ispitivanja imalo prijatelja i najboljeg prijatelja. 99% ispitanih boluje od psihotičnih poremećaja, dok je 60% ispitanih liječenje referentnog poremećaja započelo prije 25. godine života. Najveći broj ispitanih ima uvid u vlastitu dijagnozu, ali se ne slaže s njom. Osim toga, u velikom su postotku nezaposleni i nesposobni za rad, dok gotovo svi žive u instituciji ili s rođacima.

Navedena konstelacija socio-demografske strukture ispitanih⁸¹ mogla bi objasniti najviše razine percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije, najviše razine samostigmatizacije te najmanje razine samopouzdanog doživljaja *selfa* ispitanika iz grčkog poduzorka.

Slična objašnjenja nalaze se i u literaturi Organizacije za duševno zdravlje Europe (MHE),⁸² gdje je iz nacionalnog izvještaja o stanju mentalnog zdravlja i socijalne inkluzije u Grčkoj vidljivo kako je u Grčkoj u tijeku reforma psihijatrije, budući da je institucionalizacija bolesnika velik problem, a također i njihova nezaposlenost. Deinstitutionalizacija i socijalna inkluzija bolesnika u društvo otežana je zbog loše razvijene psihijatrije u zajednici i nepostojećih programa pomoći u zapošljavanju duševno oboljelih, što čini glavnu stavku grčkog nacionalnog plana socijalne inkluzije (MHE, 2008).

Nadalje, prema podacima iz literature, civilno društvo u Grčkoj manje je razvijeno nego u drugim zapadnoeuropskim zemljama i nema prepoznatljivu tradiciju (Bežovan, 2000), dok volontiranje u organizacijama za zaštitu duševnog zdravlja nije rašireno (Sartorius i Sultze, 2005). Potonje potencijalno objašnjava smanjen broj socijalnih kontakata grčkih ispitanika.

Stoga ne čudi da su rezultati programa smanjivanja stigmatizacije „Open the doors“ (Sartorius i Schulze, 2005) provedenog u Grčkoj pokazali da je jedan od glavnih problema jakih predrasuda u društvu prema duševno oboljelim - upravo jaka socijalna distanca javnosti prema duševnim bolesnicima. Sukladno tome, glavna je intervencija bila usmjerena na pojačavanje osobnih kontakata i susreta ljudi s duševnim bolesnicima.

S obzirom na to da u istraživanju koje interpretiram u okviru prezentirane disertacije visok postotak ispitanih navodi kako posjeduje socijalni oslonac u bliskom članu obitelji, postavlja se pitanje koliko su valjane takve procjene, budući da istodobno najveći broj ispitanih nema partnera ili prijatelja te je smješten institucionalno.

Prema studiji Eurobarometar (ispitivanje javnog mnijenja u zemljama članicama EU-a), 75% ispitanika iz Grčke smatra da su duševnim bolesnicima šanse za

81 *Prikazani su socio-demografski parametri u kojima se poduzorak ispitanika iz Grčke značajno razlikuje od ostalih ispitanika.*

82 *Organizacija za duševno zdravlje Europe (MHE) 2007. godine provela je radni program u području socijalne inkluzije osoba s psihičkim poremećajem pod nazivom „Od ekskluzije do inkluzije - kako socijalnu inkluziju napraviti realitetom za osobe s psihičkim problemima u EU“. Spomenuti je program proizašao iz Akcijskog programa Europske komisije za borbu protiv socijalne ekskluzije 2002.-2006. Ovaj program bazirao se na analiziranju situacije socijalne inkluzije osoba s psihičkim problemima u 27 zemalja članica EU-a i uključuje nacionalne izvještaje o stanju mentalnog zdravlja i socijalne inkluzije u svakoj pojedinoj zemlji (MHE, 2008).*

zapošljavanje smanjene u odnosu na zdrave ljude (Marsh i Sahin Dikmen, 2002).

Osim toga, prema istoj studiji, samo je 5% grčkih ispitanika izjavilo kako je svjedočilo diskriminaciji duševno oboljelog, za razliku od 29% ispitanika iz Finske.

Samim time postavlja se pitanje razine tolerancije grčkog društva na diskriminaciju. Drugim riječima, možda grčka društvena javnost ne primjećuje diskriminaciju, odnosno određena diskriminativna ponašanja ne tumači kao takva, ili pak diskriminaciju smatra društveno opravdanim oblikom grupnog ponašanja.

Zanimljiva zabilješka u spomenutoj studiji Eurobarometar, navedena u fusnoti izvještaja, napominje kako su rezultati iz Grčke disproporcionalno drukčiji od rezultata ostalih zemalja, te se predlaže ponovna provjera prijevoda upitnika (Marsh i Sahin Dikmen, 2002).

Prema Babiću i Molnaru (Babić i Molnar, 2002), Grčka pripada tzv. konzervativnim društvima koja su manje orijentirana nastojanju da se osobe s psihičkim poremećajem osposobi kao sudionike u tržišnoj ekonomiji, nego putem državne skrbi pomažu samo sporadično, tamo gdje ne postoji aktivno privatno obiteljsko djelovanje u zaštiti mentalnog zdravlja (Kovess i sur., 1995, Donnelly, 1992). Budući da su ciljevi politike duševnog zdravlja slabije određeni, rezultat je nedostatak jasne i čvrste odluke o deinstitutionalizaciji i reintegraciji duševnih bolesnika u društvo (Cooper, 1987). Dosadašnja istraživanja pokazuju da je u Grčkoj civilno društvo znatno nerazvijenije i nema prepoznatljivu tradiciju niti igra neku posebnu ulogu (Bežovan, 2000), pa u Grčkoj izostaje pozitivan učinak sudjelovanja u aktivnostima civilnog društva na osobe s psihičkim poremećajem.

U Grčkoj je, kao i u Italiji, Poljskoj i Rumunjskoj, tijekom 2002. godine proveden program smanjivanja stigmatizacije Svjetske zdravstvene organizacije, „Open the doors“ (www.openthedoors.com, Sartorius i Schulze, 2005). Rezultati ispitivanja stavova i predrasuda grčke javnosti pokazali su visoku razinu socijalne distance javnosti prema duševno oboljelima, što je u skladu s rezultatima istraživanja koji se interpretiraju u ovoj disertaciji, budući da ispitanici iz Grčke, u odnosu na ispitanike svih ostalih analiziranih zemalja, u najmanjoj mjeri izjavljuju da posjeduju prijatelje i najbolje prijatelje te iskazuju najviše razine percipirane socijalne diskriminacije.

U Grčkoj su se u sklopu programa smanjivanja stigmatizacije, „Open the doors“, odlučili za intervencije koje će se putem medija usmjeriti na društvene predrasude javnosti te intervencije koje će omogućiti više osobnih kontakata javnosti s duševno oboljelima. U sklopu programa potaknut je i razvoj civilnih organizacija volontera koji pomažu duševno oboljelima putem telefonske linije za pomoć, a javna akcija u kojoj su se uz letke i predavanja protiv predrasuda javno prikazivali film „A Beautiful Mind“ i predstava „Proof“, bila je u Grčkoj javnosti dobro prihvaćena.

Najnovije intervencije Grčkog programa smanjivanja stigmatizacije Sveučilišta za istraživanje mentalnog zdravlja (UMHRI) obuhvaćaju djelovanje na medije putem suradnje s Grčkim ministarstvom za javne medije, izdavanje priručnika s pravilnim informacijama za medije vezanim uz duševne bolesti (Economou i sur., 2009a), edukacijske intervencije protiv stigme u grčkim školama (Economou i sur., 2009b) koje uključuju radionice, kreativne aktivnosti, dramske izvedbe kao i osnivanje telefonske linije pomoći za depresiju (Economou i sur., 2009c).

Pokušaj objašnjenja sličnosti i različitosti rezultata dobivenih na hrvatskom poduzorku ispitanika u odnosu na rezultate grčkog poduzorka ispitanika

Socio-demografska struktura ispitanih u Republici Hrvatskoj statistički se značajno razlikuje od socio-demografske strukture ispitanih u Grčkoj u odnosu na sve socio-demografske varijable,⁸³ s iznimkom spolne strukture i socijalnog kontakta u obliku oslonca na bliskog člana obitelji.

Nadalje, u grčkom su poduzorku, za razliku od hrvatskog poduzorka, zastupljeniji ispitanici fakultetskog stupnja obrazovanja, zatim ispitanici koji u trenutku ispitivanja nisu imali referentne socijalne kontakte (partnera, prijatelja, najboljeg prijatelja), ispitanici kojima je dijagnosticiran određen oblik psihotičnog poremećaja, ispitanici koji su u trenutku ispitivanja imali uvid u dijagnosticirani poremećaj, ispitanici koji izražavaju neslaganje s dijagnosticiranim poremećajem te ispitanici koji su liječenje referentnog poremećaja započeli prije 25. godine života.

S obzirom na radni status, u grčkom su poduzorku zastupljeniji nezaposleni ispitanici, dok su u hrvatskom poduzorku zastupljeniji zaposleni i umirovljeni ispitanici.

Prema stambenom statusu, u grčkom su poduzorku zastupljeniji institucionalno smješteni ispitanici te ispitanici smješteni u stambenim objektima rođaka, dok su u hrvatskom poduzorku zastupljeniji ispitanici smješteni u vlastitim ili iznajmljenim stambenim objektima.

Možda navedene razlike u socio-demografskoj strukturi ispitanih uvjetuju veće razine percipirane socijalne diskriminacije i obezvređivanja, veće razine samostigmatizacije te manje razine samopouzdanog doživljaja *selfa* grčkih ispitanika u odnosu na hrvatske ispitanike.

Pokušaj objašnjenja specifičnosti rezultata dobivenih na talijanskom poduzorku ispitanika u odnosu na ostale rezultate te s obzirom na dosadašnja istraživanja

Rezultati analize ove disertacije pokazuju kako ispitanici iz Italije iskazuju visoku razinu percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije, što se ne može pripisati socio-demografskoj strukturi talijanskog poduzorka, budući da - iako su većinom fakultetski obrazovani i imaju uvid u dijagnozu - čak više od pola ispitanih ima partnera i najboljeg prijatelja, a više od 70% prijatelja. Osim toga, većina ih je zaposlena i smještena u vlastitim stambenim objektima.

Nadalje, samo se trećina ispitanih slaže sa svojom dijagnozom, dok samo 25% ispitanika iz talijanskog poduzorka boluje od psihotičnih poremećaja, što je razumljivo, budući da je podatke u Italiji među svojim korisnicima prikupljala organizacija koja povezuje osobe koje boluju od depresije.

Ovakva socio-demografska struktura ispitanih potencijalno može objasniti umjerene razine samopouzdanog doživljaja *selfa* te minimalne razine samostigmatizacije talijanskih ispitanika.

Možda se objašnjenje visoke razine percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije može naći u izvještaju Organizacije za duševno zdravlje Europe (MHE), gdje je iz nacionalnog izvještaja o stanju mentalnog zdravlja i socijalne

inkluzije u Italiji navedeno kako je razina socijalne diskriminacije i predrasuda prema duševno oboljelima u talijanskom društvu velika, dok posebno negativne poruke dolaze iz medija u Italiji. Nadalje, Nacionalni zakon 180, koji je još 1978. godine regulirao zatvaranje psihijatrijskih bolnica i povratak, liječenje i život duševnih bolesnika u zajednici, nije istodobno vodio i do lakog uklapanja bolesnika u društvo, odnosno prihvaćanja bolesnika u zajednici, iako je potaknuo razvoj psihijatrijskih službi u zajednici (Barbato, 1998, De Girolamo i Cozza, 2000). Čak je možda izazvao i suprotan efekt, povećavajući otpor i predrasude u talijanskom društvu (Kemali i sur. 1989, Magliano i sur., 2004), premda bolesnici u Italiji imaju jednaka prava na dostupnost službi u zajednici kao i drugi ljudi.

Budući da je talijanska kultura generalno paternalistička i autoritarna, bolesnici se stavljaju u ovisnu poziciju, tako da se sami isključuju iz društva te im se na taj način stigmatiziranjem krše ljudska prava (Buizza i sur., 2007).

Nadalje, Italija je sudjelovala u Europskoj studiji epidemiologije mentalnih poremećaja, ESEMED, pri čemu je u Italiji pronađen posebno nizak stupanj korištenja službi za mentalno zdravlje (Girolamo i sur., 2006). To je možda razlog visoke percepcije socijalne diskriminacije u Italiji, no dosadašnja istraživanja pokazuju da percepcija diskriminacije u društvu nije povezana s korištenjem službi za mentalno zdravlje, dok istodobno visoka samostigmatizacija umanjuje traženje pomoći duševno oboljelih (Schomerus i sur, 2009).

Svjetska zdravstvena organizacija još je 1996. godine pokrenula međunarodni program borbe protiv stigmatizacije i diskriminacije zbog shizofrenije (Warner, 2005, WPA, 2001, Sartorius, 1999:96). Program je bio od ključne važnosti za implementaciju globalnog programa smanjivanja stigmatizacije, „Open the doors“ (www.openthedoors.com, Sartorius, 1997, Sartorius i Schulze, 2005, WPA, 2002, Gaebel, 2003). Programi i kampanje protiv stigme provedeni su u različitim europskim zemljama s dobrim uspjehom (Angermeyer, 2004). Ovaj je program tijekom četiriju godina, zaključno s 2002., proveden i u Italiji (Sartorius i Schulze, 2005), a posebno je baziran na intervencijama prema medijima (novinari) protiv predrasuda prema duševno oboljelima, kako bi se smanjila velika količina negativnih poruka kojima su informirali javnost o duševno oboljelima, o čemu su nađeni podaci i u drugoj literaturi (Magli i sur., 2004). Evaluacijom toga programa uočeno je povećanje broja pozitivnih poruka, posebno onih vezanih za uspješnost tretmana i rehabilitaciju duševno oboljelih, no zaključeno je kako je za promjene stavova potrebno da program bude dugotrajan i kontinuirano se provodi te da bude fokusiran (Thompson i sur., 2002). Najnoviji antistigma i antidiskriminacijski programi u Italiji fokusirani su na intervencije ispitanika koji po prvi put obolijevaju od psihotičnog poremećaja, budući da je nakon studije PICOS na ispitanicima koji su po prvi put oboljeli od psihotičnog poremećaja pokazano da oko polovina ispitanika doživljava svakodnevnu diskriminaciju od članova obitelji, susjeda, partnera te, u nešto manjem postotku, pri nalaženju posla i prijatelja. Čak 68% ispitanika u citiranoj studiji iskazalo je da želi zatajiti svoju dijagnozu (Lasalvia i sur, 2009).

Pokušaj objašnjenja sličnosti i različitosti rezultata dobivenih na hrvatskom poduzorku ispitanika u odnosu na rezultate talijanskog poduzorka ispitanika

Rezultati su pokazali da se socio-demografska struktura ispitanika u Republici Hrvatskoj statistički značajno razlikuje od socio-demografske strukture ispitanika u

Italiji⁸⁴ s obzirom na obrazovni i radni status, vrstu dijagnosticiranog poremećaja te postojanje socijalnog kontakta u obliku prijatelja.

Dok su u hrvatskom poduzorku zastupljeniji ispitanici osnovnoškolskog i srednjoškolskog stupnja obrazovanja, u talijanskom su poduzorku zastupljeniji ispitanici fakultetskog stupnja obrazovanja, pa bi to možda moglo objasniti više stupnjeve percipirane socijalne diskriminacije u Italiji u odnosu na Hrvatsku.

S obzirom na socijalne kontakte, u talijanskom su poduzorku zastupljeniji ispitanici koji u trenutku ispitivanja nisu imali prijatelja, dok su u hrvatskom poduzorku zastupljeniji ispitanici koji su u trenutku ispitivanja imali prijatelja, a društvo prijatelja utječe na smanjenje razine percepcije socijalne diskriminacije.

S obzirom na dijagnosticirani poremećaj, u talijanskom su poduzorku zastupljeniji ispitanici kojima je dijagnosticiran određen oblik depresivno-anksioznog poremećaja, dok su u hrvatskom poduzorku zastupljeniji ispitanici kojima je dijagnosticiran određen oblik psihotičnog poremećaja, no s obzirom na to da su rezultati pokazali kako je percepcija socijalnog obezvređivanja i diskriminacije značajno veća kod ispitanika koji boluju od psihotičnog poremećaja, ovaj podatak ne može objasniti veću razinu percipirane diskriminacije u Italiji spram Hrvatske.

S obzirom na radni status, talijanski poduzorak karakterizira veći udio zaposlenih osoba, a manji udio radno nesposobnih osoba nego što je slučaj u hrvatskom uzorku, što može objasniti niže razine samostigmatizacije u Italiji nego u Hrvatskoj, no ne objašnjava zašto je razina percepcije socijalnog obezvređivanja i diskriminacije veća u Italiji. Ali, iz dosadašnje literature proizlazi kako su stavovi poslodavaca prema duševno oboljelima puni predrasuda, u najvećoj mjeri kod poslodavaca manjih kompanija koji nisu imali iskustva s duševno oboljelima, a i sami su niskoobrazovani (Mangili i sur., 2004). Jednogodišnja evaluacija programa „zaštićenog zapošljavanja“ u Italiji pokazala je da su varijable koje značajno doprinose održavanju ovakve vrste zapošljavanja: direktan angažman, odnosno učenje na radnom mjestu za razliku od formalnog oblika edukacije u školskim klupama, te broj intervencija usmjerenih na pomaganje bolesnicima prije i poslije zapošljavanja kako bi im na radnom mjestu bilo lakše (Buizza i sur., 2009).

Pokušaj objašnjenja specifičnosti rezultata dobivenih na poljskom poduzorku ispitanika u odnosu na ostale rezultate te s obzirom na dosadašnja istraživanja

I u Poljskoj je, kao i u Italiji, Grčkoj i Rumunjskoj tijekom 2002. godine proveden program smanjivanja stigmatizacije, „Open the doors“, Svjetske zdravstvene organizacije (www.openthedoors.com, Sartorius i Schulze, 2005, Cechnicki i sur., 2002, Cechnicki, 2004). U Poljskoj su se, nakon procjene potreba stanovništva, intervencije programa bazirale na informiranju javnosti o duševnim bolestima, s posebnim naglaskom na mlade ljude. 15. rujan proglašen je Nacionalnim danom solidarnosti s osobama oboljelima od shizofrenije, tijekom kojega se održavaju različite aktivnosti, izložbe umjetnina i radionice za pučanstvo, a pokrenuti su i programi za smanjenje stigme i uključivanje bolesnika u zajednicu suradnjom s poslodavcima, profesorima, svećenicima i psihijatrima. Otvorena su neka radna mjesta na način „zaštićenog zapošljavanja“, a provedene su i aktivnosti prikupljanja novčanih sredstava za pomoć u stanovanju.

Unatoč tome, nekoliko godina kasnije, u izvješčaju Organizacije za duševno zdravlje Europe (MHE, 2008) o stanju mentalnog zdravlja i socijalne inkluzije u Poljskoj, navodi se da se organizacija psihijatrijske službe u Poljskoj uglavnom svodi na rad velikih psihijatrijskih bolnica, koje su glavni faktor socijalne isključenosti bolesnika, uz slabo razvijenu socijalnu službu na terenu i nepriznavanje timskog rada sa socijalnim radnicima od psihijatar, kao i lošu suradnju s obiteljima i službama na terenu. No, u vezi s obrazovanjem osoba s psihičkim poremećajima, u istom izvješčaju navodi se kako čak deset fakulteta u Poljskoj nudi organiziranu asistenciju i službe za informacije za studente s psihičkim poremećajima i ostale invalide, ali oni obično duže studiraju te ne mogu sudjelovati u programima pronalaženja zaposlenja koji su u Poljskoj dostupni studentima ispod 25 godina starosti. Glede pitanje zapošljavanja, budući da su u Poljskom uzorku zastupljeniji ispitanici koji boluju od psihotičnog poremećaja, razumljivo je da ima i više radno nesposobnih i nezaposlenih ispitanika u tom uzorku. U izvješčaju MHE-a navodi se da je izrazito teško osobi s psihičkim poremećajem zaposliti se, iako novi programi koji se u Poljskoj nude pod nazivom „tranzicijsko zapošljavanje“ pomažu poslodavcima u zapošljavanju osoba s psihičkim poremećajem. 2003. godine u Poljskoj je donesen Zakon o socijalnom zapošljavanju, prema kojem se mogu osnovati tzv. Centri socijalne integracije u kojima se provode „zaštićene radionice“, a prema zakonu iz 1997. godine osoba s psihičkim poremećajem koja osniva vlastiti posao dobiva državnu pomoć. Unatoč tome visoke su razine ili stope nezaposlenosti osoba s psihičkim poremećajima u Poljskoj. Nadalje, vezano za stambeni status, izvještaj MHE-a potvrdio je rezultate mog istraživanja. Naime, iako je prema državnim programima u Poljskoj zakonski predviđena mogućnost postojanja „zaštitnih stanova“ i „socijalnih kuća“ te ih je i izgrađen određen broj, ipak je visok broj duševno oboljelih osoba beskućnika, većinom smještenih u velikim psihijatrijskim ustanovama, pretvarajući ih na taj način u socijalne ustanove. Slična je situacija vezana za velike psihijatrijske bolnice i deinstitucionalizaciju, prema autorima Babiću i Molnaru, (Babić i Molnar, 2002), trenutačno i u Hrvatskoj, gdje se reforma psihijatrijske službe odvija u uvjetima visoke stope nezaposlenosti i izraženog siromaštva stanovništva. Sustavi zdravstvenog i mirovinskog osiguranja imaju velika dugovanja i u znatnim dijelovima svojih aktivnosti ti sustavi ne pružaju zadovoljavajuću razinu usluge, kao ni sustavi zapošljavanja i socijalne skrbi. Osim navedenih teškoća, zdravstvena i socijalna politika će, prema istim autorima, biti suočena s problemom usklađivanja i rješavanja niza pitanja navedenih u Povelji EU 47 (plan, 1999.).

Istodobno, u literaturi je pronađen podatak kako je u Poljskoj utjecaj koji ostvaruju organizacije civilnog društva u području socijalne politike vrlo spor i teško se prepoznaje (Sokolowski, 2000). One jesu pridonijele demokratizaciji i otvaranju prostora za mobilizaciju lokalnih resursa (Reguleska, 2001), no isključene su iz maticе glavnih događanja i ne sudjeluju u pregovorima ili davanju značajnije upute u političkom procesu. Ipak, jedan od glavnih ciljeva programa „Open the door“ u Poljskoj bio je i promicanje Nacionalne strategije za zaštitu mentalnog zdravlja od 47 civilnih udruga koje su osnovale koaliciju i brojnim javnim akcijama uspjele u namjeri da Poljski parlament u srpnju 2008. prihvati Nacionalnu strategiju zaštite mentalnog zdravlja (Cechnicki i sur., 2009), što je bio velik uspjeh civilnog sektora.

Pokušaj objašnjenja sličnosti i različitosti rezultata dobivenih na hrvatskom poduzorku ispitanika u odnosu na rezultate poljskog poduzorka ispitanika

Ispitanici iz Poljske, uz ispitanike iz Grčke, iskazuju najviše razine percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije te najviše razine samostigmatizacije, dok su po razini samopouzdanja podjednaki ispitanicima iz Hrvatske.

Socio-demografska struktura ispitanih u Republici Hrvatskoj statistički se značajno razlikuje od socio-demografske strukture ispitanih u Poljskoj u odnosu na sve socio-demografske varijable,⁸⁵ s iznimkom spolne strukture i uvida u dijagnosticirani poremećaj.

Pri tome, u poljskome su poduzorku, za razliku od hrvatskog poduzorka, zastupljeniji ispitanici fakultetskog stupnja obrazovanja, zatim ispitanici koji u trenutku ispitivanja nisu imali referentne socijalne kontakte (partnera, prijatelja, najboljeg prijatelja, bliskog člana obitelji), ispitanici kojima je dijagnosticiran određen oblik psihotičnog poremećaja, ispitanici koji izražavaju slaganje s dijagnosticiranim poremećajem te ispitanici koji su liječenje referentnog poremećaja započeli prije 25. godine života. S obzirom na radni status u poljskom su poduzorku zastupljeniji radno nesposobni ispitanici, dok su u hrvatskom poduzorku zastupljeniji zaposleni i umirovljeni ispitanici. S obzirom na stambeni status, u poljskom su poduzorku zastupljeniji institucionalno smješteni ispitanici te ispitanici smješteni u stambenim objektima rođaka, dok su u hrvatskom poduzorku zastupljeniji ispitanici smješteni u vlastitim ili iznajmljenim stambenim objektima, pa bi se ovim podacima možda moglo objasniti zašto ispitanici iz Hrvatske iskazuju manje razine percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije te manju razinu samostigmatizaciju od ispitanika iz Poljske, no upitno je zašto ispitanici iz Poljske imaju podjednako samopouzdanje kao ispitanici iz Hrvatske.

Pokušaj objašnjenja specifičnosti rezultata dobivenih na finskom poduzorku ispitanika u odnosu na ostale rezultate te s obzirom na dosadašnja istraživanja

Podaci iz literature (Babić i Malnar, 2002) opisuju sociodemokratsku Finsku kao zemlju u kojoj je položaj tržišne ekonomije kao mehanizma za materijalno nagrađivanje niži nego u liberalnim državama, a naglasak se stavlja na prava građana da primaju socijalnu pomoć. Tek iza sedamdesetih godina 20. stoljeća pogledi na institucionalnu skrb postali su negativni te se na promjenu u načinu postupanja s duševnim bolesnicima počelo gledati kao na način na koji se socijalna prava osoba s duševnim problemima mogu najbolje osigurati. Od kraja 80-ih godina proces deinstitutionalizacije i razvoja alternativnih službi u socijaldemokratskim zemljama bio je brz te je potvrda socijalnih prava osoba s duševnim smetnjama da primaju novčanu i druge vrste potpore omogućila početak razvoja politike društvene skrbi u socijaldemokratskim zemljama (Tester, 1996).

U izvještaju Organizacije za duševno zdravlje Europe (MHE, 2008) o stanju mentalnog zdravlja i socijalne inkluzije u Finskoj, navodi se da službe rehabilitacije u zajednici i dalje brinu o svega jednoj desetini osoba s duševnim poremećajima, a glavni je problem manjak socijalnih radnika. Nakon ukidanja psihijatrijskih institucija osobe s duševnim poremećajima uglavnom žive u takozvanim „rehabilitacijskim kućama“

koje su različite kvalitete, u vlasništvu različitih organizacija, zaklada, privatnog ili javnog sektora. Bolesnici su marginalizirani i osjećaju se inferiorno, a nemaju mnogo nade u svoju rehabilitaciju te bi taj podatak možda mogao objasniti toliko ispitanika koji boluju od anksioznih i depresivnih poremećaja u finskom poduzorku. Od svih umirovljenika u Finskoj, čak ih je 43% duševno oboljelo, s dijagnozom „duševna bolest s poremećajem ponašanja“ (MHE, 2008).

Visok postotak umirovljenika među duševno oboljelima pokazao se i u ovom istraživanju.

Prema izvješčaju MHE-a, nadalje, navodi se kako je Istraživački centar iz Pellerva, Finska, 2007. godine proveo ispitivanje radne sposobnosti invalida u Finskoj, pri čemu se pokazalo da bi se čak 30% svih ispitanih umirovljenika željelo vratiti na posao jer smatraju da su radno sposobni i stoga što smatraju da je to važno za njihovo samopouzdanje, pa je tako vlada pokrenula veliki projekt „Redukcija dugogodišnjeg beskućništva“, s posebnim naglaskom na povratak bolesnika na posao.

Nedavno ispitivanje stavova javnosti prema duševno oboljelima u Finskoj pokazalo je da Finci u značajnoj mjeri stigmatiziraju osobe s duševnim poremećajima. Iako 85% ispitanika ove studije smatra da je depresija prava zdravstvena bolest, većina ispitanika vjeruje da su ljudi koji boluju od depresije sami odgovorni za svoju bolest i oporavak. Posebno su stariji muški ispitanici naveli želju da održe socijalnu distancu s duševno oboljelim osobama, tako da se i u ovoj studiji preporučuje u sklopu programa i aktivnosti protiv stigme - povećati broj susreta populacije s duševno oboljelim osobama (Aromaa i sur., 2009).

Pokušaj objašnjenja sličnosti i različitosti rezultata dobivenih na hrvatskom poduzorku ispitanika u odnosu na rezultate finskog poduzorka ispitanika

Ispitanici iz Finske iskazali su umjerene razine percipirane socijalne diskriminacije i samopouzdanog doživljaja *selfa*, slično kao ispitanici iz Hrvatske, ali i minimalnu razinu samostigmatizacije, koja je statistički značajno niža od razine samostigmatizacije hrvatskih ispitanika.

Socio-demografska struktura Republike Hrvatske statistički se značajno razlikuje od socio-demografske strukture Finske⁸⁶ u odnosu na radni i stambeni status te vrstu dijagnosticiranog poremećaja. Pri tome, u finskome su poduzorku zastupljeniji ispitanici kojima je dijagnosticiran određen oblik depresivno-anksioznog poremećaja, dok su u hrvatskom poduzorku zastupljeniji ispitanici kojima je dijagnosticiran određen oblik psihotičnog poremećaja, što je razumljivo budući da su udruge koje su prikupljale podatke među svojim korisnicima bile u Finskoj orijentirane na depresiju, a u Hrvatskoj na shizofreniju, što vjerojatno može objasniti višu razinu samostigmatizacije u hrvatskom poduzorku, budući da se ispitanici koji boluju od psihotičnih poremećaja više samostigmatiziraju.

U odnosu na stambeni status, u finskom su poduzorku zastupljeniji ispitanici koji su smješteni u iznajmljenom smještaju, dok su u hrvatskom poduzorku zastupljeniji ispitanici smješteni u vlastitim stambenim objektima ili stambenim objektima rođaka. Prema radnom statusu, u hrvatskom su poduzorku zastupljeniji zaposleni i nezaposleni ispitanici, dok su u finskom poduzorku zastupljeniji umirovljeni ispitanici.

Pokušaj objašnjenja specifičnosti rezultata dobivenih na rumunjskom poduzorku ispitanika u odnosu na ostale rezultate te s obzirom na dosadašnja istraživanja

U izvještaju Organizacije za duševno zdravlje Europe (MHE, 2008) o stanju mentalnog zdravlja i socijalne inkluzije u Rumunjskoj, navodi se da osobe s psihičkim poremećajima nisu lako prihvaćene u društvo, posebno od socijalnih službi na terenu, a poremećaji kao anksioznost, stres i depresija ne smatraju se duševnim poremećajima već „problemima suočavanja sa životnim situacijama“, pa je možda to razlog najvišim razinama samopouzdanja, odnosno najnižim razinama percipirane socijalne diskriminacije rumunjskih ispitanika, budući da je većina ispitanika navela da boluje od depresivnih i anksioznih poremećaja. Ako se takva stanja ne smatraju duševnom bolešću, nije čudno što ispitanici ne percipiraju socijalnu diskriminaciju. Nadalje, u izvještaju MHE-a navodi se da je u Rumunjskoj duševnim bolesnicima zakonski omogućeno da budu umirovljeni na način da im se priznaje 50% invaliditeta i da svejedno budu zaposleni, što se naziva „prihod za onesposobljene“. Kako je ispitivanje ove disertacije pokazalo da ispitanici u 30% slučajeva rade, a u 44% slučajeva su umirovljeni, možda bi taj podatak mogao objasniti najviše razine samopouzdanja rumunjskih ispitanika, budući da su i zaposlenost i umirovljenje kategorije koje su povezane s višim razinama samopouzdanja. Nadalje, izvještaj MHE-a za Rumunjsku navodi da duševno oboljele osobe u vrlo malom broju žive u različitim institucionalnim oblicima smještaja, već su u najvećem broju s obiteljima, koje su, kako se u izvještaju navodi, pretjerano zaštićujuće prema svom bolesnom članu i ne ohrabruju ga da se osamostaljuje, zapošljava ili uklapa u društvo. Ovaj podatak potvrđuje i istraživanje ove disertacije koje pokazuje da ispitanici iz Rumunjske u najvećem postotku od svih ispitanika iz cijelog uzorka imaju bliskog člana obitelji i partnera, što bi moglo objasniti zašto imaju najviše samopouzdanja. Činjenica da je obiteljska potpora ona kulturalna vrijednost koja može djelovati kao medijator tijeka nekog duševnog poremećaja, nalazi se i u literaturi (Lefley, 1990). Istodobno, najveći broj rumunjskih ispitanika počeo se liječiti kasnije, nakon 25. godine života, upoznat je sa svojom dijagnozom i slaže se s njom, što su također čimbenici koji, prema ovom istraživanju, povećavaju samopouzdanje. Nadalje, prema dosadašnjim istraživanjima, socio-kulturalni okvir za razvoj civilnog društva povoljniji je u Rumunjskoj nego u Hrvatskoj (Bežovan, 2004), što bi možda moglo objasniti više razine samopouzdanja rumunjskih ispitanika u odnosu na hrvatske.

I u Rumunjskoj je, kao i u Italiji, Poljskoj i Grčkoj tijekom 2002. godine proveden „Open the doors“, program smanjivanja stigmatizacije Svjetske zdravstvene organizacije (www.openthedoors.com, Sartorius i Schulze, 2005). Nakon procjene potreba na terenu, akcijski je tim program provodio tako da je evaluirao postojeću politiku mentalnog zdravlja, povećao pozitivne poruke medija, povećao broj profesionalaca koji su se uključili u rad udruga za zaštitu mentalnog zdravlja te organizirao regularne konferencije na temu shizofrenije, stigme i diskriminacije koja je prati. Nositelj ovog programa u Rumunjskoj bila je civilna udruga duševno oboljelih pod nazivom Liga za mentalno zdravlje, članovi koje su ujedno sudjelovali i u ovoj disertaciji tako što su u Rumunjskoj anketirali članove svoje udruge. Budući da se u literaturi ne može naći evaluacija programa „Open the doors“ u Rumunjskoj, a niti autorima Izvještaja Globalnog anti-stigma programa nije poznato zašto je izostala (Sartorius i Schulze, 2005), ne možemo sa sigurnošću diskutirati jesu li pozitivne promjene provedene

ovim programom u Rumunjskoj od 2002. do 2004. godine utjecale na ovako dobre rezultate koji su dobiveni za uzorak iz Rumunjske u ovoj disertaciji.

Najnovija točka djelovanja rumunjskog programa smanjivanja stigmatizacije jest djelovanje na javne stereotipe, prema kojima su duševni bolesnici, posebno alkoholičari i bolesnici koji boluju od shizofrenije, nasilni te da ih treba držati na socijalnoj distanci, a što je stereotip potvrđen u Rumunjskoj na uzorku od 1070 ispitanika (Stanculescu i sur., 2009).

Pokušaj objašnjenja sličnosti i različitosti rezultata dobivenih na hrvatskom poduzorku ispitanika u odnosu na rezultate rumunjskog poduzorka ispitanika

Ispitanici iz Rumunjskog poduzorka ne razlikuju se statistički značajno od hrvatskih ispitanika prema razinama samostigmatizacije te percepcije socijalne diskriminacije i obezvređivanja, ali se značajno razlikuju u razini samopouzdanja, pri čemu među ispitanicima iz svih država oni iz Rumunjske imaju najviše razine samopouzdanja i najniže razine percipirane socijalne diskriminacije.

Istodobno, socio-demografska struktura ispitanika u Republici Hrvatskoj statistički se značajno razlikuje od socio-demografske strukture ispitanika u Rumunjskoj⁸⁷ s obzirom na radni i stambeni status, na vrstu dijagnosticiranog poremećaja te postojanje socijalnog kontakta u obliku oslonca na bliskog člana obitelji.

Pritom, u rumunjskom su poduzorku zastupljeniji ispitanici koji ostvaruju personalizirane socijalne kontakte s bliskim članom obitelji, ispitanici kojima je dijagnosticiran određen oblik depresivno-anksioznog poremećaja, umirovljeni ispitanici i ispitanici smješteni kod rođaka, pa bi ove činjenice možda mogle objasniti višu razinu samopouzdanja u rumunjskom nego u hrvatskom poduzorku.

6.3. Pokušaj objašnjenja dobivene međusobne korelacije triju mjerenih promatranih kategorija u analiziranim zemljama te usporedba dobivenih rezultata s dosadašnjim istraživanjima

Na temelju istraživačkih rezultata koje interpretiram u ovoj disertaciji, potvrđena je početna pretpostavka o međusobnoj korelaciji triju mjerenih promatranih kategorija, i to u svim analiziranim zemljama.

Naime, interkorelacije triju mjernih instrumenata navode na dva zaključka vezana za Grčku i Italiju, a također i za Poljsku i Finsku.

Interkorelacije upućuju na sljedeće trendove:

- Percepcija socijalne okoline kao diskriminirajuće i obezvređujuće povezana je pozitivno s razinom samostigmatizacije, i to tako da što je veća percepcija diskriminacije i obezvređivanja, veća je i razina samostigmatizacije, a negativno je povezana sa stupnjem samopouzdanog doživljaja *selfa* - tako da što je veća percepcija diskriminacije i obezvređivanja, niža je razina samopouzdanog doživljaja *selfa*.
- Razina samostigmatizacije negativno je povezana s razinom samopouzdanog doživljaja *selfa*, i to tako da što je veća razina samostigmatizacije, to je manja razina samopouzdanog doživljaja *selfa*.

Nasuprot tome, u Sloveniji, Rumunjskoj i Hrvatskoj nije utvrđena statistički značajna povezanost između percipiranja okoline kao diskriminirajuće te samopouzdanog doživljaja *selfa*.

No, u Italiji, kontrolirajući utjecaj samostigmatizacije, nađeno je da je korelacija percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije te samopouzdanog doživljaja *selfa* statistički značajna na razini rizika manjoj od 5%, dok u drugim zemljama ova korelacija nije statistički značajna. Možda bi se stoga moglo reći da za konstrukciju omalovažavajućeg odnosa prema samome sebi, odnosno nisku razinu samopouzdanog doživljaja *selfa* negativna diskriminacija iz socijalne okoline nije sama po sebi dovoljan faktor - osim u Italiji.

U drugim zemljama razina samostigmatizacije, između ostalog, odlučit će hoće li socijalno diskriminirana osoba iskazati nisku razinu samopouzdanog doživljaja *selfa*, dok je u Italiji negativna diskriminacija iz socijalne okoline povezana s niskom razinom samopouzdanog doživljaja *selfa* bez obzira na razinu samostigmatizacije.

Kontrolirajući utjecaj samopouzdanog doživljaja *selfa*, korelacija između percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije te samostigmatizacije, statistički jest značajna, što upućuje kako odnos percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije te samostigmatizacije nije pod direktnim utjecajem samopouzdanog doživljaja *selfa*. Drugim riječima, moglo bi se zaključiti da je percepcija socijalne diskriminacije povezana s razinom samostigmatizacije, neovisno o tome koliku razinu samopouzdanog doživljaja *selfa* ispitanik manifestira.

Kontrolirajući utjecaj percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije, korelacija između samostigmatizacije te samopouzdanog doživljaja *selfa* jest statistički značajna, što upućuje kako odnos samopouzdanog doživljaja *selfa* te samostigmatizacije nije pod direktnim utjecajem percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije.

Na temelju međusobnih povezanosti triju promatranih kategorija, hipotetski se može spekulirati o uzročno-posljedičnoj povezanosti među njima, odnosno, moglo bi se zaključiti kako socijalna diskriminacija determinira razinu samostigmatizacije koja, pak, determinira samopouzdanost doživljaja *selfa*.

Navedena povezanost triju promatranih kategorija pokazala se također i u dosadašnjem istraživanju Linka i suradnika (Link i sur., 2001).

Isto tako dokazano je da programi i intervencije u društvo protiv diskriminacije neće biti djelotvorni ako ne uključe i komponentu podizanja samopouzdanja u bolesnika (Thornicroft i sur., 2009).

Prema dosadašnjim istraživanjima, samopouzdanost doživljaja *selfa* prikazan je kao suprotni pol u odnosu na samostigmatizaciju (Corrigan, 2002, Rappaport, 1987, Zimmerman i Rappaport, 1988, Hansson i Björkman, 2005). Na jednoj su strani ljudi koji nisu u stanju prevladati negativna očekivanja i stereotipe o psihičkim poremećajima. Oni imaju nisko samopouzdanje i malo povjerenja u budući uspjeh i samostigmatizirani su. Na drugoj su strani osobe s psihičkim poremećajem koje, unatoč svom poremećaju imaju visoko samopouzdanje i nisu pogođene stigmom iz svoje okoline. Umjesto toga čini se da im upravo stigma iz okoline daje energiju i osnažuje ih (Corrigan i sur., 1999, Rogers i sur., 1997).

Prema preliminarnim rezultatima GAMIAN-Europe Stigma Survey provedenim na zemljama istočne Europe, također je zapažena korelacija između samopouzdanog doživljaja *selfa* i samostigmatizacije, a percepcija diskriminacije izgleda da djeluje kao neovisni prediktor samostigmatizacije (Gauci i sur., 2009, Brohan i sur., 2010). Budući da je i u literaturi opisano kako su samopouzdanji doživljaj *selfa* i samostigmatizacija povezani na način da samostigmatizacija oslabljuje samopouzdanje doživljaj *selfa* i obratno (Hansson i Bjorkman, 2005), neki su istraživači predložili samopouzdanje doživljaj *selfa* kao *antidot* protiv samostigmatiziranosti (Wahl, 1999, Corrigan i sur., 2001, Corrigan, 2002). Nadalje, percepcija diskriminacije nije mjerilo samostigmatizacije sama za sebe, već više svjesnosti o postojanju stigme (Watson i River, 2005). Svjesnost o postojanju stigme važna je no ne i jedina komponenta samostigmatizacije (Watson i sur., 2007).

U jednom je istraživanju navedeno kako percepcija diskriminacije nije prediktor smanjenja samopouzdanja niti povećanja depresivnih simptoma te da je internalizirana stigma najutjecajniji negativni aspekt stigmatizirajućeg iskustva (Link i sur., 1991). Nekoliko empirijskih studija o osnaživanju pokazalo je da je samopouzdanje doživljaj *selfa* pozitivno povezan s percipiranom kvalitetom života (Rosenfield, 1992) i socijalnom podrškom (Rogers i sur., 1997), a negativno povezan s težinom psihijatrijskih simptoma (Corrigan i sur., 1999) i diskriminacijom (Hansson i Bjorkman, 2005).

88Iako se ne zna na koji način, odnosno preko kojih faktora samostigmatizacija utječe na samopouzdanje, u literaturi je pronađen podatak po kojem bi *Sram* mogao biti medijator putem kojeg će samostigmatizacija smanjiti samopouzdanje (Schmitz i sur., 2003, Tangney i Dearing., 2002, Link i sur., 2004).

Moguće je čak da se sram kao bolna emocija nastoji minimalizirati tako da se osoba povlači iz društva izbjegavajući situacije u kojima bi mogla osjetiti sram te radi toga ne traži niti pomoć za svoju duševnu bolest (Hayes i sur., 2004a, Hayes i sur. 2004b, Gilbert, 1998), pa bi se time moglo objasniti i kako stigma utječe na odbijanje ljudi da potraže pomoć u službama za mentalno zdravlje (Corrigan i Rüsch, 2002).

Povlačenje iz društva i tajenje bolesti kao strategija nošenja s bolešću vode do višeg stupnja tjeskobe i budućeg daljnjeg stigmatiziranja i smanjenja osnaživanja (Vauth i sur., 2007).

Nadalje, u dosadašnjim istraživanjima, upotrebom istog instrumenta za ispitivanje osnaživanja samopouzdanog doživljaja *selfa* (Rogers i sur., 1997) pokazalo se da razina osnaženosti ispitanika nije povezana sa socio-demografskim varijablama kao što su dob, spol, bračni status, obrazovanje, radni status i etnicitet, dok u rezultatima istraživanja ove disertacije, na razini svih analiziranih zemalja, značajno veću razinu samopouzdanja iskazuju ispitanici koji su u trenutku ispitivanja imali partnera. Isto tako, radno nesposobni te nezaposleni ispitanici iskazuju značajno manje razine samopouzdanja od zaposlenih i umirovljenih ispitanika. Na razini ispitanika iz Hrvatske, veću razinu samopouzdanja iskazuju ispitanici koji imaju bliskog člana obitelji, no nemaju bračnog partnera, ispitanici fakultetskog obrazovanja te oni koji su nezaposleni u odnosu na radno nesposobne.

Rezultate istraživanja ove disertacije potvrđuju i navodi istraživanja Wowra i McCartera (Wowra i McCarter, 1999), koji su na uzorku od 283 ispitanika iz SAD-a radili validaciju Rogersove skale i također, za razliku od Rogersa, utvrdili da, kao u ovom istraživanju na hrvatskom uzorku, zaposleni i fakultetski obrazovani ispitanici imaju više razine samopouzdanja. I istraživanja Wowre i Rogersa su, poput

istraživanja ove disertacije, pokazala da osobe s psihičkim poremećajem uglavnom pokazuju umjerene razine samopouzdanja, osim što su u ovome istraživanju ispitanici iz Grčke iskazali nisku razinu samopouzdanja.

Možda se navedene razlike mogu objasniti činjenicom da su ispitanici iz uzorka istraživanja ove disertacije bili iz europskih zemalja, a ne iz Amerike, te da je originalna skala sadržavala pet faktora čiji su se rezultati tumačili kao jedan, dok je pročišćena skala istraživanja ove disertacije prezentirana samo jednim faktorom, koji je mjerio dimenziju samopouzdanog doživljaja *selfa*.

Nadalje, dosadašnja istraživanja pokazuju da su osnaženiji (imaju više samopouzdanja) bolesnici iz zemalja koje imaju više stanovnika, no nije pronađena korelacija između razine osnaživanja bolesnika i troškova koje pojedina zemlja izdvaja za mentalno zdravlje po glavi stanovnika (Geller i sur., 1998). Razlog tome može biti u činjenici da se u većim populacijama pruža veća mogućnost formiranja civilnih udruga bolesnika, koje ih osnažuju na način da im pružaju potporu i lobiraju za njihova prava (Geller i sur., 1998).

Potvrđena je ili prihvaćena pretpostavka po kojoj se duševni bolesnici samostigmatiziraju, tj. imaju predrasude prema sebi jer su duševno bolesni, posebno oni ispitanici koji nemaju socijalne kontakte te koji su invalidni i umirovljeni. Upravo oni iskazuju umjerene razine samostigmatizacije, koje su više od razina samostigmatizacije ostalih kategorija ispitanika. No, za razliku od dosadašnjih istraživanja tvorca skale (Richter i sur., 2003), u čijem je uzorku čak trećina ispitanika pokazivala visoku razinu samostigmatizacije, u ovom uzorku ispitanici iskazuju niske i minimalne razine samostigmatizacije, s iznimkom Grčke, koja pokazuje umjerene razine samostigmatizacije.

Mnogo veći udio ispitanika iz Hrvatske pokazao je nisku i minimalnu razinu samostigmatizacije. Navedena razlika mogla bi se objasniti činjenicom da su ispitanici iz uzorka istraživanja ove disertacije bili korisnici programa civilnih udruga za zaštitu mentalnog zdravlja, što smanjuje samostigmatizaciju.

6.4. Pokušaj objašnjenja povezanosti triju percipiranih kategorija s ispitivanim socio-demografskim varijablama te usporedba s rezultatima dosadašnjih istraživanja

Budući da je prihvaćena hipoteza po kojoj su posljedice društvene stigmatizacije osoba s psihičkim poremećajem povezane sa socio-demografskim varijablama koje su ispitivane⁸⁸ (dijagnosticirani poremećaj, uvid u dijagnozu, dob početka liječenja, slaganje oboljelog s propisanom dijagnozom, stupanj obrazovanja, stupanj socijalne involviranosti - predstavljen različitim socijalnim kontaktima: partnerom, prijateljem, najboljim prijateljem, bliskim članom obitelji te radnim i stambenim statusom), pretraživanjem dostupne literature pokušala sam pronaći dosadašnja istraživanja koja potvrđuju ili ne govore u prilog rezultatima istraživanja ove disertacije, a što se prikazuje u nastavku rasprave.

U vezi sa sociodemografskom varijablom **spola ispitanika**, zanimljivo je kako, za

razliku od dosadašnjih istraživanja (Corrigan, 2007, Ersoy, 2007, Mann i Himelein, 2004) prema kojima žene lakše prihvaćaju, odnosno internaliziraju, stigmatu, u ovom istraživanju nije utvrđena statistički značajna razlika u razini samostigmatizacije između muškaraca i žena, kao niti razlika u razini samopouzdanja i percepcije socijalne diskriminacije između muških i ženskih ispitanika.

Dosadašnja istraživanja rodni razlika pokazala su da su žene najveća manjinska skupina u društvu te da, iako čine više od 50% stanovništva, nisu ravnopravne s muškarcima, ni u pravima, ni u mogućnostima, ni u privilegijama. Diskriminacija žena duboko je usađena u patrijarhalnu kulturu u kojoj živimo, obuhvaća čitav niz tipova i razina (Barada i Jelavić, 2004).

Također, iako je u literaturi dokazano da je spol jedan od najvažnijih čimbenika socijalne, ekonomske i političke neravnopravnosti (Norris, 1989), u ovom istraživanju muški i ženski ispitanici ne razlikuju se po razinama triju mjernih kategorija. Samostigmatiziraju se, dakle, u jednakoj mjeri, percipiraju podjednaku razinu socijalne diskriminacije i podjednako su samopouzđani. Budući da sam u istraživanju bila limitirana malim uzorkom ispitanika, izvedeni zaključak treba uzeti uvjetno, a objašnjenje zašto se muški i ženski ispitanici ne razlikuju po razinama triju mjernih kategorija, ostaje za buduća istraživanja.

U dosadašnjim istraživanjima pokazalo se da osobe koje boluju od psihotičnih poremećaja često nemaju **uvid u svoju bolest**, odnosno nisu svjesne od koje bolesti boluju (Amador i sur., 1991, David, 1990), što vodi do smanjene spremnosti na suradnju u liječenju (Bartko i sur., 1988, Cuffel i sur., 1996), slabijeg ishoda liječenja (Schwartz, 1998), slabijeg socijalnog funkcioniranja (Francis i Penn, 2001, Lysaker i sur., 1998, Olfson i sur., 2006) i problema na poslu (Lysaker i sur., 2002, Frank i sur., 1990). S druge strane, uvid u vlastitu bolest povezan je s višim stupnjevima disforičnog raspoloženja oboljele osobe (Amador i sur., 1994, Dixon i sur., 1998, Mintz i sur., 2003), smanjenog samopoštovanja (Warner i sur., 1989) i smanjene kvalitete života bolesnika (Hasson Ohayon i sur., 2006, Kravetz i sur., 2000, Moore i sur., 1999, O Mahony, 1982, Pyne i sur., 2001). Dosadašnja istraživanja također su pokazala da oni ispitanici koji imaju uvid u svoju bolest bolje funkcioniraju, no istodobno imaju i niže razine samopouzdanja. Ovaj paradoks vjerojatno nastaje stoga što uvidom u svoju bolest neki ispitanici istodobno i prihvaćaju svoju dijagnozu, a time prihvaćaju i društvene predrasude, iako socijalno mogu dobro funkcionirati budući da se liječe (Lysaker i sur., 2007). Drugim riječima, razina diskriminiranosti i stigmatiziranosti koju će osoba imati ako prizna svoju dijagnozu, ovisi o značenju koje ona pridaje toj dijagnozi (Lysaker i sur., 2006).

No, u literaturi je poznat i podatak da sam uvid u bolest i dijagnozu ne znači nužno da se bolesnik s njom slaže, a u istraživanju Ritshera i Lucksteda čak jedna trećina ispitanika znala je svoju dijagnozu, no s njom se nije slagala (Ritsher i Lucksted, 2000).

U istraživanju ove disertacije, također: na razini svih analiziranih zemalja, osobe koje imaju uvid u svoju dijagnozu, ali se s njom ne slažu te one koje boluju od psihotičnih poremećaja - iskazuju više razine percipiranog socijalnog obezvrjeđivanja i diskriminacije te manje razine samopouzdanja od osoba koje boluju od depresivnih i anksioznih poremećaja. Sve navedeno govori u prilog tezi po kojoj neprihvatanje dijagnoze ne smanjuje percepciju socijalne diskriminacije niti povisuje samopouzdanje, već dovodi do suprotnih posljedica.

Na razini ispitanika iz Hrvatske također je utvrđeno da ispitanici koji se ne slažu sa svojom dijagnozom u većoj mjeri percipiraju socijalno obezvređivanje i diskriminaciju, dok veću razinu samostigmatizacije i niže razine samopouzdanja izražavaju ispitanici koji boluju od depresivnih i anksioznih poremećaja u odnosu na one koji boluju od psihotičnih poremećaja.

Zatim, na razini hrvatskog poduzorka, istraživanje ove disertacije pokazuje da je slaganje s dijagnostificiranim poremećajem prediktor razine percepcije socijalne diskriminacije i obezvređivanja, i to tako da se u onih ispitanika koji se ne slažu sa svojom dijagnozom može očekivati da percipiraju veću razinu socijalne diskriminacije i obezvređivanja.

Nadalje, na razini svih analiziranih zemalja, u istraživanju ove disertacije očituje se trend, već dokazan u literaturi, po kojem su jače stigmatizirane osobe koje boluju od psihotičnih poremećaja nego one koje boluju od depresije (Mann i Himelein, 2004), dok je na razini hrvatskog uzorka uočena obrnuta pravilnost.

U studiji INDIGO, gdje je istraživana doživljaj diskriminacije, gotovo 70% ispitanika htjelo je zatajiti svoju dijagnozu (Thornicroft i sur., 2009). Postavlja se pitanje mogu li bolesnici koji nemaju uvid u svoju bolest dati relevantne odgovore glede stigmatizacije. Naime, ako smatraju da nisu bolesni ili se ne slažu s dijagnozom, onda nisu niti stigmatizirani niti primjećuju stavove okoline jer ne priznaju da su bolesni niti vide da s njima nešto nije u redu.

Lysaker (Lysaker i sur., 2006) navodi tri moguća ishoda, odnosno interakcije stigme: uvid u bolest, samopouzdanje te socijalno funkcioniranje. Naime, ako se stigma odbije, a bolest prihvati dobrim uvidom i visokim samopouzdanjem, doći će do bolje prilagodbe na bolest i boljeg socijalnog funkcioniranja. Ako se i stigma i bolest prihvate, ali je osoba slabog samopouzdanja, ona će se dobro adaptirati na bolest, no lošije će socijalno funkcionirati. U zadnjem slučaju, ako se stigma prihvati, a bolest se ne prihvati, odnosno ako bolesnik nema uvid da je bolestan, a istodobno ima visoko samopouzdanje, to će voditi do lošije prilagodbe na bolest i lošijeg socijalnog funkcioniranja (Lysaker i sur., 2006).

Prema rezultatima istraživanja 'Globalnog opterećenja bolestima', koje su objavile Svjetska zdravstvena organizacija i Svjetska banka, a uzimajući kao pokazatelj opterećenja bolešću komponentu godina života s disabilitetom, tj. onesposobljenošću (years lived with disability - YLDs), u procjenama za 2000. godinu među 10 najčešćih uzroka nalaze se čak četiri iz skupine mentalnih poremećaja. Istraživanje ove disertacije pokazuje da je, s **obzirom na radnu strukturu**, svega 28% ispitanih u trenutku ispitivanja bilo zaposleno, 26% umirovljeno, dok je 23% ocijenjeno kao nesposobno za rad. Među analiziranim zemljama najveći postotak zaposlenih zabilježen je u Italiji (49%) i Hrvatskoj (38%), dok je najveći postotak umirovljenika zabilježen u Finskoj (57%) te Rumunjskoj (45%). Najveći postotak radno nesposobnih zabilježen je u Poljskoj (49%), a najveći postotak studenata u Grčkoj (11%).

Dakle, u kontekstu uzorka istraživanja ove disertacije nije potvrđena pretpostavka po kojoj bi u tranzicijskim zemljama (Sloveniji, Hrvatskoj, Rumunjskoj i Poljskoj) bile manje razine samopouzdanja i više razine diskriminacije, budući da u društvima zaokupljenim materijalnom oskudicom dominiraju vrijednost preživljavanja i usmjerenost na gospodarski razvoj, dok u društvima etablirane demokracije (Italija,

Finska) dominiraju vrijednosti samoostvarenja i kvalitete života (Matković, 2006).

Ipak, potvrđena je pretpostavka po kojoj su tri promatrane kategorije (razina samostigmatizacije, percipirane diskriminacije te samopouzdanja) povezane s ispitivanim sociodemografskim varijablama, i to s onim varijablama koje čine neke od pokazatelja za praćenje socijalne isključenosti - radnog prostora (nezaposlenost i nesudjelovanje na tržištu rada) i sociokulturnog prostora (socijalna izoliranost i manjak socijalnih kontakata) (Štulhofer, Matković, 2006), među kojima se socijalna isključenost održava kao u začaranom krugu (Gallie i sur., 2003, UNDP, 2006).

Glede prvog pokazatelja praćenja socijalne isključenosti - sudjelovanje na tržištu rada, na razini svih analiziranih zemalja utvrđeno je da radno nesposobni i nezaposleni ispitanici iskazuju značajno više razine samostigmatizacije, dok je na razini hrvatskog uzorka utvrđena veća razina samostigmatizacije kod invalidnih i umirovljenih ispitanika.

U literaturi postoje navodi po kojima su nezaposlene osobe oboljele od psihičkog poremećaja - dvostruko stigmatizirane, ne samo jer su bolesnici već i zato jer su nezaposleni (Becker i sur., 2005; Ackerman i sur., 2005; Morgan, 2005; Marrone i sur., 2005).

Nadalje, vezano za zaposlenost i razinu samopouzdanja ispitanika, dosadašnja istraživanja pokazuju da su ispitanici koji su zaposleni u značajno većoj mjeri samopouzđani (Wowra i McCarter, 1999), što potvrđuju i rezultati istraživanja ove disertacije, prema kojima zaposleni ispitanici također imaju najviše razine samopouzdanja.

Isto tako, na razini hrvatskog poduzorka istraživanja ove disertacije utvrdilo se kako je radni status statistički značajan prediktor razine samostigmatizacije i razine samopouzdanja ispitanika. Pri tome, invalidnim i umirovljenim osobama, za razliku od ostalih radnih kategorija, predviđa se veća razina samostigmatizacije i manja razina samopouzdanja.

Radi pretvaranja koncepta socijalne isključenosti u mjerljiv instrument, EU je 2001. godine prihvatila prvi skup pokazatelja za praćenje socijalne isključenosti, poznatih kao laekenski pokazatelji. Riječ je o pokazateljima koji pokrivaju četiri dimenzije socijalne isključenosti: financijsko siromaštvo, zaposlenost (tržište rada), zdravlje i obrazovanje (Bejaković, 2009). Glede **obrazovanja**, dosadašnja istraživanja pokazuju da ispitanici fakultetskog obrazovanja iskazuju značajno više razine samopouzdanja (Wowra i McCarter, 1999), što pokazuju i rezultati hrvatskog uzorka iz istraživanja ove disertacije, pri čemu najviše razine samopouzdanja iskazuju fakultetski obrazovani ispitanici.

S obzirom na treći pokazatelj praćenja socijalne isključenosti (socijalnu izoliranost - nedostatak socijalnih kontakata), u istraživanju ove disertacije najveći broj ispitanih u trenutku ispitivanja bio je socijalno involviran, odnosno imao je **prijatelja** (74%), **najboljeg prijatelja** (64%) te **bliskog člana obitelji** (71%).

U svakoj je pojedinoj zemlji uočena identična činjenica - s iznimkom Grčke, u kojoj najveći broj ispitanika u trenutku ispitivanja nije imao najboljeg prijatelja (57%) - s dosadašnjim istraživanjima koja su pokazala da duševni bolesnici imaju vrlo malo prijatelja ili nemaju prijatelje jer su diskriminirani radi psihičkog poremećaja te da bolesnici teško sklapaju ili zadržavaju prijateljstva (Thornicroft, 2009).

Ovakvo dobra socijalna mreža u ispitanika naizgled je u suprotnosti s rezultatom da

su ispitanici većinom nezaposleni, no ovi su nalazi usporedivi s onima Paugama i Russela (Paugam i Russel, 2000), koji, doduše, ne govore o duševno oboljelim osobama, no koji u raznim europskim zemljama nalaze istu, pa i višu razinu umreženosti kod nezaposlenih osoba nego kod zaposlenih (Gallie i sur., 2003; Barbieri i sur., 2000). Ovo je posebno slučaj s mediteranskim zemljama, što bi sugeriralo slabo izraženu vezu između pokazatelja socijalne izoliranosti (socijalnog kontakta) i ostalih dimenzija isključenosti, a na što upućuju i druga istraživanja (Gallie u sur., 2003; Heady i Room, 2002), a možda je riječ i o kulturnoj specifičnosti.

Naravno, postavlja se pitanje (Matković, 2006) kakva je kvaliteta tih društvenih mreža, odnosno služe li one ponajprije potpori, sežući u blisku okolinu prijatelja sličnog statusa (*bonding*), ili su u pitanju kontakti koji mogu otvoriti nove prilike i resurse (*bridging*). Ako je posrijedi ono prvo, onda ovakva umreženost, premda korisna u življenju i preživljavanju, vjerojatno neće voditi izlasku iz statusa siromaštva (Matković, 2006).

Analiza hrvatskog poduzorka istraživanja ove disertacije utvrdila je kako je postojanje socijalnog kontakta u obliku prijatelja i najboljeg prijatelja prediktor razine samostigmatiziranosti te razine samopouzdanja, tako da se može očekivati da se oni ispitanici koji nemaju prijatelja i najboljeg prijatelja u većoj mjeri samostigmatiziraju, kao i da će oni bez prijatelja i najboljeg prijatelja imati manje samopouzdanje. Ne samo da je socijalni kontakt, kao jedan od pokazatelja socijalne isključenosti, povezan s razinama samostigmatizacije i samopouzdanja već je i prediktor tih razina.

Nadalje, istraživanje ove disertacije pokazuje kako je bračni status, odnosno veza s bračnim drugom ili partnerom (što je jedan od pokazatelja socijalne uključenosti), prediktor razine percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije te razine samopouzdanja. Dosadašnje istraživanje pokazalo je da bolesnike bračni drug često ostavlja te da zbog duševne bolesti bolesnici teže nalaze partnera i lakše ga gube (Thara i sur., 2003).

Dok u poljskom, grčkom te slovenskom poduzorku najveći broj ispitanih nije u trenutku ispitivanja imao partnera/bračnog druga, u hrvatskom, rumunjskom, finskom te talijanskom poduzorku najveći je broj ispitanih u trenutku ispitivanja imao partnera/bračnog druga.

U studiji INDIGO, koja je istraživala doživljaj diskriminacije, dokazano je da gotovo pola ispitanika doživljava diskriminaciju tijekom nalaženja partnera (Thornicroft i sur., 2009).

Jedno od objašnjenja averzije prema sklapanju poznanstva sa stigmatiziranimima mogla bi biti teorija pravednosti, po kojoj se fizička privlačnost temelji na načelu da "ljudi dobivaju ono što misle da zaslužuju u životu" (Pennington, 1997), što je u skladu s ponašanjima: stigmatizirani upoznaje stigmatiziranog, a 'normalni' 'normalnog'.

Nedostatak bračnog druga/partnera, odnosno veća percepcija diskriminacije i obezvređivanja kod onih ispitanika koji imaju partnera, utvrđena u ovom istraživanju, mogla bi se objasniti navodima u literaturi, po kojima je život uz duševnog bolesnika velik teret i stres za obitelj, a posebno za bračnog partnera (Perlick i sur., 2007, Wolff i sur., 2006, Schulze i Rössler, 2005, Gruber i sur., 2006, Gruber i sur., 2007, Gruber i sur., 2009, Van Dorn i sur., 2005, Buizza i sur., 2007).

Koristi od socijalne podrške i kontakata detaljno su dokumentirane (Cohen & Wills, 1985; Kessler, Price, & Wortman, 1985; Thoits, 1995; Turner & Turner, 1999). No, neka su ispitivanja pokazala kako dobivanje socijalne podrške nije uvijek od pomoći jer ponekad izaziva ovisnost, osjećaj neuspjeha i bespomoćnosti te stres u onoga tko

podršku pruža (Barrera, 1986).

Druga su istraživanja pokazala da su koristi socijalnog kontakta povezane s davanjem, a ne s primanjem pomoći (Brown, Nesse, Vinokur, & Smith, 2003; Roberts et al., 1999), i to tako da se, pomažući drugima, duševni bolesnik osjeća kompetentnim i socijalno korisnim (Riessman, 1965; Skovholt, 1974; Taylor & Turner, 2001).

Nadalje, psihosocijalni čimbenici prisutnosti ili nedostatka socijalne i emocionalne podrške povezani su sa suicidalnim rizikom oboje osobe (Kutcher i Chehil, 2007). Istraživanja su pokazala da socijalna podrška smanjuje rizik od suicida, a nedostatak socijalne podrške - kad bolesnik živi sam ili se socijalno izolira, povećava rizik od suicida. Zaštitni faktor od suicida jest brak. No, konfliktni brakovi i zlostavljanje moraju se uzeti u obzir, jer oni povećavaju rizik od suicida. Poznato je da je stopa suicida među neoženjenima dva puta veća nego među oženjenim bolesnicima, dok je stopa rastavljenih, odvojenih ili udovica četiri puta veća nego među udanim bolesnicima (Kutcher i Chehil, 2007).

6.5. Ograničenja studije

Glavno ograničenje studije jest karakter uzorka. Uzorak je prigodan te ni na koji način ne može biti korišten za generalizaciju podataka. Naime, istraživanje ove disertacije dio je paneuropskog projekta organizacije GAMIAN-Europe, pod nazivom „GAMIAN Stigma survey“, pokrenutog 2007. godine u 20 europskih zemalja. Samim time autorica disertacije nije mogla utjecati na izbor mjernih instrumenata kao niti na izbor sociodemografskog seta korištenih varijabli.

Nadalje, podatke koji su interpretirani, osim autora disertacije prikupljali su stručnjaci volonteri, članovi nevladinih udruga za duševne bolesnike, istodobno u Hrvatskoj i u 6 europskih zemalja (Grčkoj, Finskoj, Poljskoj, Rumunjskoj, Sloveniji i Italiji), te se veći dio prikupljanja podataka odvijao izvan kontrole autora ove disertacije.

Veličina uzorka i činjenica da je riječ o istraživanju stanja u danom trenutku a ne u dužem razdoblju, ograničuje valjanost procjena i onemogućuje dinamičku analizu. Osim toga, budući da se istraživanje temelji na samoiskazima ispitanika, nema objektivnih pokazatelja.

Nadalje, važno ograničenje studije jest i uvid osoba s psihičkim poremećajem u vlastitu bolest. Uvid u poremećaj multidimenzionalna je kategorija koja uključuje svjesnost osobe o tome da pati od psihičkog (a ne tjelesnog) poremećaja, kao i priznanje potrebe za medicinskim liječenjem tog poremećaja, potrebe za prihvaćanjem liječenja i spremnost na suradnju u liječenju (David, 1990, Surguladze i David, 1999). Istraživanje je pokazalo da je najveći broj ispitanih imao uvid u svoju dijagnozu (75%) te se slagao s njom (61%), a navedeni je trend karakterističan za sve analizirane zemlje, s iznimkom Grčke, u kojoj najveći broj ispitanih (77%) izražava neslaganje s propisanom dijagnozom. Najvećem je broju ispitanih dijagnosticiran određen oblik psihotičnog poremećaja (52%), ili određen oblik depresije ili anksioznih poremećaja (43%), dok je tek kod 5% ispitanih dijagnosticiran neki drugi poremećaj (ovisnosti, poremećaji osobnosti, epilepsija). No, dosadašnja su istraživanja pokazala da je nedostatak uvida u vlastitu bolest čest u osoba koje boluju od psihotičnog poremećaja (Amador i sur., 1994), a u studiji INDIGO, gdje je istraživani doživljaj diskriminacije također na uzorku osoba s psihičkim poremećajem, gotovo 70% ispitanika htjelo je zatajiti svoju dijagnozu (Thornicroft i sur., 2009). Zatim, iduće je ograničenje vezano na klasifikaciju poremećaja odnosno verificiranu dijagnozu ispitanika. Iako

su u ispitivanje uključene osobe sa psihičkim poremećajem, koje imaju verificiranu dijagnozu od stručnjaka i u kontinuiranom su izvanbolničkom te povremenom hospitalnom tretmanu, ovi ispitanici iskazuju raznolike odgovore, a neki se i ne slažu s postavljenim dijagnozama, što dovodi do problema u klasifikaciji odnosno interpretaciji rezultata vezanih za medicinsku klasifikaciju. Naime, ovo se ispitivanje temeljilo na samoiskazima ispitanika na pitanje o saznanjima o klasifikaciji vlastitog psihičkog poremećaja, odnosno "o svojoj dijagnozi". U takvim uvjetima, radi jedine moguće interpretacije rezultata i komparacije kao i statističke obrade, dijagnoze su s obzirom na medicinsku klasifikaciju grupirane u tri skupine: a) skupinu dijagnoza psihotičnih poremećaja, b) skupinu dijagnoza depresivnih i anksioznih poremećaja te c) ostalu skupinu dijagnoza koje su obuhvaćale neurološke bolesti, bolesti ovisnosti i poremećaje osobnosti. Sasvim je sigurno ovakav proizvoljni način klasificiranja ograničio rezultate istraživanja. Ne valja naglasiti da je u odnosu na realitet provedbe bio i jedino moguć.

I dosadašnja istraživanja su pokazala da bolesnici imaju vlastita objašnjenja svog psihičkog poremećaja (Perkins, 1993, Johnson 1995), koja ne prate medicinske klasifikacije (Surguladze i David, 1999), sve do toga da neki autori predlažu model u kojem bolesnici sami objašnjavaju svoju bolest (Bech-Sander, 1998) u odnosu na medicinski model i klasifikacije. U dosadašnjim istraživanjima također se pokazalo da samo saznanje bolesnika o dijagnozi ne znači nužno da se bolesnik s njom slaže, a u istraživanju Ritshera i Lucksteda čak jedna trećina ispitanika znala je svoju dijagnozu, no s njom se nije slagala (Ritsher i Lucksted, 2000). U svakom slučaju, stručnjaci trebaju biti svjesni bolesnikova objašnjenja vlastitog poremećaja koji ne prati suvremene medicinske klasifikacije (Surguladze i David, 1999), a također se mora uzeti u obzir i dosad dokazana korelacija između uvida u bolest i depresivnosti kod osoba s depresivnim poremećajem, jer su istraživanja pokazala da je jačanje simptoma depresivnosti povezano s povećanjem uvida u depresivne simptome (Sanz i sur. 1998), što je, nadalje, u skladu i s konceptom depresivnog realizma (Alloy i Abramson, 1988). On implicira da u nekim slučajevima depresija kao bolest može proizaći iz prevelikog uvida u neodgovarajuće životne prilike. U svakom slučaju, faktori koji utječu na uvid u poremećaj posebno u osoba s psihotičnim poremećajem, a i onih s depresivnim poremećajem, ostaju za buduća istraživanja.

Kao ograničenje ovog istraživanja postavlja se pitanje mogu li bolesnici koji nemaju uvid u svoju bolest, odnosno ne navode svoju dijagnozu, ili se s njom ne slažu, dati relevantne odgovore glede stigmatizacije. Naime, ako smatraju da nisu bolesni ili se ne slažu s dijagnozom, onda nisu niti stigmatizirani niti primjećuju stavove okoline, jer ne priznaju da su bolesni niti vide da s njima nešto nije u redu, tj. osobe odbijaju stigmu jer se to na njih ne odnosi. Lysaker (Lysaker i sur., 2006) navodi tri moguća ishoda, odnosno interakcije stigme: uvid u bolest, samopouzdanje te socijalno funkcioniranje. Naime, ako se stigma odbije, a bolest prihvati dobrim uvidom i visokim samopouzdanjem, doći će do bolje prilagodbe na bolest i boljeg socijalnog funkcioniranja. Ako se i stigma i bolest prihvate, ali je osoba slabog samopouzdanja, ona će se dobro adaptirati na bolest, no lošije će socijalno funkcionirati. U zadnjem slučaju, ako se stigma prihvati, a bolest se ne prihvati, odnosno ako bolesnik nema uvid u to da je bolestan, a istodobno ima visoko samopouzdanje, to će voditi do lošije prilagodbe na bolest i lošijeg socijalnog funkcioniranja (Lysaker i sur., 2006). Također su dosadašnja istraživanja pokazala i da nije nužno da bolesnik potpuno prihvati dijagnozu svog poremećaja, već je za uspješnost liječenja važniji dobar terapijski učinak i povlačenje simptoma bolesti (Amador i Seckinger, 1997).

Još jedno ograničenje studije jest i nejednaka težina bolesti koje se nalaze u različitim uzorcima i koje utječu na rezultat. Primjerice, u zemlji u kojoj uzorak čine većinom osobe koje boluju od depresije može se pokazati različita razina samostigmatizacije nego u zemlji u kojoj uzorak čine ispitanici većinom oboljeli od shizofrenije.

Također, pitanje je koliko je upotreba klasifikacija poremećaja prema sustavu DSM IV kulturološki usklađena, odnosno klasificira li se, na primjer, bipolarni afektivni poremećaj drukčije u različitim državama. Negdje se može klasificirati kao depresija ili kao psihoza (Escobar, 2006), pa je uvijek otvoreno pitanje kroskulturalne pouzdanosti postavljanja dijagnoza (Westermeyer, 1987).

Nadalje, iako je procedura prijevoda upitnika s engleskog jezika na jezik svake zemlje provedena prema propisu, što dokazuju prihvatljivi stupnjevi interne konzistencije svake skale, istraživanje je limitirano činjenicom da unutar zemalja, zbog različitog stupnja naobrazbe ili društvenog sloja kojem pripadaju, ispitanici možda nisu razumjeli neka pitanja, s obzirom na to da je istraživanje izvršeno putem upitnika.

Na rezultate ovog istraživanja utječe i činjenica da su vjerojatno u istraživanju sudjelovali bolesnici višeg stupnja obrazovanja i većih akademskih vještina, a oni manjeg stupnja obrazovanja, koji ne znaju ili ne mogu pisati, nisu ni obuhvaćeni istraživanjem, jer ankete nisu ispunili ili su ih ispunili djelomično.

Nadalje, ograničenje ovog istraživanja, s obzirom na to da je ono obuhvaćalo tek snimku trenutačnog stanja ispitanika, odnosi se na nemogućnost mjerenja dinamike socijalne isključenosti, odnosno trajnosti stanja (isključenosti ili uključenosti) u kojemu smo zatekli ispitanike.

6.6. Praktične implikacije rezultata dobivenih na ispitanicima hrvatskog poduzorka i relevantnost u odnosu na dosadašnja istraživanja

Korišteni instrumenti mogli bi biti korisni i za buduće analize ispitanika, posebno u Hrvatskoj. Naime, radi analize specifično hrvatskih podataka, sva tri instrumenta podvrgnuta su faktorskoj analizi, uzimajući u obzir samo poduzorak ispitanika iz Republike Hrvatske. Prema dobivenim faktorskim solucijama konstruirane su tri aditivne ponderirane skale.⁸⁹ Svaka je pojedina skala sastavljena od onih čestica koje saturiraju referentnu statistički značajnu latentnu dimenziju. Skalni su rezultati dobiveni množenjem vrijednosti svake čestice s referentnim joj faktorskim opterećenjem na latentnu dimenziju te zbrajanjem tako dobivenih vrijednosti svih čestica referentne dimenzije. Prijedlog skale za buduća istraživanja na hrvatskoj populaciji prikazan je u prilogu (prilog 16, prilog 17, prilog 18).

Poseban cilj disertacije bio je specifičan za Republiku Hrvatsku - utvrditi koje socio-demografske varijable predstavljaju statistički značajne prediktore: razine percepcije socijalnog obezvređivanja i diskriminacije, razine sampouzdanog doživljaja *selfa* te razine samostigmatizacije ispitanika.

Tako, primjerice, za one ispitanike koji nemaju prijatelja ni najboljeg prijatelja te za invalide i umirovljene osobe, očekujemo da će biti jače samostigmatizirane i manje samopouzdate. Zatim, za one ispitanike koji imaju partnera/bračnog druga očekujemo da će imati manje samopouzdanje te da će u većoj mjeri socijalnu okolinu percipirati kao diskriminirajuću i obezvređujuću.

U većoj mjeri će socijalnu okolinu percipirati kao obezvređujuću i diskriminirajuću i

oni ispitanici koji su liječenje započeli nakon 25. godine života te oni koji se ne slažu sa svojom dijagnozom.

Potvrđena je pretpostavka po kojoj su statistički značajni prediktori triju promatranih kategorija istodobno i neki od već dokazanih pokazatelja socijalne isključenosti osoba s psihičkim poremećajem.

Dakle, da bismo smanjili samostigmatizaciju i percepciju socijalne diskriminacije i obezvjeđivanja te povećali samopouzdanje ispitanika, kao i da bismo prevenirali ili smanjili isključenost bolesnika iz društva, trebalo bi raditi na intervencijama koje će **povećati socijalni kontakt ispitanika** (stjecanje i zadržavanje prijatelja i najboljeg prijatelja te bliskog člana obitelji), **zaposliti ili održati zaposlenost** ispitanika te **postići bolje razumijevanje i manju percepciju diskriminacije bolesnika od njegova bračnog druga/partnera**. Nadalje, važno je **rano otkrivanje prvih znakova psihičkih poremećaja** kako bi se bolesnik što ranije počeo liječiti, raditi na spremnosti bolesnika na suradnju u liječenju te približiti bolesniku njegovu bolest **da prihvati svoju dijagnozu bez stigme**.

6.7 Prijedlozi intervencija prema potrebama s obzirom na rezultate istraživanja

Prijedlog intervencija za povećanje socijalnih kontakata ispitanika

U vezi s povećanjem socijalnih kontakata bolesnika dosadašnja su istraživanja pokazala da najjači dokaz za intervenciju protiv stigme i diskriminacije ide u prilog direktnom socijalnom kontaktu s oboljelim na individualnoj razini te socijalnom marketingu na populacijskoj razini (Thornicroft i sur., 2008). Nadalje, dokazano je da samostigmatizacija značajno utječe na oporavak osobe koja boluje od psihičkog poremećaja (Ritsher, 2004). Autori dosadašnjih istraživanja smatraju kako je potreban antidot protiv otuđenja, koji smanjuje samostigmatizaciju. Antidot su, prema Ritsher (Ritsher, 2004), interpersonalni angažman, prijateljstvo, grupe potpore i podržavajuće zapošljavanje ili učinak liječenja psihoterapijskog saveza. Osobe s psihičkim poremećajem moraju dobiti poruku da nisu same (Ritsher, 2004). Nadalje, neke teorije navode da je kroničnost psihičkih poremećaja zapravo kulturalni artefakt, pa se postavlja pitanje možemo li drukčijom organizacijom psihijatrijske službe, odnosno promjenom kulturalnih vjerovanja i praksom koja minimalizira socijalnu stigmu i bolesnikova uživanja u „ulogu bolesnika“, povezati s boljom prognozom (Lefley, 1990)?

Poticanje socijalne podrške bolesnicima može imati pozitivan učinak jer već su prijašnja istraživanja (Belle, D. 1989, Pećnik, 2003) utvrdila da je socijalna podrška značajan medijator učinaka stresnih događaja. To ne znači da će socijalna podrška poništiti neki stresni životni događaj koji se dogodi bolesniku, već da će bitno utjecati na njegovu percepciju (Kregar, 2004). Prema hipotezi o «učinku odbojnika» (Pećnik, 2003), socijalna podrška utječe na procjenu stresne situacije na dva načina. Manje je vjerojatno da će osoba koja u svojoj okolini percipira visoku «količinu» socijalne podrške određenu situaciju procijeniti stresnom nego osoba koja u svojoj okolini percipira manju «količinu» socijalne podrške. Usto, socijalna podrška može intervenirati između doživljavanja stresa i odgovora na stresnu situaciju. Drugim riječima, kad su nam na raspolaganju druge osobe koje će ponuditi svoja rješenja, viđenja i interpretaciju situacije, vjerojatnije je da će odgovor na stresnu situaciju slabiti.

No, istraživanja su pokazala da je identifikacija sa širom grupom osoba koje imaju identitet stigmatiziranih - ključna varijabla koja utječe na odgovor osobe na stigmatu iz okoline (Frable i sur., 1997, Camp i sur., 2002).

S jedne strane, osobe koje pripadaju grupi stigmatiziranih mogu internalizirati negativne tvrdnje koje se odnose na tu grupu. S druge strane, osobe koje razvijaju pozitivan identitet kao članovi koji pripadaju toj grupi, razvit će pozitivne percepcije i doživljaje sebe (Porter i Washington, 1993, Tajfel, 1978) jer su dobile socijalnu podršku (Mueller i sur., 2006).

Različiti psihosocijalni postupci mogu pomoći stvaranju pozitivnog doživljaja sebe; tako, primjerice, može pomoći trening socijalnih vještina kao psihosocijalni postupak posebno strukturiran u odnosu na potrebe osoba s psihičkim poremećajima, a koje su socijalno disfunkcionalne te imaju cijeli niz poteškoća pri ostvarivanju samostalnog života, počevši od brige o sebi do interakcije s ljudima (Bellack i sur., 1997).

Jačanje civilnog sektora i osnivanje NGO-a pomoći će osnaživanju bolesnika (WHO, 2006). Naime, u literaturi se osnaživanje povezuje s funkcijom, odnosno misijom grupa i programa samopomoći koje formiraju sami bolesnici u obliku udruga (Chamberlin, 1990, Segal i sur., 1993, Chamberlin i sur., 1996).

Osim toga, postavlja se pitanje na koji način zdravstveni radnici mogu pomoći u osnaživanju bolesnika (Freund, 1993, Orear i sur., 1990, Ellison, 1996, Rapp i sur., 1993, Rosenfield i Neese-Todd, 1993).

Prema istraživanjima, hrvatski su građani slabo uključeni u veći broj civilnih organizacija (Črpić, Rimac, 2000), a razina društvenog kapitala u Hrvatskoj je niska (Štulhofer, 2001). Razumljivo je da socio-kulturalni okvir zemlje s polustoljetnim iskustvom totalitarizma i državnom ekonomijom ne potiče samoorganizaciju građana (Štulhofer, 2003) te da građani koji su uključeni u organizacije civilnog društva nisu zbog toga u društvu dovoljno cijenjeni, a prema javnom mnijenju - svaki se dobrovoljni rad u Hrvatskoj smatra gubitkom vremena, uza sumnju da tu netko potajice profitira, jer je u siromašnom društvu svaki osobni angažman koji ne donosi izravnu osobnu korist prezren (Bežovan, 2004).

Unatoč tome, trebalo bi poticati osnivanje udruga civilnog društva i udruživanje bolesnika, jer je to dokazano najbolji dio programa borbe protiv stigmatizacije (Aromaa i sur., 2009), što se pokazalo i u Finskoj, gdje je većina ispitanika smatrala da prema bolesnicima treba držati socijalnu distancu i da su sami krivi za bolest. Tako su načelo osnaživanja bolesnika i intervencije za uključivanje u društvo ključni u formulaciji rehabilitacije, a strategije i programi koji potiču osnaživanje uključuju modele rehabilitacije na načelu klubova, grupa samopomoći, upošljavanja korisnika u samom sustavu liječenja, aktivnu participaciju bolesnika u istraživanjima, planiranju organizacije službe i aktivnostima lobiranja (www.sretnaobitelj.odlican.net).

Nadalje, da bi se bolesnici koji boluju od kroničnih duševnih bolesti mogli snaći u zajednici, treba provesti program rehabilitacije koji je u njihovu slučaju kombiniran i intenzivan, odnosno prilagođen svakom bolesniku posebno, zbog čega se i u Hrvatskoj uvodi koncept tzv. „case managera“ (Solomon i Draine, 1994, Manning i Suire, 1996, Gruber i sur., 2008), odnosno menadžer bolesnikova slučaja - osoba koja za bolesnika određuje program i ciljeve te procjenjuje njegove potrebe, što mu pomaže da se snađe u rascjepkanom sustavu ponude različitih sadržaja i posebnostima svojih potreba nakon otpusta iz bolnice, te ga na taj način sprečava da ponovno biva na čestim bolničkim liječenjima (Gruber, 2007). „Case manager“ također procjenjuje i potrebe članova obitelji bolesnika kako bi ih prema potrebi uključio u tretman (Gruber, 2006), a vrši i procjenu rizika kojima je bolesnik izložen,

uključujući i rizik od samoozljeđivanja.

Prijedlog intervencija za zapošljavanje i održavanje zapošljavana bolesnika

Što se tiče zapošljavanja bolesnika, budući programi za osobe s psihičkim poremećajem u Hrvatskoj trebali bi biti usmjereni na zapošljavanje, koje je, kako sam utvrdila, prediktor većeg samopouzdanja i manje samostigmatizacije bolesnika.

Zapošljavanje bi uz povećanje samopouzdanja dovelo i do bolje ekonomske situacije te smanjilo socijalne probleme ovih osoba. Nadalje, dokazano je da, ako se osobu dobro motivira, ona usprkos poremećaju može i treba samostalno privređivati, a ako joj se pomogne u nalaženju adekvatnog zaposlenja - to može rezultirati većim zadovoljstvom i manjim osjećajem diskriminacije (McQuilken i sur., 2003). Službe u zajednici, poput Centara za socijalnu skrb, Zavoda za zapošljavanje ili Zavoda za zdravstveno osiguranje, trebale bi bolje komunicirati međusobno i biti osviještenije o problematici zapošljavanja, odnosno invaliditeta te različitih oblika socijalne pomoći, beneficija, zaštitnih radionica ili nekog oblika financijske neovisnosti osoba s psihičkim poremećajem kako bi se te osobe lakše uklopile i osjetile pripadnost svojoj zajednici (Depla i sur., 2005). Iako osobe s psihičkim poremećajem dobivaju državne beneficije u obliku bolovanja, socijalne pomoći ili prijevremene invalidnosti i mirovine, na taj način su limitirane i nisu motivirane da rade i povećavaju prihode, jer im se „više isplati“ korištenje beneficija (Sayce, 2007). Oni će raditi jedino ako mogu zadržati svoje beneficije.

Načelo koje provodi Rumunjska moglo bi se primijeniti i na Hrvatsku kako bi se povećala razina samopouzdanja naših bolesnika. U Rumunjskoj je zakonski omogućen rad uza zadržavanje invalidnine.

Prihod koji Rumunjski bolesnici ostvaruju naziva se „prihod za onesposobljene“. Sličan oblik zapošljavanja u Hrvatskoj provodi Udruga za osobe s intelektualnim poteškoćama, „INKLUZIJA“, koja ima programe zapošljavanja u sklopu psihosocijalne rehabilitacije iako su osobi oduzete radna i poslovna sposobnost, a svoje korisnike zapošljava na prilagođenim, no normalnim radnim mjestima - što je i dokazano najbolji oblik zapošljavanja (Buizza i sur., 2009). Sličan oblik „zaštićenog zapošljavanja“ postoji i u Italiji, gdje se nakon jednogodišnje evaluacije programa pokazalo da je najbolji učinak postignut direktnim angažmanom, odnosno učenjem na radnom mjestu umjesto formalnim oblikom edukacije bolesnika za zapošljavanje (‘u školskim klupama’), uz konstantne intervencije osobnih asistenata - zaposlenih osoba koje im pomažu prije zapošljavanja i poslije njega (90% Buizza i sur., 2009). Istodobno, zaštitne radionice za zapošljavanje, primjer čega vidimo u Poljskoj, mogu biti i loše plaćene i ne kotiraju dobro na tržištu rada. Posao koji bolesnici tamo rade degradira ih, a istodobno izgube pravo na invalidninu, koja je često veća od plaće koju mogu zaraditi u takvim radionicama. Stoga im se, naravno, ne isplati raditi (Sayce i Curran, 2007).

U novije se vrijeme problemi društvene odgovornosti gospodarstva u zemljama EU-a postavljaju na široj osnovi. U suradnji s Europskom komisijom, Europska mrežna kompanija za socijalnu koheziju usvojila je Europsku deklaraciju kompanija protiv isključenosti. Kompanijama se preporučuje da, radeći u suradnji s drugim sektorima i organizacijama, promiču otvaranje novih radnih mjesta i pridonose socijalnoj integraciji u nerazvijenim područjima te brinu o marginalnim skupinama (Partners in Corporate Initiatives, 1997). Socijalno poduzetništvo je kombinacija žudnje za ostvarivanjem socijalne mreže s imidžom poslovnog svijeta (Dees i Anderson, 2006). Socijalnim problemima se pristupa na poduzetnički način. Socijalno poduzetništvo

proizvodi dobra i usluge na trajnoj osnovi u djelatnostima, primjerice, socijalne integracije duševno oboljelih koji ispadaju s tržišta rada i gdje nije moguće razviti gospodarsko-tržišnu djelatnost, a za razliku od javno-državnog sektora, socijalno poduzetništvo pretpostavlja značajan gospodarski rizik i nije uvijek moguće povući jasnu granicu između djelovanja za opće dobro i tržišne koristi same organizacije (Defourny, 2001).

Prijedlog intervencija za postizanje boljeg razumijevanja i manje diskriminacije bolesnika od njegova bračnog druga/partnera

Činjenica jest da je obiteljska potpora ona kulturalna vrijednost koja može djelovati kao medijator tijeka nekog duševnog poremećaja (Lefley, 1990). No, provedba reforme psihijatrije i nasilno inzistiranje na liječenju bolesnika u njegovoj obitelji u zajednici, kako bi se spriječila institucionalizacija, ne mora nužno značiti da će se na taj način smanjiti stigma i diskriminacija (Schomerus, 2006). Jer, ako na silu zatvorimo psihijatrijske bolnice koje trenutačno imaju ulogu socijalne ustanove, a budući bolesnik nema kamo drugdje otići jer ga obitelj više ne želi, možemo postići suprotni efekt, kao u Italiji, gdje javnost nije dobro prihvatila nasilni povratak bolesnika. Predrasude u zajednici su izražene i iako formalno, zakonski, prava bolesnika nisu ugrožena, oni se sami marginaliziraju budući da osjećaju predrasude u društvu. Istodobno, same zakonske promjene bez prave potpore u zajednici ne dovode do željenih rezultata, kao u Poljskoj, gdje postoje adekvatni programi i projekti i gdje su formalno otvorene različite službe, no diskriminacija je i dalje velika. Najbolje rezultate pokazuje Rumunjska, gdje bolesnici žive u obitelji ili kod rođaka i imaju partnere i prijatelje. Ali, kako postići da obitelj uzme svog bolesnika i dopusti mu da živi kod kuće kad je bolesnik često teret svojoj obitelji (Stam i Cuijpers, 2001, Tarrier i sur., 1988, Tellen i sur., 1989)?

Možda psihosocijalnim intervencijama koje bi zajednički poduzimale državne službe, kako bolnice tako i nadležni centri za socijalnu skrb i obiteljska savjetovališta te civilne organizacije.

Možda psihoedukacijom obitelji (Johansson i sur., 2003, Kuipers i sur., 1992) i javnosti (predavanja s ciljem informiranja o duševnim bolestima)? No, uz oprez, jer izgleda da znanje koje se temelji samo na poznavanju simptomima psihičkih poremećaja, paradoksalno, povećava stigmatiziranje i diskriminaciju tih osoba u očima javnosti (Lauber i sur., 2004), ali spoznaje o mogućnostima liječenja i rehabilitacije smanjuju stigmatiziranje, tako da bi se anti-stigma programi trebali temeljiti na informacijama o mogućnostima oporavka od bolesti (Llerena i sur., 2002, Watson i sur., 2004, Pinfold i sur., 2003), kao i na kontaktu populacije s oboljelima (Mas i Hatim, 2002, Meise i sur., 2000, Schulze i sur., 2003).

Prijedlog intervencija za rano otkrivanje prvih znakova psihičkih poremećaja

Glede potrebe ranog otkrivanja bolesti i liječenje bolesnika, što bi smanjilo njihovu samostigmatizaciju i povećalo im samopouzdanje, u psihijatrijskim bolnicama PB Vrapče i PB Sv. Ivan Jankomir postoji odjel za rane intervencije prvih psihotičnih poremećaja, gdje se provodi istoimeni program, pa bi bilo dobro da se takvi odjeli i programi prošire i na druge psihijatrijske odjele u Hrvatskoj.

Prijedlog intervencija usmjerenih na bolesnika kako bi prihvatio svoju dijagnozu

Istraživanje ove disertacije pokazalo je da bolesnici koji se slažu sa svojom dijagnozom imaju više samopouzdanja i manje su samostigmatizirani te percipiraju manju diskriminaciju okoline od onih koji se ne slažu sa svojom dijagnozom.

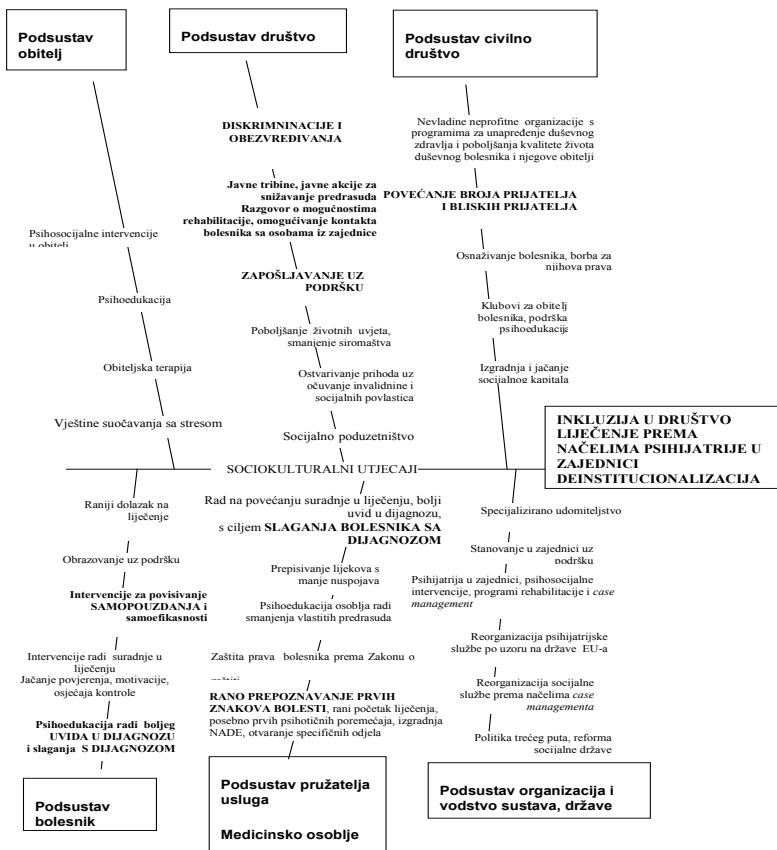
U dosadašnjim istraživanjima pokazalo se da se slaganje s dijagnozom u bolesnika moglo postići njihovom psihoedukacijom⁹⁰ (Spencer, 2004, Gruber, 2006, Agius, 2006). Psihoedukacijom se postiže promjena stavova o liječenju, bolja spremnost bolesnika na suradnju, bolji terapijski učinak liječenja i uspješnije socijalno funkcioniranje bolesnika (Degmecic, 2007, Amenson i Liberman, 2001).

Prijedlog intervencija u sustavu mentalnog zdravlja koji sam konstruirala prema rezultatima ove disertacije i dobivenim prediktorima promatranih kategorija

U teoretskom dijelu disertacije prikazan je dijagram riblje kosti, koji prikazuje trenutačno stanje skrbi o osobi s psihičkim poremećajem u Hrvatskoj i međusobnu povezanost i utjecaj različitih podsustava koji vode do čestih rehospitalizacija, disfunkcionalnosti bolesnika i, posljedično, do isključenja osobe s psihičkim poremećajima iz društva (prema Gruber, 2007).

U nastavku je prikazan konstruirani dijagram riblje kosti, odnosno prijedlog intervencija u sustavu mentalnog zdravlja, koji je autorica disertacije konstruirala prema rezultatima ove disertacije i dobivenim prediktorima promatranih kategorija, a kako bi se mogle smanjiti razina samostigmatizacije i razina percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije, povećati razina samopouzdanja bolesnika te omogućiti bolja inkluzija u društvo.

90 Psihoedukacija - učenje o duševnim bolestima



Dijagram riblje kosti: Prijedlog intervencija prema rezultatima disertacije i utvrđenim prediktorima kako bi se smanjila razina samostigmatizacije i percepcije socijalnog obezvređivanja i diskriminacije te povećala razina samopouzdanja bolesnika i omogućila inkluzija u društvo. Pojačanim tekstom označene su intervencije proistekle iz rezultata disertacije.

6.8. Prijedlozi budućih istraživanja

Budući da dizajn ove studije nije dozvoljavao kauzalnu interpretaciju rezultata, odnosno utvrđivanje uzročno-posljedične povezanosti navedenih promatranih kategorija - ali rezultati upućuju na tu mogućnost, na budućim studijama ostaje da ustanove tu povezanost.

Kad se u nekoj zajednici planiraju programi, trebalo bi preliminarnim istraživanjem ispitati gdje je problem: u percepciji diskriminacije, koja može biti stvarna ili ne, u samostigmatizaciji ili u samopouzdanju ili, pak, u sve tri promatrane kategorije, kako bi se prilagodio tip intervencije.

Primjeri analiziranih europskih država potvrđuju kako svaka pojedina država nailazi na specifične probleme. Primjerice, u Italiji je utvrđena visoka percepcija socijalne diskriminacije i obezvređivanja, no mala samostigmatizacija i visoko samopouzdanje. Samim time, talijanske intervencije trebale bi biti usmjerene na stigmatu i diskriminaciju u zajednici. U Grčkoj intervencije trebaju zahvatiti sva tri područja, budući da intervencija u samo jedno područje vjerojatno neće biti dovoljna. S obzirom na to da je utvrđena međusobna povezanost triju promatranih kategorija te, kao što se navodi u literaturi: intervencije u društvo protiv diskriminacije neće biti djelotvorne ako ne uključe i komponentu podizanja samopouzdanja bolesnika (Thornicroft i sur., 2009). Osim toga, daljnja istraživanja na hrvatskoj populaciji trebala bi biti usmjerena na ispitivanje srama kao u literaturi dokazanog medijatora preko kojeg će samostigmatizacija smanjiti samopouzdanje (Schmitz i sur. 2003).

Pitanje zašto hrvatski ispitanici ispitivanog uzorka koji imaju bračnog partnera percipiraju veće razine diskriminacije i obezvređivanja od onih koji nemaju bračnog partnera, također ostaje za buduća istraživanja.

Pri provedbi istraživanja socijalne podrške službi za mentalno zdravlje, trebalo bi ispitati percipiranu «količinu» i zadovoljstvo socijalnom podrškom samih korisnika, a ne bazirati se samo na izvještajima o postojećim službama. Upravo na primjeru Poljske vidljivo je kako je od stvarno dostupne i pružene socijalne podrške mnogo značajnija njezina individualna percepcija. Naime, subjektivna procjena socijalne podrške ima značajniju ulogu u reagiranju osobe na stresnu situaciju od stvarno dostupne ili stvarno pružene socijalne podrške.

Kod budućih istraživanja percipirane socijalne diskriminacije i obezvređivanja možda bi uza skalu percipirane diskriminacije trebalo uvesti i skalu percipirane socijalne podrške (Živčić Bećirević, 1996), kako bi se ispitanici usmjerili na ono što imaju i mogu koristiti, a ne na ono što je protiv njih.

Također, za buduća istraživanja ostaje i pitanje načina na koji ispitanici tumače događaje, odnosno smatraju li da su za ishod nekog događaja odgovorni oni (unutrašnji lokus kontrole) ili su uzroci vanjski: sudbina, prilike, utjecaj okoline (vanjski lokus kontrole) (Rotter, 1966). Naime, ako ono što im se događa pripisuju svojoj bolesti i vanjskim uzrocima, ispitanici će percipirati veliku razinu diskriminacije

iz okoline. Ako smatraju da su sami odgovorni, imat će visoku samostigmatizaciju, jer će lakše vjerovati već postojećim predrasudama te ih prihvatiti kao vlastite, koje samo potvrđuju njihovo vjerovanje da je sve što im se događa uzrokovano njihovim ponašanjem ili karakteristikama. Jednako tako, ako pojedinac vjeruje da ima moć i kontrolu utjecati na ishod svoje sudbine, imat će više samopouzdanja nego ako smatra da je sve samo igra sudbine (Eklund i Bäckstr, 2006).

U svakom slučaju, ovo istraživanje predstavlja izazov za produbljivanje uvida u šire interpretacije koje bi omogućile veće razumijevanje kulturalnih utjecaja odnosno interakcija na razvoj psihičkih poremećaja. Isto tako, rezultati ove disertacije mogli bi biti važna osnova za daljnja istraživanja u smislu njihove primjenjivosti u kulturalnom okruženju lokalnih hrvatskih zajednica.

VII. ZAKLJUČCI

U svim su analiziranim zemljama vidljive niska i minimalna razina samostigmatizacije, umjerena razina percipirane socijalne diskriminacije te umjerena razina samopouzdanja, s iznimkom ispitanika iz Grčke, koji iskazuju više razine samostigmatizacije i percipirane socijalne diskriminacije te nisku razinu samopouzdanja. Možda bi se dobiveni, relativno povoljni rezultati iz šest europskih zemalja mogli objasniti hipotezom «članstva u udruzi». Naime, ispitanici su članovi civilnih udruga duševno oboljelih koje provode akcije, programe i pomažu bolesnicima u rehabilitaciji. Prema razini samostigmatizacije, samopouzdanja i percepcije socijalne diskriminacije i obezvređivanja, utvrđeno je da se ispitanici iz Hrvatske i Slovenije ne razlikuju po razinama samostigmatizacije, samopouzdanja te percipirane socijalne diskriminacije i obezvređivanja. No, u odnosu na ostale zemlje u kojima je vršeno istraživanje, ispitanici iz Hrvatske iskazuju veće razine samostigmatizacije od ispitanika iz Finske i Italije, manje razine samostigmatizacije od ispitanika iz Grčke te podjednake razine samostigmatizacije kao ispitanici iz Rumunjske. Glede razine percipirane socijalne diskriminacije i obezvređivanja, ispitanici iz Hrvatske iskazuju manje razine percipirane socijalne diskriminacije i obezvređivanja od ispitanika iz Grčke, Poljske i Italije, a podjednake razinama rumunjskih i finskih ispitanika. Također, ispitanici iz Hrvatske iskazuju više razine samopouzdanja od ispitanika iz Grčke, manje od ispitanika iz Rumunjske, a podjednaku razinu samopouzdanja u usporedbi s ispitanicima iz Italije, Finske i Poljske. Dakle, nije potvrđena pretpostavka po kojoj bi ispitanici iz zemalja etablirane demokracije imali niže razine samostigmatizacije i percipirane socijalne diskriminacije te više razine samopouzdanog doživljaja *selfa* od ispitanika iz Hrvatske te ostalih tranzicijskih zemalja.

Prema socio-demografskim karakteristikama ispitanika u odnosu na tri promatrane kategorije utvrđeno je da, na razini svih analiziranih zemalja, socijalnu okolinu kao obezvređujuću i diskriminirajuću u statistički značajno većoj mjeri percipiraju fakultetski obrazovani ispitanici, ispitanici bez partnera, prijatelja i najboljeg prijatelja, ispitanici koji boluju od psihičkog poremećaja, oni koji imaju uvid u svoju dijagnozu, oni ispitanici koji se ne slažu s dijagnozom, nezaposleni i radno nesposobni te oni koji žive u instituciji i s rođacima. Na razini svih analiziranih zemalja statistički značajno veće razine samostigmatizacije iskazuju ispitanici osnovnoškolskog obrazovanja, oni koji nemaju partnera, prijatelja, najboljeg prijatelja i bliskog člana obitelji, ispitanici koji boluju od psihičkih poremećaja, oni koji imaju uvid u svoju dijagnozu, oni koji izražavaju neslaganje sa svojom dijagnozom, ispitanici koji su se rano počeli liječiti, ispitanici koji su radno nesposobni i nezaposleni te oni ispitanici koji žive u instituciji i kod rođaka. Nadalje, na razini svih analiziranih zemalja statistički značajno veće razine samopouzdanog doživljaja *selfa* iskazuju ispitanici koji imaju partnera, prijatelja, najboljeg prijatelja i bliskog člana obitelji, oni ispitanici koji se slažu s dijagnozom, oni koji su započeli liječenje nakon 25. godine života, oni koji boluju od depresije, oni koji su zaposleni i umirovljeni te ispitanici koji žive u vlastitom stanu. S druge strane, ispitanici koji nemaju socijalne kontakte, nisu zaposleni i žive u instituciji imaju značajno manje razine samopouzdanja. Vezano za sociodemografsku varijablu spola ispitanika, za razliku od dosadašnjih istraživanja, u istraživanju ove disertacije nije utvrđena statistički značajna razlika u razini samostigmatizacije, samopouzdanja te percipirane socijalne diskriminacije između muških i ženskih ispitanika.

Radi analize hrvatskih podataka, sva tri instrumenta (Instrument za mjerenje razine samostigmatizacije, Instrument za mjerenje razine percipiranog socijalnog

obezvređivanja i diskriminacije te Instrument za mjerenje razine samopouzdanog doživljaja *selfa*), podvrgnuti su faktorskoj analizi, uzimajući u obzir samo poduzorak ispitanika iz Republike Hrvatske. Prema dobivenim faktorskim solucijama konstruirane su tri aditivne ponderirane skale, koje kao svoj doprinos znanosti preporučam u daljnjim istraživanjima na hrvatskoj populaciji, a koje su prikazane u prilogu 17, 18 i 19. Za poduzorak ispitanika iz Hrvatske utvrđeni su prediktori viših razina samostigmatizacije, percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije te nižih razina samopouzdanja. Za one ispitanike koji nemaju prijatelja i najboljeg prijatelja te one koji su invalidi ili umirovljeni očekujemo da će biti jače samostigmatizirani i imati manje samopouzdanja. Nadalje, za one ispitanike koji imaju partnera/bračnog druga očekujemo da će imati manje samopouzdanja, a usto će u većoj mjeri percipirati socijalno obezvređivanje i diskriminaciju. Tako će percipirati socijalno obezvređivanje i diskriminaciju i oni ispitanici koji su liječenje započeli nakon 25. godine života te oni koji se ne slažu sa svojom dijagnozom. Također, prihvaćena je pretpostavka po kojoj su utvrđeni prediktori triju promatranih kategorija istodobno i neki od pokazatelja socijalne isključenosti osoba s psihičkim poremećajem iz društva. Pokazatelji o kojima je riječ ujedno su i ciljna mjesta za terapijske intervencije i programske aktivnosti koje imaju za cilj povećanje uključenosti osoba s psihičkim poremećajem u društvo. Radi smanjenja samostigmatizacije i percepcije socijalne diskriminacije i obezvređivanja te povećanja samopouzdanja osoba s psihičkim poremećajem u Hrvatskoj, kao i da bi se prevenirala ili smanjila isključenost bolesnika iz društva, predlažem intervencije koje će se usmjeriti na povećanje socijalnog kontakta ispitanika (stjecanje i zadržavanje prijatelja i najboljeg prijatelja te bliskog člana obitelji), zapošljavanje ili održavanje zaposlenja ispitanika te intervencije usmjerene na postizanje boljeg razumijevanja i manje percepcije diskriminacije bolesnika od njegoa bračnog druga/partnera.

VIII. LITERATURNI PREGLED

- Abraham, L.K., (1993.), *Mama might be better off dead: The failure of helath care in urban America (str 135)*, Chicago, University of Chicago press.
- Ackerman, G.W. i McReynolds, C.J. (2005.), Strategies to promote successful employment of people with psychiatric disabilities, *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 36:35–40.
- Adler, N.E. (1994.), Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient, *American Psychologist*, 49:15-24.
- Agerbo, E., Byrne, M., Eaton, W.W. i Mortensen, P.B. (2004.), Marital and labor market status in the long run in schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 61(1):28-33.
- Agius, M. (2006.), Psychoeducation. U: E. Gruber (ur.). *Prihvatimo različitosti, odbacimo predrasude*, (str 172.), Popovača, Vemako Tisak.
- Alloy, L.B. i Abramson, L.Y. (1988.), Depressive realism: Four theoretical perspectives. In: *Cognitive Processes in Depression* (ed. L.B.Alloy), pp.223-265, New York: Guilford Press.
- Allport, G.W. (1954.), *The Nature of Prejudice (str. 45-49)*, Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Amador, X.F. i Seckinger, B.A. (1997.), *The assesment of insighth: a metodological review*, *Psychiatric Annals*, 27(12):798-805.
- Amador, X.F., Strauss, D.H. i Yale, S.A. (1994.), Awareness of illness in schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 51:826–836.
- Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A. i Gorman, J.M. (1991.), Awareness of illness in schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 17:113–132.
- Amenson, C.S. i Liberman, R.P. (2001.), Dissemination of educational classes for families of adults with schizophrenia, *Psychiatric Services*, 52(5):589-92.
- Angermeyer, M.C. (2000.), Schizophrenia and violence, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl; 102:63-7.
- Angermeyer, M.C. i Matschinger, H. (1997.), Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany, *Psychological Medicine*, 27:131–141.
- Angermeyer, M.C. (2004), Stigmatisation of mentally ill patients by the society, *Psychiatrische Praxis*, 31 (2): 246-50.
- Angermeyer, M.C. i sur. (2003.) a, Determinants of the publics preference for social distance from people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (10): 663-8.
- Angermeyer, M.C. i sur. (2003.) b, Courtesy stigma- a focus group study of relatives of schizophrenia patients, *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38 (10): 593-602.
- Angermeyer, M.C. i sur. (2004.) a, Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences?, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (6): 420-5.
- Angermeyer, M.C. i sur. (2004.) b, The stigma of mental illness: patients anticipations and experiences, *International Journal of Social Psychiatry*, 50 (2): 153-62.
- Anglin, D.M. i sur. (2006.), Racial differences in stigmatizing attitudes toward people with mental illness, *Psychiatric Services*, 57(6):857-62.
- Arizaga, A.M. i sur. (2004.), Attitudes of primary care health staff to the mentally ill patient, psychiatry and the mental health team, *Atencion Primaria*, 33 (9): 491-5.
- Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J., Wahlbeck, K. (2009.), Predictors of stigmatizing attitudes in Finnish population (str. 23-24). U: Book of abstracts. The fourth Int. Stigma Conference, London.
- Atlas (2005.), *Mental Health Resources in the World 2005*. Geneva, World Health Organization.

- Augoustinos, M., Ahrens, C. i Innes, J. (1995.), Stereotypes and prejudice: the Australian experience, *British Journal of Social Psychology*, 33:125–141.
- Aydin, N. (2003.), Attitudes of hospital staff toward mentally ill patients in a teaching hospital, Turkey, *International Journal of Social Psychiatry*, 49 (1): 17-26.
- Babić, G. i Molnar, S. (2002.), Komparativni prikaz organizacije skrbi za duševno oboljele osobe, *Socijalna Psihijatrija*, 30:189-200.
- Bandeira, M. i Barros, S.M. (2005.), Family burden of psychiatric patients, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54 (1): 34-46.
- Barada V. i Jelavić Ž. (2004.), Uostalom, diskriminaciju treba dokinuti, *Priručnik za analizu rodni stereotipa* (str. 17), Zagreb, Centar za ženske studije.
- Barbato, A. (1998.), Psychiatry in transition: outcomes of mental health policy shift in Italy, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32:673-9
- Barbieri, P., Paugam, S. i Russel, H. (2000.), Social Capital and Exits from Unemployment. U: D. Gallie i Paugam, S. (ur.), *Welfare Regimes and the Experience of Unemployment in Europe* (str. 200.-217.). Oxford: Oxford University Press.
- Barrera, M. (1986.), Distinctions between social support concepts, measures, and models, *American Journal of Community Psychology*, 14:413–445.
- Barrio, C. (2000.), The Cultural Relevance of Community Support Programs, *Psychiatric Services*, 51:879-884.
- Bartko, G., Herczeg, I., Zador, G. (1988.), Clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenia, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77:74–76.
- Bartlett, W., Propper, C., Wilson, D. (1994.), *Markets in the welfare state*, Bristol, SAS Publications.
- Barton, R. (1999.), Psychosocial Rehabilitation Services in Community Support Systems: A Review of Outcomes and Policy Recommendations, *Psychiatric Services*, 50:525–534.
- Baumann, A.E. (2007.), Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: the individual with mental illness as a 'stranger'. *Int Rev Psychiatry*, 19(2):131-5.
- Becker, D.R., Drake, R.E., Naughton, W.J. (2005.), Supported employment for people with co-occurring disorders, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28:332–338.
- Bellack, A., Mueser, K., Hingerish, S. i Agresta, J. (1997.), *Social skills for training for schizophrenia. A step by step Guide*. New York, London, The Guilford Press.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Morrison, R. L., Tierney, A., i Podell, K. (1990.), Remediation of cognitive deficits in schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 147: 650–655.
- Belle, D. (1989.), *Children's Social Networks and Social Supports*. New York, John Wiley & Sons, Inc.
- Berghofer, M. (1970.), *Bilten*, Centar za zaštitu mentalnog zdravlja, 1:27.
- Bežovan, G. (2004.), *Civilno društvo*, Zagreb, Globus.
- Bhugra, D. (1989.), Attitudes toward mental illness: a review of the literature, *Acta Psychiatr Scand*, 80:1–12.
- Boardman, J. (2003.), Work and employment for people with psychiatric disabilities, *British Journal of Psychiatry*, 182:467-468.
- Bordieri, J. E., i Drehmer, D. E. (1986.), Hiring decisions for disabled workers: Looking at the cause, *Journal of Applied Social Psychology*, 16:197–208.
- Brady, N., McCain, G.C. (2007.), Living with schizophrenia: a family perspective, *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(1):23.
- Brockington, I., Hall, P., Levings, J. i Murphy, C. (1993.), The community's tolerance of the mentally ill, *British Journal of Psychiatry*, 162:93-9.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., Gamian-Europe study group. (2010.), Self stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia: the GAMIAN-Europe Study, *Schizophrenia Research*, 122(1-3):232-8.

- Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. D., i Smith, D. M. (2003.), Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality, *Psychological Science*, 14:320–327.
- Bruffaerts, R. (2004.), Effects of Patient and Health-System Characteristics on Community Tenure of Discharged Psychiatric Inpatients, *Psychiatric Services*, 55:685–690.
- Buckley, P.F., Noffsinger, S.G., Smith, D.A., Hrouda, D.R., Knoll, J.L. (2003.), 4th.Treatment of the psychotic patient who is violent. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(1):231-72.
- Buizza, C., Bartoli, A., Lechi, S., Bonetto, C., Riva, E., Pioli, R. (2009.), Predictors of success in supported employment programmes: a retrospective study in Northern Italy. U: Book of abstracts. The fourth Int. Stigma Conference, London.
- Buizza, C., Schulze, B., Bertocchi, E., Rossi, G., Ghilardi, A., Pioli, R. (2007.), The stigma of schizophrenia from patients' and relatives' view: A pilot study in an Italian rehabilitation residential care unit, *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 29:3(1):23.
- Burman, I. i Margolin, D. (1992.), Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interacional perspective, *Psychological Bulletin*, 112:39-63.
- Caltaux, D. (2003.), Internalized stigma: a barrier to employment for people with mental illness, *International journal of therapy and rehabilitation*, 10:539-543.
- Camp, D.L. i sur. (2002.), Is low self esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems, *Social Science and Medicine*, 55 (5): 823-34.
- Caplan, G. (1966.), *Principles of preventive psychiatry* (str. 61-68.), London, Tavistock.
- Caton, C.L.M. i sur. (1994.), Risk factors for homelessness among schizophrenic men: A case-control study, *American Journal of Public Health*, 84: 265-70.
- Cechnicki, A. (2004.), Positive educational camapign. The result of four years of the polish program Schizophrenia. Open the doors. U: Schizophrenia, different contexts, different therapies, Krakow, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, 3nd.
- Cechnicki, A., Bielanska, A. (2002.), Program against stigma and discrimination of people suffering from schizophrenia (str. 56-67). U: Schizophrenia, different contexts, different therapies, Krakow, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, 2nd.
- Cechnicki, A., Wciorka, J., Bielanska, A., Hanuszkiewicz, I. (2009.), Passing of The National Mental Health Care Program in Poland as a result of „Schizophrenia- Open the Doors“ programs activity (str. 44-45). U: Book of abstracts. The fourth Int. Stigma Conference, London.
- Chabungbam, G., Avasthi, A., Sharan, P. (2007.), Sociodemographic and clinical factors associated with relapse in schizophrenia, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(6):587–593.
- Chamberlin, J., Rogers, E.S., Ellison, M. (1996.), Self help programs: a description of their characteristics and their members, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3): 33–42.
- Chamberlin, J. (1978.), *On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System*, New York, NY: McGraw-Hill.
- Chamberlin, J. (1990.), The ex-patients' movement: where we've been and where we're going, *Journal of Mind and Behavior*, 11:323-336.
- Choe, J.Y. (2008.), Perpetration of Violence, Violent Victimization, and Severe Mental Illness: Balancing Public Health Concerns, *Psychiatric Services*, 59:153-164
- Cohen, S. i Williamson, G.M. (1991.), Stress and infectious disease in humans, *Psychological Bulletin*, 109:5-24.
- Cohen, S. i Wills, T. A. (1985.), Stress, social support, and the buffering hypothesis, *Psychological Bulletin*, 98:310–357.
- Cook, J.A., Leff, H.S., Blyler, C.R. (2005.), Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness, *Archives of General Psychiatry*, 62:505–512.

- Cooper, A.E. (2003.), Mental illness stigma and care seeking, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191 (5): 339-41.
- Cooper, B. i Bauer, M. (1987.), Developments in mental health care and services in the Federal Republic of Germany, *International Journal of Mental Health*, 16:78-93.
- Cooper, D. (1987.), *Psijihjatrija i antipsijihjatrija*, 2. izd., Zagreb, Naprijed.
- Corrigan, P.W., Faber, D., Rashid, F., Leary, M. (1999.), The construct validity of empowerment among consumers of mental health services, *Schizophrenia Research*, 38:77-84.
- Corrigan, P.W., Kleinlein, P. (2005.), The impact of mental illness stigma. U: P.W. Corrigan (ur.) *On the Stigma of Mental Illness: Implications for Research and Social Change* (str.343), Washington, DC, American Psychological Association Press.
- Corrigan, P.W., Rüsch, A. (2002.), Mental illness stereotypes and clinical care: Do people avoid treatment because of stigma?, *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6:312-334.
- Corrigan, P.W. (2002.), Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities, *Psychiatric Services*, 73:217-228.
- Corrigan, P. i sur. (2003.), Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness, *Psychiatric Services*, 54 (8): 1105-10.
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology—Science and Practice*, 7:48-67.
- Corrigan, P. W. I Watson, A. C. (2002.), The paradox of self-stigma and mental illness, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9: 35-53.
- Corrigan, P. W., Calabrese, J. D. (2006.), Strategies for assessing and diminishing self-stigma. U: P.W. Corrigan (ur.), *On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change* (str.239-256), Washington, DC, American Psychological Association.
- Corrigan, P. W., River, L., Lundin, R. K., Uphoff Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J. (2000.), Stigmatizing attributions about mental illness, *Journal of Community Psychology*, 28:91-102.
- Corrigan, P. i Watson, A. (2007.), The Stigma of Psychiatric Disorders and the Gender, Ethnicity, and Education of the Perceiver, *Community Mental Health Journal*, 43(5):439-458.
- Corrigan, P.W. (2002.), Empowerment and serious mental illness: Treatment partnerships and community opportunities, *Psychiatric Quarterly*, 73: 217-28.
- Corrigan, P.W. (2004.), How stigma interferes with mental health care, *American Psychologist*, 59: 614-625.
- Corrigan, P.W. (2001.), Three strategies for changing attributions about severe mental illness, *Schizophrenia Bulletin*, 27(2):187-95.
- Corrigan, P.W. (2003.), From whence comes mental illness stigma?, *International Journal of Social Psychiatry*, 49 (2): 142-57.
- Corrigan, P.W. (2004.), Implications of educating the public on mental illness, violence and stigma, *Psychiatric Services*, 55 (5): 577-80.
- Corrigan, P.W., Faber, D., Rashid, F. i Leary, M. (1999.), The construct validity of empowerment among users of mental health services, *Schizophrenia Research*, 38: 77-84.
- Corrigan, P.W. (1998.), The impact of stigma on severe mental illness, *Cognitive and Behavioral Practice*, 5 (2):201-222.
- Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I., Rowlands, O.J. (2000.), Stigmatisation of people with mental illnesses, *British Journal of Psychiatry*, 177:4-7.
- Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I., Rowlands, O.J. (2000.), Stigmatisation of people with mental illnesses, *British Journal of Psychiatry*, 177:4-7.
- Crocker, J., Major, B., i Steele, C. (1998.), Social stigma. U: D. T. Gilbert, S. Fiske, i G. Lindzey (ur.), *The handbook of social psychology* (vol 2, 4th ed., str. 504-553), New York, McGraw-Hill.

- Crowther, R.E., Marchall, M., Bond, G.R. (2001.), Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review, *British Medical Journal*, 322:204–208.
- Cuffel, B.J., Alford, J., Fischer, E.P., Owen, R.R. (1996.), Awareness of illness in schizophrenia and outpatient treatment compliance, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11): 653-659.
- Čavarović Gabor, B., Ivezić-Štrkalj, S., Bajs, M., Bajs, M. (2007.), Stavovi socijalnih radnika prema osobama oboljelim od shizofrenije s obzirom na duljinu profesionalnog kontakta, *Socijalna Psihijatrija*, 35:65-72.
- Dain, N. (1994.), "Psychiatry and Anti-Psychiatry in the United States," U: Mark S. Micale and Roy Porter(ur.), *Discovering the History of Psychiatry* (pp. 415-444), New York: Oxford U. P.
- Dalgin, R.S. i Gilbride, D. (2003.), Perspectives of people with psychiatric disabilities on employment disclosure, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26 (3): 306-10.
- Davis, J.A., Freeman, H.E., Simmons, O.G. (1957.), *Soc.probl.* 5:37-40.
- David, A.S. (1990.), Insight and psychosis, *Britihs Journal of Psychiatry*, 156:798–805.
- Davidson, L. (2002.), Human rights vs. public protection. English mental health law in crisis?, *International Journal of Law in Psychiatry*, 25(5):491-515.
- De Girolamo, G., Cozza, M. (2000.), The Italian psychiatric reform: a 20 year perspective, *International Journal of Law in Psychiatry*, 23:197-214.
- Deegan, P.E. (1990.), Spirit breaking: when the helping professions hurt, *Human Psychology*, 18:301–313.
- Dees, J.G., i Anderson, B.B. (2006). Framing a Theory of Social Entrepreneurship: Building on Two Schools of Practice and Thought. U: R. Mosher-Williams (ur.), *Research on Social Entrepreneurship: Understanding and Contributing to an Emerging Field* (str. 39-66), ARNOVA Occasional Paper Series, 1(3).
- Defourny, J. (2001.), Introduction from Third sector to social enterprise. U: C. Borzaga, J. Defourny (ur.) *The emergence of social enterprise* (str. 1-28), New York, Routledge.
- Degmecic, D., Pozgain, I. i Filakovic P. (2007.), Psychoeducation and Compliance in the Treatment of Patients with Schizophrenia, *Collegium Antropologicum*, 31 (4): 1111-1115.
- Depla, M.F. i sur. (2005.), The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (2): 146-53.
- Dickerson, F.B., Somerville, J., Origoni, A.E., Ringel, N.B., Parente, F. (2002.), Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 28(1):143-155.
- Dietrich, S. i sur. (2004.), The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(5):348-54.
- Dixon, M., King, S., Steiger, H. (1998.), The contribution of depression and denial towards understanding the unawareness of symptoms in schizophrenic out-patients, *British Journal of Medical Psychology*, 71:85–97.
- Donnelly, M. (1992.), *The Politics of Mental Health in Italy* (str. 34-46), 1. izd. , London, Routledge.
- Duckworth, K. i sur. (2003.), Use of schizophrenia as a metaphor in US newspapers, *Psychiatric Services*, 54 (10): 1402-4.
- Economou, M., Charitsi, M., Louki, E., Peppou, L., Stefanis, C. (2009.a), Mental illness and the media: a guide for media workers in Greece (str. 15-16), Book of abstracts, The fourth Int. Stigma Conference, London.
- Economou, M, Louki E, Charitsi M , Kolostoumpis D, Stefanis C. (2009.b), The depression helpline of the Greek „Anti-stigma“ Program. Book of abstracts, The fourth Int. Stigma Conference, London.
- Economou, M., Kolostoumpis, D., Louki, E., Charitsi, M., Stefanis, C. (2009.c), Adressing

the stigma of schizophrenia: Schol interventions- professional training. Book of abstracts (str. 13), The fourth Int. Stigma Conference, London.

Eklund, M. i Bäckström, M. (2006.), The Role of Perceived Control for the Perception of Health by Patients with Persistent Mental Illness, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13 (4):249-256.

– Ellison, M.L. i Dunn, E.C. (2006.), Empowering and Demedicalized Case Management Practices Perspectives of Mental Health Consumer Leaders and Professionals, *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 5 (2):1-18.

– Ellison, M.L. (1996.), Empowerment and demedicalization in mental health case management: Meaning and Measurement. Doctoral dissertation. Boston. Boston University, Department of Sociology.

– Ersoy, M.A. i Varan, A. (2007.), Reliability and Validity of the Turkish Version of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale, *Tourkish Journal of Psychiatry*, 18(2): 163-171.

– Ertugrul, A. i Ulug, B. (2004.), Perception of stigma among patients with schizophrenia, *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(1): 73-7.

– Escobar, J.I., Vega, W.A. (2006.), Cultural issues and psychiatric diagnosis: providing a general background for considering substance use diagnoses, *Addiction*, Diagnostic issues in substance use disorders: refining the research agenda. 101 (Supplement 1):40-47.

– Esses, V., Haddock, G., Zanna, M. (1994.), The role of mood in the expression of intergroup stereotypes (str. 135-136). U: M. Zanna, J. Olson (ur.), *The Psychology of Prejudice: The Ontario Symposium* (vol. 7:77–101), Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum.

– Estroff, S.E. (1989.), Self identity, and subjective experiences of schizophrenia: in search of the subject, *Schizophrenia Bulletin*, 15:189-96.

– Estroff, S.E. i sur. (2004.), From stigma to discrimination: an analysis of community efforts to reduce the negative consequences of having a psychiatric disorder and label, *Schizophrenia Bulletin*, 30(3):493-509.

– Eurobarometer (2003). Discrimination in Europe. For diversity, against discrimination. Brussels, European Commission.

– Eurobarometer 2009, IP/09/1913

– European Commission Green Paper „Promoting the Mental Health of the Population. Towards a Strategy on Mental health for the EU“ (COM(2005) 484 final, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf

– European Commission White Paper „Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013“ (COM(2007) 630 final), http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf

– European Commission. Employment and Social Affairs. PROGRESS Programme. Action against discrimination, Civil Society, http://ec.europa.eu/employment_social/fundamental_rights/index_en.htm

– European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2003.), Illness, disability and social inclusion. Brussels, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

– Evert, H. i sur. (2003.), The relationship between social networks and occupational and self care functioning in people with psychosis, *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(4):180-8.

– Fabrega, H. Jr. (1991.), Psychiatric stigma in non-Western societies, *Compr Psychiatry*, 32(6):534-51.

– Faith, B. (1998.), Dickerson Strategies that foster empowerment, *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(2):255-275.

– Falk, G. (2001.), *Stigma: how we treat outsiders*, New York, Prometheus Books.

- FEANTSA Contribution to the Consultation on the Commission Green Paper for Mental health (2006), <http://www.feantsa.org/>
- Feichtinger, C., Gerhard, F. (1998.), The collective culture shock in transition countries - theoretical and empirical implications, *Leadership & Organization Development Journal*, 19 (6): 302-308.
- Fenton, W. S., Blyler, C. R., i Heinssen, R. K. (1997.), Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings, *Schizophrenia Bulletin*, 23:637–651.
- Filipčić, I. i sur. (2003.), Attitudes of medical staff towards the psychiatric label "schizophrenic patient" tested by anti-stigma questionnaire, *Collegium antropologicum*, 27 (1): 301-7.
- Filipčić, I., Pavičić, D., Filipčić, A., Hotujac, Lj., Begić, D., Grubišin, J., Đorđević, V. (2003.), Attitudes of Medical Staff Towards the Psychiatric Label "Schizophrenic Patient" tested by an Anti-Stigma Questionnaire, *Collegium Antropologicum*, 27: 301-307.
- Fisher, D.B. (1994.), Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities, *Hospital and Community Psychiatry*, 45:913-915.
- Ford, E.S. i sur. (1991.), Physical activity behaviours in lower and higher socioeconomic status populations, *American Journal of Epidemiology*, 133: 1246-1256.
- Frible, D.E.S., Wortman, C., Joseph, J. (1997.), Predicting self-esteem, well-being, and distress in a cohort of gay men: the importance of cultural stigma, personal visibility, community networks, and positive identity, *J Pers.*, 65:599–624.
- Francis, J.L., Penn, D.L. (2001.), The relationship between insight and social skill in persons with severe mental illness, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189:822–829.
- Frank, A., Gunderson, J.G. (1990.), The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 47:228–236.
- Freud, S. (1964.), *Group Psychology and the Analysis of the Ego* (str. 24-27), Hogart Press and the Institute of Psychoanalysis, vol XVIII, London.
- Freund, P.D. (1993.), Professional role(s) in the empowerment process: "working with" mental health consumers, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(3):65-73□.
- Fromm, E. (1965.), *Escape from Freedom*, Routledge and Kegan, London.
- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., Corrigan, P. W. (2007.), Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery, *International Journal of Social Psychiatry*, 53:408-418.
- Gaebel, W. i Baumann, A.E. (2003.), Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: experiences from the open the doors program in Germany, *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(10):657-62.
- Gallie, D., Paugam, S., Jacobs. S. (2003.), Unemployment, Poverty, and Social Isolation. Is There a Vicious Circle of Social Exclusion?, *European Societies*, 5(1): 1-31.
- Gauci, D., Brohan, E., Gruber, E.N., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G. (2009.), The GAMIAN Europe stigma study: an international survey of self stigma, empowerment and discrimination. Book of abstracts, The fourth Int. Stigma Conference, London.
- Geller J.L., Brown, J.M., Fisher, W., Grudzinskas, A. i Manning, T.D. (1998.), National Survey of "Consumer Empowerment" at the State Level, *Psychiatr Serv*, 49:498-503.
- Geller, J.L. (2000.), Excluding Institutions for Mental Diseases From Federal Reimbursement for Services: Strategy or Tragedy?, *Psychiatric Services*, 51:1397–1403.
- Gbate, D. i Hazel, N. (2002), *Parenting in poor environments: Stress, support and coping*. London, Jessica Kingsley Publishers.
- Gilbert, P. (1998), What is shame? Some core issues and controversies, U: P. Gilbert, B. Andrews (ur.), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture* (str. 3–38),

Oxford, Oxford University Press.

- Goffman, E. (1961.), *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* (str. 14, 6768,111), New York: Doubleday.
- Goffman, E. (1963.), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- Goffman, E. (1968.), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Harmondsworth, Penguin Books.
- Gordon, W. A. (1958.), *The nature of prejudice* (str. 56-57), A Doubleday Anchor Book, New York.
- Gould, N. (2006.), *Mental health and child poverty* (online). Joseph Rowntree Foundation. Dostupno na: <http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/9781859354919.pdf> (12.ožujka 2010.)
- Graf, J. i sur. (2004.), Perceived stigmatisation of mentally ill people and its consequences for the quality of life in Swiss population, *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 192(8):542-7.
- Green Paper: Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union. Brussels, European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General, 2005. Available at ec.europa.eu/health/phdeterminants/lifestyle/mental/greenpaper/mentalpgen.pdf
- Greenberg, P.E., Stiglin, L.E., Finkelstein, S.N. (1993.), The economic burden of depression in 1990, *Journal of Clinical Psychiatry*, 54:405–18.
- Greenberg, P.E., Kessler, R.C., Nells, T.L. (1996.), Depression in the workplace: an economic perspective (str. 13-19). U: J.P. Feighner, W.F. Boyer (ur.), *Selective Serotonin Uptake Inhibitors* (str. 327-363), Advances in Basic Research and Clinical Practice, 2nd ed. New York, John Wiley and Sons.
- Gruber, E.N., Ivezić Štrkalj, S., Agius, M., Martić Biočina, S. (2008.), Since I have my case manager, I am back to life. Case management in Croatia. *Psychiatria Danubina*, 20 (1):63-70.
- Gruber, E.N. (2009.), *Zdrav život obitelji duševnog bolesnika* (str. 24-25), Popovača, Vemako Tisak.
- Gruber, E.N. (2008.), Što ugrožava sigurnost duševnih bolesnika, što oni pritom mogu učiniti, a što medicinsko osoblje? Prikazi slučajeva, U: E.N.Gruber (ur.), *Kako se sigurnije liječiti i živjeti s duševnom bolešću?* (str.78-88.), Popovača, Vemako Tisak.
- Gruber, E.N., Poredoš, D., Cerančević, V., Koić, E. (2007.), Mather of courage, *European Psychiatry Journal*, 22(1): 101-220.
- Gruber, E.N. (2007.), Pogled na koncept „Case manager“-a u Hrvatskoj prema teorijama menadžerskih sustava, U: E.N.Gruber (ur.), *Prihvatimo različitosti, odbacimo predrasude* (str. 157-165), Popovača, Vemako Tisak
- Gruber, E.N., Kajević, M., Agius, M., Martić-Biočina, S. (2006.), Group psychotherapy for parents of patients with schizophrenia, *International Journal of Social Psychiatry*, 52(6): 487-500.
- Guarnaccia, P.J. (1998.), Multicultural experiences of family caregiving: a study of African American, European American, and Hispanic American families, *New Directions for Mental Health Services*, 77:45-62.
- Halloway, R (ed), 2001. Using the civil society, Indeks: A Handbook for using the CIVICUS Indeks on civil society as a self assesment tool (str. 51-59), Washington DC, CIVICUS.
- Hamre, P., Dahl, A., Malt, U. (1994.), Public attitudes to the quality of psychiatric treatment, psychiatric patients, and prevalence of mental disorders, *Norwegian Journal of Psychiatry*, 4:275–281.
- Hansson, L. i Björkman, T. (2005.), Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale, *Scandinavian Journal*

of *Caring Sciences*, 19, 32–8.

- Harp, H. (1994.), Empowerment of mental health consumers in vocational rehabilitation, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17:83-89.
- Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., Roe, D., Weiser, M. (2006.), Insight into severe mental illness, perceived control over the illness, and quality of life, *Comprehensive Psychiatry*, 19(7):538–42.
- Hayes, S., Follette, V.M., Linehan, M.M. (2004a), *Mindfulness and Acceptance* (str. 133-134), New York, Guilford Press.
- Hayes, S., Strosahl, K., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Forsyth, J.P., Karekla, M., McCurry, S.M. (2004b), Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model, *Psychol Rec*, 54:553–578.
- Heady, C., Room G. (2002.), Patterns of Social Exclusion: Implications for Policy and Research, U: M. Barnes (ur.), *Poverty and Social Exclusion in Europe* (str. 146-154), Cheltenham, Edward Elgar.
- Heinrich, K. (1994.), "Psychopharmakologie seit 1952," *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 62 (36):3139.
- Hellzen, O. (2003.), Nurses attitudes towards older residents with long-term schizophrenia, *Journal of Advanced Nursing*, 43 (6): 616-22.
- Henry, A.D. i Lucca, A.M. (2004.), Facilitators and barriers to employment: the perspectives of people with psychiatric disabilities and employment service providers, *Work*, 22 (3): 169-82.
- Hilton, J., von Hippel, W. (1996.), Stereotypes, *Annu Rev Psychol*, 47:237–271.
- Hocking, B. (2003.), Reducing mental illness stigma and discrimination - everybody's business, *The Medical Journal of Australia*, 178:47-8.
- Hiffmann-Richter, U. (2003.), Schizophrenia in the German national paper Frankfurter Allgemeine Zeitung- a didactic play, *Psychiatrische Praxis*, 30 (1):4-7.
- Holahan, C.J., Moss, R.H., Holahan, C.K., Brennan, P.L. (1995.), Social support, coping and depressive symptoms in a late middle aged sample of patients reporting cardiac illness, *Health Psychology*, 14:152-163.
- Holley, H. (1998.), Moving Psychiatric Patients From Hospital to Community: Views of Patients, Providers, and Families, *Psychiatr Serv*, 49:513-517.
- Holzinger, A., Dietrich, S., Heitmann, S., Angermeyer, M. (2008.), [Evaluation of target-group oriented interventions aimed at reducing the stigma surrounding mental illness], *Psychiatr Prax*, 35(8):376-86.
- Huxley, P. i Thornicroft, G. (2003.), Social inclusion, social quality and mental illness, *British Journal of Psychiatry*, 182: 289-90.
- Ivezić Štrkalj, S., Bajs Bjegović, M., Maroević, S., Jagodić Kuterovac, G., Ljubimir, V. (1999.), Stigma of Schizophrenia and Mental Health Professionals. 39th International Neuropsychiatric Symposium Pula, *Neurologia Croatica*, 48 Supplement:22-3.
- Ivezić Štrkalj, S., Maroević, S., Bajs Bjegović, M., Ljubimir, V., Kuterovac Jagodić, G. (2000.), Analysis of Attitudes toward Schizophrenic Patients Between different groups of mental health care givers. 10th Biennial Winter Workshop on Schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 41:1:167.
- Ivezić Štrkalj, S. (1996.), Terapevtski dejavniki velike skupine v psihijatrični bolnišnici, *Socialno delo*, 35:145-51.
- Ivezić-Štrkalj, S. (2003.), Plan provedbe nacionalnog programa borbe protiv stigme psihičke bolesti. Mini simpozij Shizofrenija i stigma psihijatrijskog bolesnika. 43. međunarodni neuropsihijatrijski simpozij, Pula.
- Ivezić-Štrkalj, S. (2006.), Stigma duševne bolesti. *Medix*; 64.

- Ivezic Štrkalj, S., Jukić, V., Hotujac L.J., Kušan Jukić, M., Tikvica, A. (2010.), Organizacija zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, Liječnički Vjesnik, 132:38-42.
- Ivezic Štrkalj, S. (2010.)b, *Rehabilitacija u psihijatriji. Psihobiosocijalni pristup*, Zagreb: Svitanje.
- Jakovljević, V. (1963.), Transkulturalno psihijatrijska proučavanja u Gvineji. *Neuropsihijat.* 11:21-22.
- Jane-Llopis, E. i Sanderson, P. (2006). Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: A collection of country stories. Luxembourg, European Communities.
- Johansson, K., Leino-kilpi, H. i Salanterä, S. (2003.), Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective, *Patient Education and Counseling*, 51:239-45.
- Johnson, S. i Orrell, M. (1995.), Insigh and psychosis- a social perspective, *Psychological Medicine*, 25: 515-520.
- Julius, D. (1951.), Sadašnje stanje i zadaci neuropsihijatrijske službe u FNRJ. *Zbornik naučnog sastanka neuropsihijatar Jugoslavije*, Opatija 1949, Medicinska knjiga, Beograd
- Kadri, N., Sartorius, N. (2005.), The Global Fight against the Stigma of Schizophrenia, *PLoS Med*, 2(7): e136.
- Kadri N. (2005) Schizophrenia and stigma: a trans cultural perspective. U: A. Okasha, C.N. Stefanis (Ur.), *Perspectives on the stigma of mental illness* (str. 52-85.), Geneva: World Psychiatric Association.
- Kadri, N. i Sartorius, N. (2005.), The Global Fight against the Stigma of Schizophrenia, *PLoS Med*, 2: 136.
- Keane, M. (1998.), *Civil society: Old Images, New Vision*, Cambridge, Polity Press.
- Keane, M. (1990.), Contemporary beliefs about mental illness among medical students: implications for education and practice, *Acad Psychiatry*, 14:172–177.
- Kecmanović, D. (1978.), *Socijalna psihijatrija sa psihijatrijskom sociologijom*, Sarajevo, Svjetlost.
- Kelly, B.D. (2003.), Globalization and psychiatry, *Advances in Psychiatric Treatment*, 9:464-74.
- Kemali, D., Maj, M., Veltro, F., Crepet, P., Lobraccio, S. (1989.), Sondaggio sulle opinioni degli italiani nei riguardi dei malati di mente e della situazione dell'assistenza psichiatrica, *Riv Sper Freniatr*, Suppl 5: 1301-51.
- Kendall, J., Anheier, H.K. (2001.), Conclusion: The third sector at crossroads? Social Politics and Economic Dynamics. U: A.K Anheier, J. Kendall (ur.). *Third sector policy at the crossroads: An International Nonprofit analysis* (str. 228-250), London and New York, Routledge.
- Kesey, K. (1962.), *One Flew Over the Cuckoo's Nest* (str.20), New York: Viking.
- Kessler, R. C., Price, R. H., i Wortman, C. B. (1985.). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes, *Annual Review of Psychology*, 36:531–572.
- Kingdon, D. i sur. (2004.), What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness?, *Psychiatric Bulletin*, 28 (11): 401-406.
- Kovess, V. i sur. (1995.), Has the sectorization of psychiatric services in France really been effective?, *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30: 132-8.
- Kravetz, S., Faust, M., David, M. (2000.), Accepting the mental illness label, perceived control over the illness, and quality of life, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23:323–332.
- Kregar, K. (2004.), Socijalna podrška djece smještene u dječjim domovima i udomiteljskim obiteljima u Republici Hrvatskoj, *Ljetopis socijalnog rada*, 11:2-4.
- Krueger, J. (1996.), Personal beliefs and cultural stereotypes about racial characteristics, *Journal of Personality and Social Psychology*, 71:536–548.
- Kuipers, E., Leff, J. i Lam, D. (1992.), *Family work for schizophrenia; a Practical Guide*, London, Gaskell.

- Kutcher, S., Chehil, S. (2007.), *Suicide risk management (str. 98-104)*, London, Blackwell Publishing.
- Kuti, E. (2001.), Different Eastern European Countries and different crossroads. U: H.K. Anheier, J. Kendall (ur.), *Third sector policy at the crossroads: An International Nonprofit analysis* (str. 193-202), London and New York, Routledge.
- Laing, R.D. (1960.), *The Divided Self. A Study of Sanity and Madness*, p. 179. London: Tavistock.
- Lasalvia, A., Pellegrini, N., Bertani, M., Bissoli, S., Bonetto, C., Cristofalo, D., De Santi, K., Lazzarotto, L., Marrella, G., Manzoncini, R., Tosato, S., Tansella, M., Ruggeri, M., the PICOS Veneto group. (2009.), Book of abstracts. The fourth Int. Stigma Conference, London.
- Lauber, C., Carlos, N., Falcato, L., Rössler, W. (2004.), Factors influencing social distance toward people with mental illness, *Community Ment Health*, 40 (3):265-74.
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., Rossler, W. (2006.), Do mental health professionals stigmatize their patients?, *Acta Psychiatr Scand*, Suppl 429: 51-59.
- Lauber, C. i sur. (2002.), Determinants of attitude to volunteering in psychiatry: Results of a public opinion survey in Switzerland, *International Journal of Social Psychiatry*, 48(3):209-19.
- Lauber, C. i sur. (2004.), Factors influencing social distance toward people with mental illness, *Community Mental Health Journal*, 40(3): 265-74.
- Lauber, C. i sur. (2004.), What about psychiatrists attitude to mentally ill people?, *European Psychiatry*, 19 (7): 423-7.
- Laudet, A.B. i sur. (2002.), Interest in and obstacles to pursuing work among unemployed dually diagnosed individuals, *Substance Use and Misuse*, 37 (2): 145-70.
- Lawson, A. i Fouts, G. (2004.), Mental illness in Disney animated films, *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (5):310-4
- Leff J. (2004.), Stigmatisation of people with schizophrenia, U: A.H. Crisp (Ur.), *Every family in the land: Understanding prejudice and discrimination against people with mental illnesses (Revised edition)* (str. 95-99), London, Royal Society of Medicine Press Ltd.
- Lefley, H.P. (1990.), Culture and chronic mental illness, *Hosp Community Psychiatry*, 41(3):277-86.
- Lehman, N.C. Linn, L.S. (1982.), Chronic mental patients: the quality of life issue, *Am J Psychiatry*, 139:1271-1276.
- Leighton, A.H., Hughes, J.H. (1961.), Culture and causative of mental disorder, *Milb mem fund quatr*, 39:446-448.
- Lewis, L. (2009.), Introduction: Mental Health and Human Rights: Social Policy and Sociological Perspectives, *Social Policy and Society*, 8:211-214.
- Lewis-Fernandez, R. i Kleinman, A. (1994.), Culture, personality and psychopathology, *Journal of Abnormal Psychology*, 103: 67-71.
- Licht, R. i sur. (1991.), Trends in long stay hospitalization in Denmark: a descriptive register study, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83: 314-318.
- Link, B., Phelan, J.C. (2001.), Conceptualizing stigma, *Annual Review of Sociology*, 27: 363-385.
- Link, B., Mirotznik, J., Cullen, F. (1991.), The effectiveness of stigma coping orientations: can negative consequences of mental illness labeling be avoided?, *Journal of Health and Social Behaviour*, 32: 302–320.
- Link, B. (2001.), Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness, *Psychiatric Services*, 52:1621–1626.
- Link, B.G., Cullen, F.T., Frank, J. (1987.), The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter, *American Journal of Sociology*, 92:1461–1500.

- Link, B.G., Cullen, F.T., Struening, E., Shrout, P., Dohrenwend, B.P. (1989.), A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment, *American Journal of Sociology*, 54:400-423.
- Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Stueve, A., Pescosolidu, B.A. (1999.), Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance, *American Journal of Public Health*, 89:1328-33.
- Link, B.G., Struening, E.L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., Phelan, J.C. (2001.), Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses, *Psychiatric Services*, 52:1621–1626.
- Link, B.G., Yang, L.H., Phelan, J.C., Collins, P.Y. (2004.), Measuring mental illness stigma, *Schizophrenia Bulletin*, 30:511–541.
- Link, B.G. (1987.), Understanding Labeling Effects in the area of mental disorders: An assessment of the effect of expectations of rejection, *American Journal of Community Psychology*, 17(4):521-8.
- Link, B. G. (1982.), Mental patient status, work and income: An examination of the effects of a psychiatric label, *American Sociological Review*, 47:202–215.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., i Phelan, J. (2001.), Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness, *Psychiatric Services*, 52:1621–1626.
- Link, B.G. (1987.), Understanding labelling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection, *American Sociological Review*, 52 (1):96–112.
- Llerena, A. i sur. (2002.), Schizophrenia stigma among medical and nursing undergraduates, *European Psychiatry*, 17 (5): 298-9.
- Locke, J. (1984.), *Two Treatises of Government (str.234-235)*, London, Dent, Everymans Library.
- López-Ibor Jr, J.J., Cuenca, O., Reneses, B. (2005.), Stigma and health care staff. U: A. Okasha, C.N. Stefanis (ur.), *Perspectives on the stigma of mental illness* (str. 21-29), Geneva, World Psychiatric Association.
- Lyons, M., Ziviani, J. (1995.), Stereotypes, stigma, and mental illness: learning from fieldwork experiences, *American Journal of Occupational Therapy*, 49:1002–1008.
- Lysaker, P.H., Bell, M.D., Bryson, G.J., Kaplan, E.Z. (1998.), Psychosocial function and insight in schizophrenia, *Jornal of Nervous and Mental Disease*, 186:432–436.
- Lysaker, P.H., Bryson, G.J., Bell, M.D. (2002.), Insight and work performance in schizophrenia, *Jornal of Nervous and Mental Disease*, 190:142–146.
- Lysaker, P. H., Roe, D., Yanos, P.T. (2008.), Towards understanding the insight paradox: internalised stigma moderates the association between insight and social functioning, hope and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders, *Schizophrenia Bulletin*, 33, 192-199.
- Madianos, M.G., Madianou, D., Vlachonikolis, J., Stefanis, C.N. (1987.), Attitudes towards mental illness in the Athens area: implications for community mental health intervention, *Acta psychiatrica Scandinavica*, 75(2):158-165.
- Madianos, M.G., Madianou, D.G., Vlachonikolis, J. (1987.), Attitudes toward mental illness in the Athens area. Implications for community mental health intervention, *Acta psychiatrica Scandinavica*, 75:158–165.
- Magli, E. i sur. (2004.), Mental illness and media, *Recenti Progressi Medicina*, 95 (6): 302-7.
- Magliano, L., De Rosa, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Maj, M. (2004b.), Beliefs about schiozophrenia in Italy: a comparative nationwide survey of general public, mental health professionals and patients relatives, *Canadian Journal of psychiatry*, 49(59), 322-330.

- Magliano, L. i sur. (2004. a), Perception of patients unpredictability and beliefs on the causes and consequences of schizophrenia- a community survey, *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5): 410-6.
- Magliano, L. i sur. (2004.b), Beliefs about schizophrenia in Italy: a comparative nation-wide survey of the general public, mental health professionals, and patients relatives, *Canadian Journal of Psychiatry*, 49: 171-179.
- Mangili, E. i sur. (2004.), Attitudes toward disabilities and mental illness in work settings: a review, *Epidemiologija e Psichiatria Sociale*, 13 (1): 29-46.
- Mann, C.E. i Himelein, M.J. (2004.), Factors associated with stigmatisation of persons with mental illness, *Psychiatric Services*, 55 (2): 185-7.
- Manning, S.S., Suire, B.S. (1996.), Consumers as employees in mental health: bridges and roadblocks, *Psychiatric Services*, 47:939-940.
- Markowitz, F.E. (1998.), The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness, *Journal of Health and Social Behaviour*, 39(4):335-347.
- Marrone, J.F., Follwy, S., Selleck, V. (2005.), How mental health and welfare to work interact: the role of hope, sanctions, engagement, and support, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8:81–101.
- Marsh, A. i Sahin-Dikmen, M. (2002.), *Discrimination in Europe (report B) (str. 44-45)*, Policy Studies Institute, London. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_168_Breport_en.pdf
- Marwaha, S. i Johnson, S. (2004.), Schizophrenia and employment- a review, *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39 (5): 337-49.
- Mas, A. i Hatim, A. (2002.), Stigma in mental illness: attitudes of medical students towards mental illness, *Medical Journal Malaysia*, 57 (4): 433-44.
- Matković, T. (2006.), Koliko isključeni? Sociodemografski profil, zapošljivost i socijalni kapital siromašnih radnika i kućanstava bez zaposlenih u Hrvatskoj, *Rev. soc. polit.*, 13, br. 3-4: 271-291.
- McLeod, J.D., Kessler, R.C. i Landis, K.R. (1992.), Speed of recovery from major depressive episodes in a community sample of married men and women, *Journal of Abnormal Psychology*, 101:277-286.
- McQuilken, M. i sur. (2003.), The work project survey: consumer perspectives on work, *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18 (1): 59-68.
- McSween, J.L. (2002.), The role of group interest, identity, and stigma in determining mental health policy preferences, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 27 (5): 773-800.
- Meise, U. i sur. (2000.), "...not dangerous, but nevertheless frightening". A program against stigmatisation of schizophrenia in schools (in German), *Psychiatrische Praxis*, 27(7):340-6
- Mental Health Europe (2008.), From Exclusion to Inclusion- The Way Forward to Promoting Social Inclusion of People with Mental Health Problems in Europe, An analysis based on national reports from 27 EU Member States.
- Mihanović, M. i sur. (2005.), *Coll. Antropol*, 29 (2): 747–751.
- Mintz, A.R., Dobson, K.S., Romney, D.M. (2003.), Insight in schizophrenia: a meta-analysis, *Schizophrenia Research*, 61:75–88.
- Mirabi, M., Weinman, M.L., Magnetti, S.M. (1985.), Professional attitudes toward the chronic mentally ill, *Hospital and Community Psychiatry*, 36:404–405.
- Moore, O., Cassidy, E., Carr, A., O'Callaghan, E. (1999.), Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia, *European Psychiatry*, 14:264–269.
- Morgan, G. (2005.), We want to be able to work, *Mental Health Today*, October: 32–34.

- Mueller, B., Nordt, C., Lauber, C., Ruesch, P., Meyer, P.C., Rössler, W. (2006.) Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: A longitudinal approach, *Social Science & Medicine*, 62(1): 39-49.
 - Muijen, M. (2008.), Focus on Mental Health Care Reforms in Europe: Mental Health Services in Europe: An Overview, *Psychiatric Services*, 59:479-482.
 - Mullen, B., Rozell, D., Johnson, C. (1996.), The phenomenology of being in a group: complexity approaches to operationalizing cognitive representation. U: Nye J, Brower A, (ur.). *What's Social About Social Cognition? Research on Socially Shared Cognition in Small Groups* (str. 205-229.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
 - Mumford, E., Schlesinger, H.J., Glass, G.V. (1984.), A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment, *American Journal of Psychiatry*, 141:1145-58.
 - Murphy, A.A., Mullen, M.G., Spagnolo, B. (2005.), Enhancing individual placement and support: promoting job tenure by integrating natural supports and supported education, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8:37-61.
 - Nairn, R.G. i Coverdale, J.H. (2005.), People never see us living well: an appraisal of the personal stories about mental illness in a prospective print media sample, *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 39 (4): 281-7.
- Narodne novine (2009) Strategija razvojne suradnje Republike Hrvatske za razdoblje od 2009. do 2014. g. Zagreb: Narodne novine d.d. Dostupno na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2009_02_24_530.html (20. lipnja 2009.)
- Narodne novine (2008) Zakon o razvojnoj suradnji i humanitarnoj pomoći inozemstvu Zagreb: Narodne novine d.d. Dostupno na: <http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/378160.html> (20. lipnja 2009.)
- Newcomb, T.M. (1950.), *Social Psychology*, New York., Dryden.
 - Norris, P. (1989.), Politics and sexual equality. The comparative position of women in Western Democracies, Boulder, Woman into the Economy, Pariz
 - Ohaeri, I. (2003.), The burden of care giving in families with a mental illness: a review of 2002, *Current opinion in Psychiatry*, 16: 457-465.
 - Okasha, A. (2004.), *Globalization and mental health*, Keynote lecture, 17th World Congress of Social Psychiatry, Kobe.
 - Okasha, A. (2005), Globalization and mental health: a WPA perspective, *WPA Official Journal*, 4 (1): 1-3.
 - Olfson, M., Marcus, S.C., Wilk, J., West, J.C. (2006.), Awareness of illness and nonadherence to antipsychotic medications among persons with schizophrenia, *Psychiatric Services*, 57:205-211.
 - Olhansky, S. (1966.), Passing: road to normalization for ex-mental patients. *Mental hygiene*, 39:86-90.
 - Orear, G., Orear, T.M. (1990.), Way Station: a comprehensive approach to residential services for and with people with serious mental illness, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13: 77-90.
 - Ostman, M. i Kjellin, L. (2002.), Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness, *British Journal of Psychiatry*, 181: 494-8.
 - Page, S. (1995.), Effects of the mental illness label in 1993: Acceptance and rejection in the community, *Journal of Health and Social Policy*, 7, 61-68.
 - Papadopoulos, C., Leavey, G., i Vincent, C. (2002.) Factors influencing stigma A comparison of Greek-Cypriot and English attitudes towards mental illness in north London, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37:430-434.

- Partners in Corporate Initiatives: Stimulating Job Growth, Improving Employability and Tackling Social Exclusion, Bruxelles. King Bandonin Foundation, 1997.
- Penn, D.L., Kohlmaier, J.R., Corrigan, P.W. (2000.), Interpersonal factors contributing to the stigma of schizophrenia: social skills, perceived attractiveness, and symptoms, *Schizophrenia Research*, 29;45(1-2):37-45,
- Penn, D. L., Mueser, K. T., & Doonan, R. (1997). Physical attractiveness in schizophrenia: The mediating role of social skill, *Behavior Modification*, 21: 78–85
- Penn, D.L. i sur. (2003.), The effects of a documentary film about schizophrenia on psychiatric stigma, *Schizophrenia Bulletin*, 29 (2): 383-91.
- Pennington, D.C (1997.), *Osnove socijalne psihologije*, Jastrebarsko, Naklada Slap.
- Perese, E. F. (2007.), Stigma, Poverty, and Victimization: Roadblocks to Recovery for Individuals With Severe Mental Illness, *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 13(5):285-295.
- Perkins, R.i Moodley, P. (1993.), The arrogance of insight?, *Psychiatric Bulletin*, 17:233-234.
- Perlick, D., Rosenheck, R., Clarkin, J., Sirey, J., Salahi, J., Struening, E. (2001.), Stigma as a barrier to recovery: adverse effects of perceived stigma on social adaption of persons diagnosed with bipolar affective disorder, *Psychiatric Services*, 52:1627–1632.
- Perlick, D.A., Rosenheck, R.A., Miklowitz, D.J., Chessick, C., Wolff, N., Kaczynski, R., Ostacher, M., Patel, J., Desai, R. (2007.), STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group. Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder, *Bipolar Disord*, 9(3):262-73.
- Pescosolido, B.A. i sur. (1999.), The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems, *American Journal of Public Health*, 89:1339–45.
- Phelan, J.C., Link, B.G., Stueve, A. (2000.), Public conceptions of mental health in 1950 and 1996: what is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior*, 41:188–207□.
- Phillips, M.R. i sur. (2002.), Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China, *British Journal of Psychiatry*, 181: 488-93.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., Graham, T. (2003.), Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools, *Br J Psychiatry*, 182:342–346.
- Pinfold V. (2002.), Inclusion in the whole of life: Community safety. U: P. Bates (Ur.), *Working for Inclusion: Making social inclusion a reality for people with severe mental health problems* (str. 91-100), London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Pinfold, V. i sur. (2003.), Reducing psychiatric stigma and discrimination- evaluating an educational intervention in UK secondary schools, *British Journal of Psychiatry*, 182: 342-6.
- Pinfold, V. i sur. (2003.), Reducing psychiatric stigma and discrimination- evaluating an educational intervention with the police force in England, *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(6):337-44.
- Plan integracijskih aktivnosti Republike Hrvatske. 1 izd. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ured za europske integracije, 1999.
- Porter, J.R., Washington, R.E. (1993.), Minority identity and selfesteem, *Annual Review of Law and Social Science*, 19:139–161.
- Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A. (2005.), Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries, *British Medical Journal*, 330:123–126.

- Prior, L. i sur. (2003.), Stigma revisited, disclosure of emotional problems in primary care consultations in Wales, *Social Science and Medicine*, 56 (10): 2191-200.
- Puljiz, V. (2005.), Socijalna politika i socijalne djelatnosti u Hrvatskoj u razdoblju 1900.-1960. godine, *Revija za socijalnu politiku*, 2 (1):3-20
- Puljiz, V. (1997.), Pitanja socijalne države. Rasprava na Okruglom stolu: Hrvatska kao socijalna država, *Revija za socijalnu politiku*, 4(1):24-25.
- Pusić, E. (1993.), *Revija za socijalnu politiku*, Socijalna politika kao moralni problem, 1(1):7-14.
- Pusić, E. (1997.), Pitanja socijalne države. Rasprava na Okruglom stolu: Hrvatska kao socijalna država, *Revija za socijalnu politiku*, 4(1):21-24.
- Pyne, J.M., Bean, D., Sullivan, G. (2001.), Characteristics of patients with schizophrenia who do not believe they are mentally ill, *J Nerv Ment Dis*, 189:146–153.
- Rapp, C.A., Shera, W., Kisthardt, W. (1993.), Research strategies for consumer empowerment of people with severe mental illness, *Social Work*, 38:727-735.
- Rappaport, J. (1987.), Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology, *American journal of Community Psychology*, 15:121-142.
- Reguleska, J. (2001.), NGOs and their vulnerabilities during the time of transition, U: Anheier, H.K., Kendall, J. (ur.), *Third sector policy at the crossroads: An International Nonprofit analysis* (str. 183-192), London and New York, Routledge.
- Rezolucija, 2009. Dostupno na: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0062+0+DOC+XML+V0//EN&language=EN>. (15. studenog 2009.)
- Riessman, F. (1965.), The "helper-therapy" principle, *Social Work*, 10, 37–32.
- Riđanović, S. (1971.), Socijalni faktori u etiologiji mentalnih poremećaja. U: N. Peršić (ur.), *Socijalna psihijatrija* (str. 41-43), Zagreb: Pliva.
- Ritsher, J. E. B., Lucksted, A. (2000.), What do you call your problem? Labels for mental illness in four samples in the US and Russia, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23:393-395.
- Ritsher, J.B. i Phelan, J. C. (2004.), Internalised stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients, *Psychiatry Research*, 129 (3): 257-65.
- Roberts, L. J., Salem, D., Rappaport, J., Toro, P. A., Luke, D. A., Seidman, E. (1999.), Giving and receiving help: Interpersonal transactions in mutual-help meetings and psychosocial adjustment of members, *American Journal of Community Psychology*, 27:841–868.
- Rodin, S. (2003.), *Jednakost muškaraca i žena: pravo i politika u EU i Hrvatskoj*, Institut za međunarodne odnose, Zagreb.
- Rogers, E.S., Chamberlin, J., Ellison, M.L. i Crean, T. (1997.), A consumer constructed scale to measure empowerment among users of mental health services, *Psychiatric Services*, 48 (8):1042–7.
- Rollin, H.R. (1990.), *Festina Lente: A Psychiatric Odyssey*, (p.92), London: British Medical Journal Memoir Club.
- Rosenberg, M. (1965.), *Society and Adolescent Self Image*, Princeton, NH, Princeton University Press.
- Rosenfield, S. (1997.), Labeling mental illness. The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction, *American Journal of Sociology*, 62:660-672.
- Rosenfield, S., Neese-Todd, S. (1993.), Elements of a psychosocial clubhouse program associated with a satisfying quality of life, *Hospital and Community Psychiatry*, 44:76-78.
- Rosenfield, S. (1992.), Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill, *Journal of Health and Social Behavior*, 33:299–315.
- Rotter, J.B. (1966.), Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monographs*, 80(609):1-28.

- Rüşch, N. i sur. (2006.), Brief Reports: Self-Stigma, Empowerment, and Perceived Legitimacy of Discrimination Among Women With Mental Illness, *Psychiatr Serv*, 57:399-402.
- Ružica, M. (1987.), Socijalna politika 80-tih- kontinuitet ili promena strategije, *Sociološki pregled*, 1-2(11):25-34.
- Sanderson, K., Andrews, G. (2006.), Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology, *Canadian Journal of Psychiatry*, 51:63–75.
- Sanz, M., Constable, G., Lopez-Ibor, I. (1998.), A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables, *Psychological Medicine*, 28:437-446.
- Saraceno, B. (2004.), Mental health: scarce resources need new paradigms, *World Psychiatry*, 3:3-5.
- Sartorius, N. (2000.), Breaking the vicious cycle, *Mental Health and Learning Disabilities Care*, 4(3): 80.
- Sartorius, N. (2004.), Diminishing the stigma of schizophrenia, *Advances in Schizophrenia and Clinical Psychiatry*, 1(2):50-4.
- Sartorius, N. (1997.a), Fighting schizophrenia and its stigma: A new World Psychiatric Association educational programme, *British Journal of Psychiatry*, 170:297-232.
- Sartorius, N. (2006.), Izazovi suvremene psihijatrije: mentalno zdravlje i socijalni kapital, *Medix*, 62/63.
- Sartorius, N. (1999.), One of the last obstacles to better mental health care: the stigma of mental illness. U: Guimón, J., Fischer, W., Sartorius, N., (ur.), *The image of madness* (str. 96-105), Basel, Basle-Karger.
- Sartorius, N. (2006.), Stigma i shizofrenija, *Medix*, 62/63.
- Sartorius, N. (2002.), Iatrogenic stigma of mental illness, *British Medical Journal*, 324 (7352):1470-1.
- Sartorius, N. i Schulze, H. (2005.), *Reducing the stigma of mental illness*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Sartorius, N., Kuyken, J. (1994.), Translation of Health Status Instruments, U: J. Orley & J. Kuyken (ur.), *Quality of Life Assessment in Health Care Settings*. Volume 1, Berlin, Springer-Verlag.
- Sartorius, N., Schulze, H. (2005.), A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association, Cambridge (United Kingdom), Cambridge University Press.
- Szasz, S.T. (1974.), *The Myth of Mental Illness (p.XIII)*, rev. ed., New York: Harper and Row.
- Sayce, L. i Curran, C. (2007.), Tackling social exclusion across Europe. U: Knapp, M. i sur. (ur.), *Mental health policy and practice across Europe*, Berkshire, McGraw-Hill.
- Scheff, T.J. (1966.), *Being Mentally Ill: A Sociological Theory* (pp. 28, 9293, 96), Chicago: Aldine.
- Schmitz, N., Kugler, J., Rolnik, J. (2003.), On the relation between neuroticism, self-esteem and depression: Results from the National Comorbidity Survey, *Compr Psychiatry*, 44:169–176.
- Schomerus, G., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. (2009.), The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 259(5):298-306.
- Schomerus, G., Matschinger, H., Kenzin, D., Breier, P., Angermeyer, M.C. (2006.), Public attitudes towards mental patients: a comparison between Novosibirsk, Bratislava and German cities, *European Psychiatry*, 21(7):436-41.
- Schulze, B., Rössler, W. (2005.), Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004-2005, *Current Opinions in Psychiatry*, 18(6):684-91.

- Schulze, B. i sur. (2003.), Crazy? So what! Effects of a school project on students attitudes towards people with schizophrenia, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(2):142-50.
- Schwartz, R.C. (1998.), The relationship between insight, illness and treatment outcome in schizophrenia, *Psychiatric Quarterly*, 69:1–22
- Scott, D.J. Phillip, A.E. (1985.), Attitudes of psychiatric nurses and patients, *British Journal of Medical Psychology*, 58:169–173.
- Segal, S., Silverman, C., Temkin, T. (1995.), Measuring empowerment in client run self help agencies, *Community Mental Health Journal*, 31: 215-227.
- Segal, S.P., Silverman, C., Temkin, T. (1993.), Empowerment and self help agency practice for people with mental disabilities, *Social Work*, 39:727-735.
- Segal, S. P., Baumohl, J., Moyles, E. W. (1980.), Neighborhood types and community reaction to the mentally ill: A paradox of intensity, *Journal of Health and Social Behavior*, 21:345–359.
- Sherer, M., Adams, C. (1983.), Construct validation of the Self Efficacy scale, *Psychological Reports*, 53:899- 902.
- Shorter, E. (1997.), *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac* (str. 272-277), New York: Wiley and Sons, Inc.
- Sider, R.C. (1984.), The ethics of therapeutic modality choice, *American Journal of Psychiatry*, 141(3):390-4.
- Sirey, J.A., Bruce, M.L., Alexopoulos, G.S., Perlick, D.A., Friedman, S.J., Meyers, B.S. (2001.), Stigma as a barrier to recovery: perceived stigma and patient-related severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence, *Psychiatric Services*, 52:1615–1620.
- Skovholt, T. M. (1974.), Client as helper: Means to promote psychological growth, *Counseling Psychologist*, 4:58–64.
- Socall, D. W., Holtgraves, T. (1992.), Attitudes toward the mentally ill: The effects of label and beliefs, *Sociological Quarterly*, 33:435–445.
- Solomon, P., Draine, J. (1994.), Family perceptions of consumers as case managers, *Community Mental Health Journal*, 30:165-176.
- Spajić-Vrkaš, V. (2001.), *Obrazovanje za ljudska prava i demokraciju: interdisciplinarni riječnik*, Hrvatsko povjerenstvo za UNESCO, Zagreb.
- Spencer, J. (2004.), Patients in medical education, *Lancet*, 363:1480-1484.
- Ssebunnya, J., Kigozi, F., Lund, C., Kizza, D., Okello, E. (2009.), Stakeholder perceptions of mental health stigma and poverty in Uganda, *BMC Int Health Hum Rights*, 31(9):5-8.
- Stam, H. Cuijpers, P. (2001.), Effects of family interventions on burden of relatives of psychiatric patients in The Netherlands: a pilot study, *Community Mental Health Journal*, 37:179-87.
- Stanculescu, M., Mugur, C., Raluca, S. (2009.), Public stereotypes of mental disorders in Romania- a case vignette study, Book of abstracts, The fourth Int. Stigma Conference, London.
- Stuart, H. (2003.), Stigma and the daily news: evaluation of a newspaper intervention, *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(10): 651-6.
- Surguladze, S., David, A. (1999.), Insight and major mental illness: an update for clinicians, *Advances in Psychiatric Treatment*, 5: 163-170.
- Sullivan, H.S. (1953.), *The interpersonal theory of psychiatry*, Norton and comp., New York.
- Suzić, N. (2008), *Uvod u inkluziju*, Banja Luka: XBS
- Špoljar Vržina, S. (2008.), Neoliberalno “zdravlje”, globalna bolest i štamparovska medicina, *Društvena istraživanja*, 6(98): 999-1021.
- Šporer, Ž (2004.). Koncept društvene isključenosti, *Društvena istraživanja*, 13 (1-2):171-193.
- Štampar, A. (1919.), O zdravstvenoj oplitici, *Jugoslavenska njihva*, 29-31:1-29.

- Štampar, A. (1923.), O socijalnoj medicini. Glasnik ministarstva narodnog zdravlja, 1-3:1-12.
- Štulhofer, A. (2001.), Dinamika sociokulturalnog kapitala 1995.-1999. U: M. Meštrović (ur.), *Globalizacija i njene refleksije* (str. 219.-228.), Zagreb, Ekonomski institut.
- Štulhofer, A. (2003.), Društveni kapital i njegova važnost, U: D. Ajduković (ur.), *Zbornik Socijalna rekonstrukcija zajednice* (str. 79.-98.), Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- Štulhofer, A., Matković, T. (2006.), Istraživanja socijalne isključenosti-empirijska analiza socijalne isključenosti, U: N. Starc, L. Ofak i Šelo Šabić, S. (ur.), *Siromaštvo, nezaposlenost i socijalna isključenost*, Zagreb, UNDP.
- Šućur, Z. (2004.), Socijalna isključenost: pojam, pristupi i operacionalizacija, *Revija za sociologiju*, 35(1-2):45-60.
- Tajfel, H. (1978.), *Differentiation Between Social Groups: Studies in the Social Psychology of Intergroup Relations*, New York, NY Academic Press.
- Tanaka, G. i sur. (2005.), Evaluating community attitudes to people with schizophrenia and mental disorders using a case vignette method, *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 59(1):96-101.
- Tangney, J.P., Dearing, R.L. (2002.), Our "intrapersonal" relationship, The self in shame and guilt, U: J.P. Tangney, R.L. Dearing (ur.), *Shame and Guilt* (52-77 str.), New York, Guilford Press.
- Tarrier, N. (1988.), The community management of schizophrenia: a controlled trial of behavioural intervention with families to reduce relapse, *British Journal of Psychiatry*, 153:532-542.
- Taskin, E.O. i sur. (2003.), Public attitude to schizophrenia in rural Turkey, *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(10):586-92.
- Tay, S.E. i sur. (2004.), Nurses attitudes toward people with mental illnesses in a psychiatric hospital in Singapore, *Journal of Psychosocial Nursing mental Health Services*, 42 (10): 40-7.
- Taylor, J., Turner, R. J. (2001.), A longitudinal study of the role and significance of mattering to others for depressive symptoms, *Journal of Health and Social Behavior*, 42:310-325.
- Tellen, S., Herzog, A. & Kilbane, T.L. (1989.), Impact of a family support program on mothers social support and parenting stress, *American Journal of Orthopsychiatry*, 59:410-9.
- Teplin, L.A. (2005.), Crime Victimization in Adults With Severe Mental Illness, Comparison With the National Crime Victimization Survey, *Arch Gen Psychiatry*, 62:911-921.
- Tester, S. (1996.), *Community Care for Older People: A Comparative perspective*. 1. izd., Basingstoke, Macmillan.
- Thara, R., Srinivasan, T.N. (1997.), Outcome of marriage in schizophrenia, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32(7):416-20.
- Thara, R. i sur. (2003.), Women with schizophrenia and broken marriages- doubly disadvantaged? Part I: patient perspective, *International Journal of Social Psychiatry*, 49 (3): 225-32.
- Thoits, P. A. (1995.), Stress, coping, and social support processes: Where are we, what next, *Journal of Health and Social Behavior*, 35:53-79.
- Thompson, A.H. i sur. (2002.), Attitudes about schizophrenia form the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia, *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(10):475-82.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. (2007.), A discrimination in health care against people with mental illness, *Int Rev Psychiatry*, 19(2):113-22.
- Thornicroft, G. (2006.), *Ignorance+Prejudice+Discrimination=Stigma*, London, Mental

Health Foundation.

- Thornicroft, G., Brohan, E., Kassam A i Lewis Holmes. (2008.), Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions, *Int J Ment Health Syst*, 13;2(1):3-6.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D. (2009.), Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey, *The Lancet*, 373:408-415.
- Torrey, E.F. (1988.), *Nowhere to Go: The Tragic Odyssey of the Homeless Mentally Ill* (pp. 2529, 126-128), New York: Harper and Row.
- Trute, B., Tefft, B., Segall, A. (1989.), Social rejection of the mentally ill: a replication study of public attitude, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 24(2):69-76.
- Tsang, H.W. i sur. (2003.), Sources of burdens on families of individuals with mental illness, *International Journal of Rehabilitation*, 26 (2): 123-30.
- Tsang, H.W. i sur. (2007.), A cross-cultural study of employers' concerns about hiring people with psychotic disorder: implications for recovery, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42(9):723-33.
- Turner, J.C. (1981.), The experimental social psychology of intergroup behaviour, U: J.C. Turner, H. Giles (ur.), *Intergroup behaviour*, Oxford, Basil Blackwell.
- Turner, R. J., Turner, J. B. (1999.), Social integration and support. U: C. S. Aneshensel (ur.), *Handbook of the sociology of mental health* (301– 319 str.), New York, Kluwer Academic/Plenum.
- Ucok, A. i sur. (2004.), Attitudes of psychiatrists toward patients with schizophrenia, *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 58 (1):89-91.
- UNDP Hrvatska (2006.) Siromaštvo, nezaposlenost i socijalna isključenost. Zagreb. Dostupno na: <http://www.undp.hr/show.jsp?page=52276> (15. studenog 2009.)
- Van Dorn, R.A., Swanson, J.W., Elbogen, E.B., Swartz, M.S. (2005.), A comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups: perceived likelihood of violence and desire for social distance, *Psychiatry*, 68(2):152-63.
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M. (2007.), Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping schizophrenia, *Psychiatry Research*, 150:71-80.
- Veltman, A. i sur. (2002.), The experience of providing care to relatives with chronic mental illness, *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 190 (2): 108-14.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., Haake, S. (2006.), Measuring self-stigma associated with seeking psychological help, *Journal of counseling psychology*, 53:325-337.
- Vukušić Rukavina, T., Rojnić Kuzman, M., Brborović, O., Jovanović, N. (2010.), Prikaz duševnih smetnji u tiskanim medijima u Hrvatskoj, *Socijalna psihijatrija*, 38:14-21.
- Wahl, O.F. (1999.), Mental health consumers' experience of stigma, *Schizophrenia Bulletin*, 25(3):467–78.
- Walkup, J. i sur. (2004.), How is stigmatisation affected by the "layering" of stigmatised conditions, such as serious mental illness and HIV?, *Psychological Report*, 95 (1):771-9.
- Warner, R., Taylor, D., Powers, M., Hyman, R. (1989.), Acceptance of the mental illness label by psychotic patients: effects on functioning, *American Journal of Orthopsychiatry*, 59:389–409.
- Warner, R. (2005.), Local projects of the WPA programme to reduce stigma and discrimination, *Psychiatric Services*, 56(5):570-5.
- Watson, A.C., River, L.P. (2005.), From self stigma to empowerment. U: Corrigan, P.W. (ur.), *A Comprehensive Review of the Stigma of Mental Illness: Implications for Research and Social Change* (145–164 str.), Washington, DC, American Psychological Association.
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E. (2007.), Self-stigma in people with mental illness, *Schizophrenia Bulletin*, 33:1315-1318.

- Watson, A.C. i sur. (2004.), Changing middle schoolers attitudes about mental illness through education, *Schizophrenia Bulletin*, 30 (3): 563-72.
 - Westermeyer, J. (1987.), Cultural Factors in Clinical Assessment, *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 55(4):471-478.
 - Whaley, A. (1997.), Ethnic and racial differences in perceptions of dangerousness of persons with mental illness, *Psychiatric Services*, 48:1328–1330.
 - Williamson, A. (2001.), Novi modeli upravljanja u Irskoj: EU uključenost neprofitnog sektora, *Revija za socijalnu politiku*, 8:195-208.
 - Wilson, M. (1993.), “DSM-III and the Transformation of American Psychiatry: A History”, *American Journal of Psychiatry*, 150: 399- 410.
 - Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., Leff, J. (1996.), Public education for community care: a new approach, *British Journal of Psychiatry*, 168:441–447.
 - Wolff, N., Perlick, D.A., Kaczynski, R., Calabrese, J., Nierenberg, A., Miklowitz, D.J. (2006.), Modeling costs and burden of informal caregiving for persons with bipolar disorder, *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9(2):99-110.
 - World Bank, (1987.), Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform, Washington, D.C., The World Bank.
- World Psychiatric Association (2009.), Consensus statement on globalization and mental health. Brussels. Dostupno na: <http://wpanet.org/home.html> (4. svibnja 2009)
- World Psychiatric Association, (2001.) The WPA global programme to reduce the stigma and discrimination because of schizophrenia-an interim report 2001. Geneva: World Psychiatric Association.
 - Wowra, S.A., McCarter, R. (1999.), Validation of the Empowerment Scale With an Outpatient Mental Health Population, *Psychiatric Services*, 1;50(7):959-61.
 - Wright, E.R., Gronfein, W.P., Owens, T.J. (2000.), Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients, *Journal of Health and Social Behavior*, 41:68–90.
 - Wrigley, S., Jackson, H., Judd, F., Komiti, A. (2005.), Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39:514–521.
 - Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., et al (2008.), Pathways between internalised stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders, *Psychiatric Services*, 59:1437-1442.
 - Zimmerman, M., Rappaport, J. (1988.), Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment, *American Journal of Community Psychol*, 16:725–750.
 - Živčić-Bećirević, I. (1995/96.), *Konstrukcija skale percipirane socijalne podrške za djecu*. Godišnjak Zavoda za Psihologiju (str. 91-98), Rijeka: Pedagoški fakultet Sveučilišta u Rijeci.

IX. PROŠIRENI SAŽETAK

Uvod: Sve je veći društveni interes za identificiranje karakteristika i procesa koji potiču i utječu na samostigmatiziranje osoba sa psihičkim poremećajem, koje nastaje kao posljedica društvene stigmatizacije tih osoba, kao i za istraživanja stupnja u kojem osobe sa psihičkim poremećajem percipiraju društvenu diskriminaciju i obezvređivanje te razine njihova samopouzdanja, a s ciljem da bi se lakše djelovalo na “začarani krug stigmatiziranja”, u kojem se stigmatizacija potiče i pojačava, što dalje otežava probleme osoba s psihičkim poremećajem, kao što su socijalna degradacija, nezaposlenost, sindrom „pokretnih vrata“ odnosno učestalih hospitalizacija, što povećavaju radnu, socijalnu i obiteljsku nefunkcionalnost i društvenu isključenost osoba s psihičkim poremećajem.

Ciljevi: Kroskulturalna analiza stupnja i povezanosti između promatranih kategorija (razine samostigmatizacije, samopouzdanog doživljaja *selfa* i percepcije socijalnog obezvređivanja i diskriminacije) sa ispitivanim socio-demografskim varijablama te utvrđivanje onih socio-demografskih varijabli koje u kontekstu ispitanih u Republici Hrvatskoj predstavljaju statistički značajne prediktore razine triju promatranih kategorija e kako bi se odredila ciljna mjesta za moguće intervencije. Sekundarni cilj jest izrada i standardizacija mjernih instrumenata koji mjere tri promatrane kategorije na populaciji ispitanika u Republici Hrvatskoj a mogu se koristiti u budućim istraživanjima.

Metode: Istraživanje je imalo karakter „presječne“ analize, a korišteni su mjerni instrumenti za mjerenje triju dimenzija unutar problema stigme (samostigmatizaciju - internaliziranu stigmu, percepciju socijalnog obezvređivanja i diskriminacije i osnaživanje (*empowerment*), odnosno njegovu osnovnu komponentu - samopouzdanu doživljaj *selfa*) u osoba koje boluju od psihičkih poremećaja. Empirijski podaci prikupljeni su tijekom 2007. godine u 7 europskih zemalja (Rumunjska, Poljska, Grčka, Slovenija, Finska, Italija te Hrvatska) u sklopu paneuropskog projekta „GAMIAN-Europe“, organizacije pod nazivom *GAMIAN STIGMA SURVEY*. S obzirom na to da su referentni mjerni instrumenti namijenjeni populaciji engleskoga govornog područja, za zemlje u kojima engleski nije materinji jezik provedena je procedura prijevoda i kroskulturalna adaptacija upitnika na govorni jezik države u kojoj se ispitivanje provodilo, kako bi se osigurala komparabilnost dobivenih podataka. Najvećem je broju ispitanih dijagnosticiran određen oblik psihotičnog poremećaja ili depresija, odnosno anksiozni poremećaj. Uz glavno ograničenje studije - karakter uzorka koji je prigodan i ne može se koristiti za generalizaciju - dobiveni su sljedeći rezultati.

Rezultati: Obuhvaćeno je 1600 referentnih sudionika. U svim je analiziranim zemljama vidljiva niska i minimalna razina samostigmatizacije, umjerena razina

percipirane socijalne diskriminacije te umjerena razina samopouzdanja, s iznimkom ispitanika iz Grčke, koji iskazuju više razine samostigmatizacije i percipirane socijalne diskriminacije te nisku razinu samopouzdanja. Prema razini samostigmatizacije, samopouzdanja i percepcije socijalne diskriminacije i obezvređivanja, utvrđeno je da se ispitanici iz Hrvatske i Slovenije ne razlikuju po razinama samostigmatizacije, samopouzdanja te percipirane socijalne diskriminacije i obezvređivanja. No, u odnosu na ostale zemlje u kojima je vršeno istraživanje, ispitanici iz Hrvatske iskazuju veće razine samostigmatizacije od ispitanika iz Finske i Italije, manje razine samostigmatizacije od ispitanika iz Grčke te podjednake razine samostigmatizacije kao ispitanici iz Rumunjske. Glede razine percipirane socijalne diskriminacije i obezvređivanja, ispitanici iz Hrvatske iskazuju manje razine percipirane socijalne diskriminacije i obezvređivanja od ispitanika iz Grčke, Poljske te Italije, a podjednake razinama rumunjskih i finskih ispitanika. Također, ispitanici iz Hrvatske iskazuju više razine samopouzdanja od ispitanika iz Grčke, manje od ispitanika iz Rumunjske, a podjednaku razinu samopouzdanja u usporedbi s ispitanicima iz Italije, Finske i Poljske. Prema socio-demografskim karakteristikama ispitanika u odnosu na tri promatrane kategorije nađeno je da, na razini svih analiziranih zemalja, socijalnu okolinu kao obezvređujuću i diskriminirajuću u statistički značajno većoj mjeri percipiraju fakultetski obrazovani ispitanici, ispitanici bez partnera, prijatelja i najboljeg prijatelja, ispitanici koji boluju od psihotičnog poremećaja, oni koji imaju uvid u svoju dijagnozu, oni ispitanici koji se ne slažu s dijagnozom, nezaposleni i radno nesposobni te oni koji žive u instituciji i s rođacima. Vezano za sociodemografsku varijablu spola ispitanika, u istraživanju ove disertacije nije utvrđena statistički značajna razlika u razini samostigmatizacije, samopouzdanja te percipirane socijalne diskriminacije između muških i ženskih ispitanika. Percepcija socijalne okoline kao diskriminirajuće i obezvređujuće povezana je pozitivno s razinom samostigmatizacije - što je veća percepcija diskriminacije i obezvređivanja, veća je i razina samostigmatizacije, a negativno je povezana sa stupnjem samopouzdanog doživljaja *selfa*, jer što je veća percepcija diskriminacije i obezvređivanja, niža je razina samopouzdanog doživljaja *selfa*.

Radi analize hrvatskih podataka, sva tri instrumenta podvrgnuta su faktorskoj analizi, uzimajući u obzir samo poduzorak ispitanika iz Republike Hrvatske. Za poduzorak ispitanika iz Hrvatske utvrđeni su prediktori viših razina samostigmatizacije, percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije te nižih razina samopouzdanja. Za one ispitanike koji nemaju prijatelja i najboljeg prijatelja te one koji su invalidi ili umirovljeni, očekujemo da će biti jače samostigmatizirani i imati manje samopouzdanja. Nadalje, za one ispitanike koji imaju partnera/bračnog druga očekujemo da će imati manje samopouzdanja, a također će u većoj mjeri percipirati socijalno obezvređivanje i diskriminaciju. U većoj mjeri će percipirati socijalno obezvređivanje i diskriminaciju i oni ispitanici koji su liječenje započeli poslije 25. godine života te oni koji se ne slažu sa svojom dijagnozom.

Zaključci: Potvrđena je pretpostavka po kojoj se osobe s psihičkim poremećajem samostigmatiziraju, tj. imaju predrasude prema sebi jer su duševno bolesni,

posebno oni ispitanici koji nemaju socijalne kontakte te koji su invalidni i umirovljeni. Upravo oni iskazuju umjerene razine samostigmatizacije, koje su više od razina samostigmatizacije ostalih kategorija ispitanika. Pretpostavka po kojoj će ispitanici iz zemalja etablirane demokracije imati niže razine samostigmatizacije, niže razine percipirane socijalne diskriminacije te više razine samopouzdanog doživljaja *selfa* u usporedbi s Republikom Hrvatskom i ostalim tranzicijskim zemljama nije se potvrdila, odnosno moglo bi se spekulirati o zaključku da stupanj razvijenosti demokracije, kao i dugotrajnost demokratske institucije u pojedinoj zemlji ne predstavljaju fundamentalne čimbenike razine samostigmatizacije, percipirane socijalne diskriminacije te samopouzdanja u osoba s psihičkim poremećajem. Pretpostavlja se kako neki drugi strukturalni čimbenici u uzorku determiniraju razine ispitivanih promatranih kategorija. Potvrđena je pretpostavka o međusobnoj korelaciji triju mjerenih promatranih kategorija: u svim će analiziranim zemljama, osim Italije, razina samostigmatizacije, između ostalog, odlučiti hoće li socijalno diskriminirana osoba s psihičkim poremećajem iskazati nisku razinu samopouzdanog doživljaja *selfa*, dok je u Italiji negativna diskriminacija iz socijalne okoline povezana s niskom razinom samopouzdanog doživljaja *selfa* bez obzira na razinu samostigmatizacije osobe s psihičkim poremećajem. Prihvaćena je pretpostavka po kojoj su utvrđeni prediktori triju promatranih kategorija istodobno i neki od pokazatelja socijalne isključenosti osoba s psihičkim poremećajem iz društva. Spomenuti pokazatelji ujedno su i ciljna mjesta za terapijske intervencije i programske aktivnosti koje za cilj imaju povećanje uključenosti osoba s psihičkim poremećajem u društvo. Prema dobivenim faktorskim solucijama konstruirane su tri aditivne ponderirane skale, koje se kao doprinos ove disertacije znanosti preporučuju u daljnjim istraživanjima na hrvatskoj populaciji, kao i konstruiran dijagram s predloženim intervencijama prema dobivenim rezultatima.

X. ŽIVOTOPIS AUTORA I POPIS OBJAVLJENIH RADOVA

Rođena 1974. godine u Zagrebu. Osnovnu školu završila u Petrinji, srednju školu pohađala u Zagrebu, V. gimnaziju, maturirala u Windsoru, Ontario, Canada.

Diplomirala 1998. godine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu.

Stručni ispit položila 1999. godine.

2002. godine magistrirala na Prirodoslovno medicinskom fakultetu, odsjek biološka antropologija na temu Dinamika stresa i promjena uvjeta rada liječnika opće medicine.

Od 2004. godine jedan od osnivača i predsjednica Udruge za unapređenje duševnog zdravlja i kvalitete života duševnog bolesnika i njegove obitelji „Sretna obitelj“.

Od 2005. do 2010. godine glavni urednik i koautor do sada šest izdanja psihoedukacijskih knjiga katalogiziranih u Nacionalnoj Sveučilišnoj knjižnici, voditelj organizacije dviju međunarodnih konferencija, simpozija, tribine i dva okrugla stola te više radionica udruge “Sretna obitelj”.

Od 2005. godine počasni član Istraživačkog centra za mentalno zdravlje Bedfordshire u suradnji sa Sveučilištem u Cambridgeu, Engleska.

2006. godine završila edukaciju i započela samostalan rad uz superviziju iz Kognitivno bihevioralne psihoterapije.

2007. godine završila Internacionalni poslijediplomski studij menadžmenta u zdravstvu.

Od 2000. godine zaposlena u Neuropsihijatrijskoj bolnici «dr. I. Barbot» u Popovači kao liječnik sekundarac, od 2008. godine kao specijalist psihijatar a od 2010. godine kao subspecijalist socijalne psihijatrije.

Aktivno sudjelovala u domaćim znanstvenim i stručnim skupovima, kao autor objavila tridesetak znanstvenih i stručnih publikacija citiranih u domaćim i stranim časopisima.

2011. godine doktorirala na Filozofskom fakultetu, odsjek antropologija i etnologija na temu Kroskulturalna analiza posljedica društvene stigmatizacije osoba s psihičkim poremećajima

XI. PRILOZI

PRIOG 01a: SOCIO-DEMOGRAFSKA STRUKTURA ANALIZIRANOG UZORKA

Varijabla	Kategorije varijable	Broj i valjani postotak ispitanika	Total	Zemlja						
				Rumunjska	Hrvatska	Poljska	Grčka	Slovenija	Finska	Italija
Spol	Muški	Broj ispitanika	677	51	128	198	103	69	52	76
		Postotak ispitanika	42,70%	25,60%	48,30%	48,60%	52,00%	53,50%	27,40%	38,20%
	Ženski	Broj ispitanika	910	148	137	209	95	60	138	123
		Postotak ispitanika	57,30%	74,40%	51,70%	51,40%	48,00%	46,50%	72,60%	61,80%
	Valjane frekvencije Nedostajuće frekvencije	Valjane frekvencije	1587	199	265	407	198	129	190	199
		Nedostajuće frekvencije	13	1	3	4	0	1	4	0
	Ukupno	Ukupno	1600	200	268	411	198	130	194	199
		Broj ispitanika	248	35	65	52	15	24	50	7
	Osnovnoškolsko obrazovanje	Postotak ispitanika	16,40%	22,40%	24,30%	12,90%	7,60%	19,80%	28,10%	3,70%
		Broj ispitanika	775	71	172	188	108	80	98	58
	Srednjoškolsko obrazovanje	Postotak ispitanika	51,20%	45,50%	64,40%	46,50%	54,50%	66,10%	55,10%	30,50%
		Broj ispitanika	491	50	30	164	75	17	30	125
Obrazovni status	Fakultetsko obrazovanje	Postotak ispitanika	32,40%	32,10%	11,20%	40,60%	37,90%	14,00%	16,90%	65,80%
		Valjane frekvencije Nedostajuće frekvencije	1514	156	267	404	198	121	178	190
	Nedostajuće frekvencije	Nedostajuće frekvencije	86	44	1	7	0	9	16	9
		Ukupno	1600	200	268	411	198	130	194	199
Socijalni kontakt - Partner	Da	Broj ispitanika	686	116	141	121	37	56	104	111
		Postotak ispitanika	43,70%	60,10%	53,60%	30,20%	18,70%	43,40%	54,70%	56,30%
	Ne	Broj ispitanika	885	77	122	280	161	73	86	86
		Postotak ispitanika	56,30%	39,90%	46,40%	69,80%	81,30%	56,60%	45,30%	43,70%
	Valjane frekvencije Nedostajuće frekvencije	Valjane frekvencije	1571	193	263	401	198	129	190	197
		Nedostajuće frekvencije	29	7	5	10	0	1	4	2
	Ukupno	Ukupno	1600	200	268	411	198	130	194	199
		Broj ispitanika	1167	155	226	272	104	97	156	157
Socijalni kontakt - Prijatelj	Da	Postotak ispitanika	74,10%	79,50%	85,90%	67,50%	52,50%	77,60%	81,30%	79,30%
		Broj ispitanika	407	40	37	131	94	28	36	41
	Ne	Postotak ispitanika	25,90%	20,50%	14,10%	32,50%	47,50%	22,40%	18,80%	20,70%
		Valjane frekvencije Nedostajuće frekvencije	1574	195	263	403	198	125	192	198
	Nedostajuće frekvencije	Nedostajuće frekvencije	26	5	5	8	0	5	2	1
		Ukupno	1600	200	268	411	198	130	194	199

Varijable	Kategorije varijable	Broj i valjani postotak ispitnika	Zemlja									
			Total	Rumunjska	Hrvatska	Poljska	Grcčka	Slovenija	Finska	Italija		
Socialni kontakt - Bliski član obitelji		Broj ispitnika	1110	166	197	221	145	91	138	152		
	Da	Postotak ispitnika	70,60%	85,10%	75,20%	64,70%	74,00%	71,70%	72,60%	76,80%		
		Broj ispitnika	462	29	65	183	51	36	52	46		
	Ne	Postotak ispitnika	28,40%	14,90%	24,80%	45,30%	26,00%	28,30%	27,40%	23,20%		
Broj socijalnih kontakata		Valjane frekvencije Nedostajuće Ukupno	1572	195	262	404	196	127	190	198		
		28	5	6	7	2	3	4	1			
		1600	200	268	411	198	130	194	199			
	0	Broj ispitnika	137	5	7	74	28	5	7	11		
		Postotak ispitnika	8,90%	2,70%	2,70%	18,80%	14,30%	4,10%	3,70%	5,70%		
		Broj ispitnika	212	20	19	46	67	18	22	20		
	1	Postotak ispitnika	13,80%	10,80%	7,50%	11,70%	34,20%	14,80%	11,70%	10,40%		
		Broj ispitnika	328	29	56	96	31	34	34	48		
	2	Postotak ispitnika	21,40%	15,70%	22,00%	24,40%	15,80%	27,90%	18,10%	24,90%		
		Broj ispitnika	437	47	87	107	43	39	55	59		
Dijagnoza	3	Postotak ispitnika	28,50%	25,40%	34,10%	27,20%	21,90%	32,00%	29,30%	30,60%		
		Broj ispitnika	418	84	86	70	27	26	70	55		
	4	Postotak ispitnika	27,30%	45,40%	33,70%	17,80%	13,80%	21,30%	37,20%	28,50%		
		Valjane frekvencije Nedostajuće Ukupno	1532	185	255	393	196	122	188	193		
		68	15	13	18	2	8	6	6			
		1600	200	268	411	198	130	194	199			
		Broj ispitnika	626	31	93	192	179	40	50	41		
		Postotak ispitnika	52,20%	24,40%	46,00%	64,90%	99,40%	47,10%	34,00%	25,20%		
		Broj ispitnika	514	88	83	95	7	36	94	117		
	Depresije i anksiozni poremećaji	Postotak ispitnika	42,80%	69,30%	41,10%	32,10%	0,60%	42,40%	63,90%	71,80%		
Uvid u dijagnozu	Ostalo (poremećaji osobnosti, ovisnosti, epilepsija)	Broj ispitnika	60	8	26	9	9	9	3	5		
		Postotak ispitnika	5,00%	6,30%	12,90%	3,00%		10,60%	2,00%	3,10%		
		Valjane frekvencije Nedostajuće Ukupno	1200	127	202	296	180	85	147	163		
		400	73	66	115	18	45	47	36			
		1600	200	268	411	198	130	194	199			
		Broj ispitnika	1200	127	202	296	180	85	147	163		
	Da	Postotak ispitnika	75,00%	63,50%	75,40%	72,00%	90,90%	65,40%	75,80%	81,90%		
		Broj ispitnika	400	73	66	115	18	45	47	36		
	Ne	Postotak ispitnika	25,00%	36,50%	24,60%	28,00%	9,10%	34,60%	24,20%	18,10%		
		Valjane frekvencije Nedostajuće Ukupno	1600	200	268	411	198	130	194	199		

Varijabla	Kategorije varijable	Broj i valjani postotak ispitnika	Total	Zemlja						Italija
				Rumunjska	Hrvatska	Poljska	Grčka	Slovenija	Finska	
Slaganje sa dijagnozom	Slaganje	Broj ispitnika	718	81	121	207	41	58	99	111
		Postotak ispitnika	60,50%	65,30%	61,70%	70,60%	22,80%	69,00%	67,30%	68,10%
	Neslaganje	Broj ispitnika	469	43	75	86	139	26	48	52
		Postotak ispitnika	39,50%	34,70%	38,30%	29,40%	77,20%	31,00%	32,70%	31,90%
		Valjane frekvencije Nedostajuće Ukupno	1187	124	196	293	180	84	147	163
		Broj ispitnika	695	50	83	245	126	54	76	61
		Postotak ispitnika	46,60%	28,70%	33,50%	63,00%	64,00%	46,20%	41,50%	33,30%
		Broj ispitnika	796	124	165	144	71	63	107	122
Dob početka liječenja	Do 25 - te godine života	Postotak ispitnika	53,40%	71,30%	66,50%	37,00%	36,00%	53,80%	58,50%	66,70%
		Valjane frekvencije Nedostajuće Ukupno	1491	174	248	389	197	117	183	183
	Nakon 25 - te godine života	Broj ispitnika	109	26	20	22	1	13	11	16
		Ukupno	1600	200	268	411	198	130	194	199
	Plaća	Broj ispitnika	346	54	87	34	22	34	26	89
		Postotak ispitnika	24,20%	28,90%	39,20%	8,90%	11,60%	35,40%	15,00%	49,40%
	Mirovina	Broj ispitnika	321	82	25	16	5	46	97	50
		Postotak ispitnika	22,50%	43,90%	11,30%	4,20%	2,60%	47,90%	56,10%	27,80%
	Invalidnina	Broj ispitnika	570	30	52	307	112	7	49	13
		Postotak ispitnika	39,90%	16,00%	23,40%	80,80%	59,30%	7,30%	28,30%	7,20%
	Ostalo (prihodi od donacija, članova obitelji, socijalne pomoći)	Broj ispitnika	190	21	58	23	50	9	1	28
		Postotak ispitnika	13,30%	11,20%	26,10%	6,10%	26,50%	9,40%	0,60%	15,60%
Izvor prihoda		Valjane frekvencije Nedostajuće Ukupno	1427	187	222	380	189	96	173	180
		Broj ispitnika	173	13	46	31	9	34	21	19
		Ukupno	1600	200	268	411	198	130	194	199
		Postotak ispitnika	19,40%	25,10%	35,10%	8,10%	5,80%	23,90%	12,30%	33,30%
	Zaposleni puno radno vrijeme	Broj ispitnika	128	10	6	46	15	9	12	30
		Postotak ispitnika	8,90%	5,50%	2,50%	12,50%	7,90%	8,00%	7,40%	16,10%
	Zaposleni pola radnog vremena	Broj ispitnika	376	82	58	32	28	38	93	45
		Postotak ispitnika	26,10%	44,80%	24,30%	8,70%	14,80%	33,60%	57,40%	24,20%
	Umirovljeni	Broj ispitnika	43	3	10	3	20	3	2	2
		Postotak ispitnika	3,00%	1,60%	4,20%	0,80%	10,60%	2,70%	1,20%	1,10%
	Studenti	Broj ispitnika	171	18	31	45	33	17	5	22
		Postotak ispitnika	11,90%	9,80%	13,00%	12,20%	17,50%	15,00%	3,10%	11,80%
Radni status	U potrazi za zaposlenjem Ne rade zbog straha od	Broj ispitnika	79	10	11	33	21	1	1	2
		Postotak ispitnika	5,50%	5,50%	4,60%	8,90%	11,10%	0,90%	0,60%	1,10%

Variable	Kategorije varijable	Broj i udio postotak isplatanika	Sumunjska	Hrvatska	Poljska	Zemlja Grčka	Slovenija	Finska	Italija	
	gubitka beneficija	Broj isplatanika	2			22			16	
	Ne žele raditi	Postotak isplatanika	2,80%	1,10%		11,60%			8,60%	
		Broj isplatanika	324	12	39	180	39	18	29	
	Nesposobni za rad	Postotak isplatanika	22,50%	6,60%	16,30%	48,80%	20,60%	15,90%	17,90%	
		Valjane frekvencije	1441	183	239	369	189	113	162	
	Nedostajuće frekvencije	Broj isplatanika	159	17	29	42	9	17	32	
		Ukupno	1600	200	268	411	198	130	194	
	Vlastiti smještaj (kuća ili stan)	Broj isplatanika	778	129	137	187	12	62	109	
		Postotak isplatanika	56,60%	73,70%	74,90%	53,40%	6,10%	60,20%	60,20%	
	Iznajmljeni smještaj	Broj isplatanika	204	12	25	30	16	21	71	
Postotak isplatanika		14,80%	6,90%	14,30%	8,60%	8,10%	20,40%	39,20%		
	Smještaj u tuđem stambenom objektu	Broj isplatanika	315	33	18	111	119	20	1	
		Postotak isplatanika	22,90%	18,90%	10,30%	31,70%	60,40%	19,40%	0,60%	
	Domski smještaj	Broj isplatanika	77	1	1	22	50	3	3	
		Postotak isplatanika	5,60%	0,60%	0,60%	6,30%	25,40%		1,60%	
		Valjane frekvencije	1374	175	175	350	197	103	181	
		Nedostajuće frekvencije	226	25	93	61	1	27	13	
		Ukupno	1600	200	268	411	198	130	199	
		Broj isplatanika	308	22	26	88	15	31	86	
	Stambeni status	Samostalno kućanstvo	Postotak isplatanika	21,40%	12,60%	13,80%	23,50%	7,70%	26,30%	45,00%
			Broj isplatanika	549	115	87	93	10	42	94
Konjugalno kućanstvo (partner i/ili potomstvo)		Postotak isplatanika	38,20%	66,10%	46,00%	24,80%	5,10%	35,60%	49,20%	
		Broj isplatanika	434	36	68	132	118	33	4	
Konsangvinalno kućanstvo (roditelji i/ili rođaci)		Postotak isplatanika	30,20%	20,70%	36,00%	35,20%	60,50%	28,00%	2,10%	
		Broj isplatanika	145	1	8	62	52	12	7	
Cimersko kućanstvo		Postotak isplatanika	10,10%	0,60%	4,20%	16,50%	26,70%	10,20%	3,70%	
		Valjane frekvencije	1436	174	189	375	195	118	191	
Struktura kućanstva		Nedostajuće frekvencije	164	26	79	36	3	12	3	
		Ukupno	1600	200	268	411	198	130	194	

PRILOG 01b: USPOREDBA REPUBLIKE HRVATSKE I OSTALIH ANALIZIRANIH ZEMALJA PO SOCIO-DEMOGRAFSKOJ STRUKTURI ISPITANIH (Prikazane su samo statistički značajne razlike)

			Dijagnoza	
			Psihitični poremećaji	Depresije i anksiozni poremećaji
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	93	83
		Teorijske frekvencije	78,7	97,4
	Finska	Empirijske frekvencije	50	94
		Teorijske frekvencije	64,4	79,7
Pearsonov Chi - Square = 10,519				
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,001				

			Radni status			
			Zaposleni	Nezaposleni	Nesposobni za rad	Umirovljeni
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	95	55	44	60
		Teorijske frekvencije	76,4	41,5	43,9	92,1
	Finska	Empirijske frekvencije	32	14	29	93
		Teorijske frekvencije	50,6	27,5	29,1	60,9
Pearsonov Chi - Square = 50,380						
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000						

			Stambeni status		
			Vlastiti smještaj	Iznajmljeni smještaj	Smještaj kod rođaka
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	131	25	18
		Teorijske frekvencije	117,6	47,1	9,3
	Finska	Empirijske frekvencije	109	71	1
		Teorijske frekvencije	122,4	48,9	9,7
Pearsonov Chi - Square = 39,146					
Statistička značajnost testovnog statistika = 0.000					

			Obrazovni status		
			Osnovnoškolsko obrazovanje	Srednjoškolsko obrazovanje	Fakultetsko obrazovanje
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	65	172	30
		Teorijske frekvencije	46,6	143,2	77,2
	Poljska	Empirijske frekvencije	52	188	164
		Teorijske frekvencije	70,4	216,8	116,8
Pearsonov Chi - Square = 69,644					
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000					

			Socijalni kontakt: Partner	
			Da	Ne
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	141	122
		Teorijske frekvencije	103,8	159,2
	Poljska	Empirijske frekvencije	121	280
		Teorijske frekvencije	158,2	242,8
Pearsonov Chi - Square = 36,523				
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000				

			Socijalni kontakt: Prijatelj	
			Da	Ne
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	226	37
		Teorijske frekvencije	196,7	66,3
	Poljska	Empirijske frekvencije	272	131
		Teorijske frekvencije	301,3	101,7
Pearsonov Chi-Square = 28,682				
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000				

			Socijalni kontakt: Najbolji prijatelj	
			Da	Ne
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	195	71
		Teorijske frekvencije	177,7	88,3
	Poljska	Empirijske frekvencije	254	152
		Teorijske frekvencije	271,3	134,7
Pearsonov Chi-Square = 8,371				
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,004				

			Socijalni kontakt: Bliski član obitelji	
			Da	Ne
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	197	65
		Teorijske frekvencije	164,4	97,6
	Poljska	Empirijske frekvencije	221	183
		Teorijske frekvencije	253,6	150,4
Pearsonov Chi-Square = 28,545				
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000				

			Dijagnoza	
			Psihoteični poremećaji	Depresije i anksiozni poremećaji
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	93	83
		Teorijske frekvencije	108,3	67,7
	Poljska	Empirijske frekvencije	192	95
		Teorijske frekvencije	176,7	110,3
Pearsonov Chi-Square = 9,111				
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,003				

			Slaganje sa dijagnozom	
			Slaganje	Neslaganje
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	121	75
		Teorijske frekvencije	131,5	64,5
	Poljska	Empirijske frekvencije	207	86
		Teorijske frekvencije	196,5	96,5
Pearsonov Chi-Square = 4,225				
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,040				

			Dob početka liječenja	
			Prije 25 – te godine života	Nakon 25 – te godine života
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	83	165
		Teorijske frekvencije	127,7	120,3
	Poljska	Empirijske frekvencije	245	144
		Teorijske frekvencije	200,3	188,7
Pearsonov Chi-Square = 52,817				
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000				

			Radni status			
			Zaposleni	Nezaposleni	Nesposobni za rad	Umirovljeni
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	95	55	44	60
		Teorijske frekvencije	71,3	56,9	89,2	36,6
	Poljska	Empirijske frekvencije	84	88	180	32
		Teorijske frekvencije	107,7	86,1	134,8	55,4
Pearsonov Chi-Square = 76,053						
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000						

			Stambeni status			
			Vlastiti smještaj	Iznajmljeni smještaj	Smještaj kod rođaka	Institucionalni smještaj
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	131	25	18	1
		Teorijske frekvencije	106	18,3	43	7,7
	Poljska	Empirijske frekvencije	187	30	111	22
		Teorijske frekvencije	212	36,7	86	15,3
Pearsonov Chi-Square = 42,979						
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000						

			Obrazovni status		
			Osnovnoškolsko obrazovanje	Srednjoškolsko obrazovanje	Fakultetsko obrazovanje
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	65	172	30
		Teorijske frekvencije	42,1	134,4	90,6
	Italija	Empirijske frekvencije	7	58	125
		Teorijske frekvencije	29,9	95,6	64,4
Pearsonov Chi - Square = 152,817					
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000					

			Socijalni kontakt: Najbolji prijatelj	
			Da	Ne
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	195	71
		Teorijske frekvencije	172,2	93,8
	Italija	Empirijske frekvencije	104	92
		Teorijske frekvencije	126,8	69,2
Pearsonov Chi-Square = 20,260				
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000				

			Dijagnoza	
			Psihitični poremećaji	Depresije i anksiozni poremećaji
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	93	83
		Teorijske frekvencije	70,6	105,4
	Italija	Empirijske frekvencije	41	117
		Teorijske frekvencije	63,4	94,6
Pearsonov Chi-Square = 25,062				
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000				

			Radni status			
			Zaposleni	Nezaposleni	Nesposobni za rad	Umirovljeni
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	95	55	44	60
		Teorijske frekvencije	107,5	56,1	29,2	61,2
	Italija	Empirijske frekvencije	93	43	7	47
		Teorijske frekvencije	80,5	41,9	21,8	45,8
Pearsonov Chi-Square = 21,127						
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000						

			Obrazovni status		
			Osnovnoškolsko obrazovanje	Srednjoškolsko obrazovanje	Fakultetsko obrazovanje
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	65	172	30
		Teorijske frekvencije	45,9	160,8	60,3
	Grčka	Empirijske frekvencije	15	108	75
		Teorijske frekvencije	34,1	119,2	44,7
Pearsonov Chi - Square = 56,162					
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000					

			Socijalni kontakt: Partner	
			Da	Ne
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	141	122
		Teorijske frekvencije	101,5	161,5
	Grčka	Empirijske frekvencije	37	161
		Teorijske frekvencije	76,5	121,5
Pearsonov Chi - Square = 58,129				
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000				

			Socijalni kontakt: Prijatelj	
			Da	Ne
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	226	37
		Teorijske frekvencije	188,3	74,7
	Grčka	Empirijske frekvencije	104	94
		Teorijske frekvencije	141,7	56,3
Pearsonov Chi-Square = 61,972				
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000				

			Socijalni kontakt: Najbolji prijatelj	
			Da	Ne
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	195	71
		Teorijske frekvencije	160,5	105,5
	Grčka	Empirijske frekvencije	85	113
		Teorijske frekvencije	119,5	78,5
Pearsonov Chi-Square = 43,776				
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000				

			Dijagnoza	
			Psihitični poremećaji	Depresije i anksiozni poremećaji
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	93	83
		Teorijske frekvencije	134,5	41,5
	Grčka	Empirijske frekvencije	179	1
		Teorijske frekvencije	137,5	42,5
Pearsonov Chi-Square = 107,207				
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000				

			Uvid u dijagnozu	
			Da	Ne
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	202	66
		Teorijske frekvencije	219,7	48,3
	Grčka	Empirijske frekvencije	180	18
		Teorijske frekvencije	162,3	35,7
Pearsonov Chi-Square = 18,600				
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000				

			Slaganje sa dijagnozom	
			Slaganje	Neslaganje
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	121	75
		Teorijske frekvencije	84,4	111,6
	Grčka	Empirijske frekvencije	41	139
		Teorijske frekvencije	77,6	102,4
Pearsonov Chi-Square = 58,071				
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000				

			Dob početka liječenja	
			Prije 25 – te godine života	Nakon 25 – te godine života
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	83	165
		Teorijske frekvencije	116,5	131,5
	Grčka	Empirijske frekvencije	126	71
		Teorijske frekvencije	92,5	104,5
Pearsonov Chi-Square = 40,981				
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000				

			Radni status			
			Zaposleni	Nezaposleni	Nesposobni za rad	Umirovljeni
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	95	55	44	60
		Teorijske frekvencije	68,6	87,9	47,1	50,5
	Grčka	Empirijske frekvencije	26	100	39	29
		Teorijske frekvencije	52,4	67,1	35,9	38,5
Pearsonov Chi-Square = 56,488						
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000						

			Stambeni status			
			Vlastiti smještaj	Iznajmljeni smještaj	Smještaj kod rođaka	Institucionalni smještaj
Zemlja	Hrvatska	Empirijske frekvencije	131	25	18	1
		Teorijske frekvencije	67,3	19,3	64,4	24
	Grčka	Empirijske frekvencije	12	16	119	50
		Teorijske frekvencije	75,7	21,7	72,6	27
Pearsonov Chi-Square = 222,017						
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000						

			Socijalni kontakt: Bliski član obitelji	
			Da	Ne
Zemlja	Rumunjska	Empirijske frekvencije	166	29
		Teorijske frekvencije	154,9	40,1
	Hrvatska	Empirijske frekvencije	197	65
		Teorijske frekvencije	208,1	53,9
Pearsonov Chi - Square = 6,757				
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,009				

			Dijagnoza	
			Psihoteični poremećaji	Depresije i anksiozni poremećaji
Zemlja	Rumunjska	Empirijske frekvencije	31	88
		Teorijske frekvencije	50	69
	Hrvatska	Empirijske frekvencije	93	83
		Teorijske frekvencije	74	102
Pearsonov Chi-Square = 20,913				
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000				

			Radni status			
			Zaposleni	Nezaposleni	Nesposobni za rad	Umirovljeni
Zemlja	Rumunjska	Empirijske frekvencije	58	36	12	82
		Teorijske frekvencije	65,1	38,7	23,8	60,4
	Hrvatska	Empirijske frekvencije	95	55	44	60
		Teorijske frekvencije	87,9	52,3	32,2	81,6
Pearsonov Chi-Square = 25,318						
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,000						

			Stambeni status		
			Vlastiti smještaj	Iznajmljeni smještaj	Smještaj kod rođaka
Zemlja	Rumunjska	Empirijske frekvencije	129	12	33
		Teorijske frekvencije	130	18,5	25,5
	Hrvatska	Empirijske frekvencije	131	25	18
		Teorijske frekvencije	130	18,5	25,5
Pearsonov Chi-Square = 8,995					
Statistička značajnost testovnog statistika = 0,011					

PRILOG 02: DESKRIPTIVNI STATISTIČKI POKAZATELJI ČESTICA DIMENZIJE INTERNALIZIRANE STIGME											
				Total	Zemlja						
					Rumunjska	Hrvatska	Poljska	Grička	Slovenija	Finska	Italija
Osjećam da nema za mene mjesta na svijetu jer imam duševnu bolest	Uopće se ne slažem	Broj ispitanika		416	89	91	70	4	54	48	60
		Postotak ispitanika		26,50%	45,20%	35,00%	17,30%	2,00%	42,90%	25,50%	30,60%
	Ne slažem se	Broj ispitanika		560	54	114	129	51	38	88	86
		Postotak ispitanika		35,70%	27,40%	43,80%	31,90%	25,80%	30,20%	46,80%	43,90%
	Slažem se	Broj ispitanika		465	38	39	156	116	26	48	42
		Postotak ispitanika		29,60%	19,30%	15,00%	38,60%	58,60%	20,60%	25,50%	21,40%
	U potpunosti se slažem	Broj ispitanika		128	16	16	49	27	8	4	8
		Postotak ispitanika		8,20%	8,10%	6,20%	12,10%	13,60%	6,30%	2,10%	4,10%
Broj ispitanika sa vaľanom vrijednošću				1.569	197	260	404	198	126	188	198
Nedostajuće vrijednosti				31	3	8	7	0	4	6	3
Prosječna vrijednost				2,19	1,9	1,92	2,46	2,84	1,9	2,04	1,99
Medijana vrijednost				2	2	2	3	3	2	2	2
Modalna vrijednost				2	1	2	3	3	1	2	2
Standardna devijacija				0,922	0,982	0,862	0,916	0,671	0,942	0,773	0,829
Izbjegavam se zbižavati sa ljudima koji nisu duševno bolesni	Uopće se ne slažem	Broj ispitanika		464	84	76	79	2	62	84	87
		Postotak ispitanika		29,70%	42,90%	29,50%	19,70%	1,00%	41,90%	44,90%	44,60%
	Ne slažem se	Broj ispitanika		549	62	104	143	47	42	62	89
		Postotak ispitanika		35,20%	31,60%	40,30%	35,60%	23,70%	33,90%	33,20%	45,60%
	Slažem se	Broj ispitanika		412	40	54	150	94	25	35	14
		Postotak ispitanika		26,40%	29,40%	20,90%	37,30%	47,50%	20,20%	16,70%	7,20%
	U potpunosti se slažem	Broj ispitanika		135	10	24	30	55	6	6	5
		Postotak ispitanika		8,70%	5,10%	9,30%	7,50%	27,80%	4,00%	3,20%	2,60%
Broj ispitanika sa vaľanom vrijednošću				1.560	196	258	402	198	124	187	195
Nedostajuće vrijednosti				40	4	10	9	0	6	7	4
Prosječna vrijednost				2,14	1,88	2,1	2,33	3,02	1,86	1,8	1,68
Medijana vrijednost				2	2	2	2	3	2	2	2
Modalna vrijednost				2	1	2	3	3	1	1	2
Standardna devijacija				0,940	0,909	0,932	0,874	0,747	0,877	0,854	0,722
Sviem se li stidim jer imam duševnu bolest	Uopće se ne slažem	Broj ispitanika		392	77	72	65	3	51	50	66
		Postotak ispitanika		25,10%	38,70%	28,50%	16,20%	1,50%	40,80%	30,70%	33,80%
	Ne slažem se	Broj ispitanika		500	54	107	115	46	48	62	68
		Postotak ispitanika		32,10%	27,10%	42,30%	28,70%	23,20%	38,40%	32,80%	34,90%
	Slažem se	Broj ispitanika		473	51	51	174	67	21	56	53
		Postotak ispitanika		30,30%	25,60%	20,20%	43,40%	33,80%	16,80%	29,60%	27,20%
	U potpunosti se slažem	Broj ispitanika		195	17	23	47	82	5	13	8
		Postotak ispitanika		12,50%	8,50%	9,10%	11,70%	41,40%	4,00%	6,90%	4,10%
Broj ispitanika sa vaľanom vrijednošću				1.560	199	253	401	198	125	189	195
Nedostajuće vrijednosti				46	1	16	10	0	5	5	4
Prosječna vrijednost				2,3	2,04	2,1	2,51	3,15	1,84	2,13	2,02
Medijana vrijednost				2	2	2	3	3	2	2	2
Modalna vrijednost				2	1	2	3	4	1	2	2
Standardna devijacija				0,982	0,994	0,918	0,9	0,829	0,846	0,931	0,882
Osjećam se manje vrijedan od drugih koji nemaju duševnu bolest	Uopće se ne slažem	Broj ispitanika		338	60	58	64	8	42	45	61
		Postotak ispitanika		21,90%	30,20%	23,20%	16,10%	4,10%	33,60%	24,50%	31,60%
	Ne slažem se	Broj ispitanika		540	67	104	124	69	44	64	71
		Postotak ispitanika		35,00%	33,70%	41,80%	31,20%	33,50%	35,20%	34,80%	36,80%
	Slažem se	Broj ispitanika		487	64	61	170	60	27	56	49
		Postotak ispitanika		31,50%	32,20%	24,40%	42,80%	30,50%	21,60%	30,40%	25,40%
	U potpunosti se slažem	Broj ispitanika		180	8	27	39	63	12	19	12
		Postotak ispitanika		11,70%	4,00%	10,80%	9,80%	32,00%	9,60%	10,30%	6,20%
Broj ispitanika sa vaľanom vrijednošću				1.549	199	250	397	197	125	184	193
Nedostajuće vrijednosti				56	1	18	16	1	5	10	6
Prosječna vrijednost				2,33	2,1	2,23	2,46	2,9	2,07	2,27	2,06
Medijana vrijednost				2	2	2	3	3	2	2	2
Modalna vrijednost				2	2	2	3	3	2	2	2
Standardna devijacija				0,944	0,882	0,927	0,877	0,901	0,969	0,947	0,905
Ne družim se kao prije jer bi radi svoje duševne bolesti mogao izgledati ili se ponasati "čudno"	Uopće se ne slažem	Broj ispitanika		329	46	64	74	1	32	64	48
		Postotak ispitanika		21,00%	23,20%	24,80%	18,40%	0,50%	25,40%	33,70%	24,70%
	Ne slažem se	Broj ispitanika		495	57	81	131	33	50	68	73
		Postotak ispitanika		31,60%	28,80%	31,40%	32,50%	16,70%	39,70%	35,80%	38,70%
	Slažem se	Broj ispitanika		553	76	79	156	95	38	47	60
		Postotak ispitanika		35,30%	38,40%	30,60%	38,70%	48,00%	30,20%	24,70%	30,90%
	U potpunosti se slažem	Broj ispitanika		190	17	34	42	69	6	11	11
		Postotak ispitanika		12,10%	8,60%	13,20%	10,40%	34,80%	4,80%	5,80%	5,70%
Broj ispitanika sa vaľanom vrijednošću				1.567	198	258	403	198	126	190	194
Nedostajuće vrijednosti				33	2	10	8	0	4	4	5
Prosječna vrijednost				2,39	2,33	2,32	2,41	3,17	2,14	2,03	2,18
Medijana vrijednost				2	2	2	2	3	2	2	2
Modalna vrijednost				3	3	2	3	3	2	2	2
Standardna devijacija				0,949	0,929	0,991	0,906	0,713	0,855	0,905	0,87

			Total	Zemlja						
				Rumunjska	Hrvatska	Poljska	Grčka	Slovenija	Finska	Italija
Negativni stereotipi protiv ljudi koji imaju duševnu bolest poput moje izlazi iz ne od "normalnog" svijeta	Uopće se ne slažem	Broj ispitanika	321	60	55	64	2	32	81	47
		Postotak ispitanika	20,70%	30,60%	21,50%	16,10%	1,00%	26,00%	32,40%	24,40%
	Ne slažem se	Broj ispitanika	554	77	97	111	42	45	88	94
		Postotak ispitanika	35,70%	39,30%	37,90%	28,00%	21,20%	36,60%	46,80%	48,70%
	Slažem se	Broj ispitanika	527	48	73	188	99	39	36	44
		Postotak ispitanika	34,00%	24,50%	28,50%	47,40%	50,00%	31,70%	19,10%	22,80%
U potpunosti se slažem	Broj ispitanika	149	11	31	34	55	7	5	3	6
	Postotak ispitanika	9,60%	5,60%	12,10%	8,60%	27,80%	5,70%	1,60%	4,10%	3,90%
Broj ispitanika sa važenom vrijednošću			1.551	199	259	397	198	123	188	193
Nedostajuće vrijednosti			49	4	12	14	0	7	6	8
Prosječna vrijednost			2,32	2,05	2,31	2,48	3,05	2,17	1,9	2,07
Medijana vrijednost			2	2	2	3	3	2	2	2
Modalna vrijednost			2	2	2	3	3	2	2	2
Standardna devijacija			0,909	0,881	0,944	0,863	0,729	0,884	0,757	0,798
Dok sam u blizini ljudi koji nemaju duševnu bolest osjećam se neprikladno i ne pripadajuće	Uopće se ne slažem	Broj ispitanika	370	70	69	71	1	42	55	83
		Postotak ispitanika	23,80%	35,40%	26,40%	18,00%	0,50%	34,10%	29,30%	32,50%
	Ne slažem se	Broj ispitanika	594	70	102	131	36	48	73	104
		Postotak ispitanika	36,30%	35,40%	39,50%	33,20%	18,20%	39,00%	38,80%	53,60%
	Slažem se	Broj ispitanika	453	45	55	158	97	27	49	22
		Postotak ispitanika	29,20%	22,70%	21,30%	40,00%	49,00%	22,00%	26,10%	11,30%
U potpunosti se slažem	Broj ispitanika	167	13	33	35	64	6	11	5	
	Postotak ispitanika	10,70%	6,60%	12,80%	8,90%	32,30%	4,90%	5,90%	2,60%	
Broj ispitanika sa važenom vrijednošću			1.554	198	258	395	198	123	188	194
Nedostajuće vrijednosti			49	2	10	16	0	7	6	5
Prosječna vrijednost			2,27	2,01	2,21	2,4	3,13	1,98	2,09	1,84
Medijana vrijednost			2	2	2	2	3	2	2	2
Modalna vrijednost			2	2	1	2	3	2	2	2
Standardna devijacija			0,942	0,921	0,975	0,882	0,715	0,873	0,886	0,72
Razočaran sam sa osobom jer sam duševno bolestan	Uopće se ne slažem	Broj ispitanika	268	30	53	56		27	46	56
		Postotak ispitanika	17,10%	15,10%	20,50%	13,90%		21,60%	24,20%	28,90%
	Ne slažem se	Broj ispitanika	412	40	78	105	23	41	52	73
		Postotak ispitanika	26,30%	20,10%	30,20%	26,10%	11,60%	32,80%	27,40%	37,60%
	Slažem se	Broj ispitanika	594	86	75	175	84	41	70	51
		Postotak ispitanika	37,30%	44,20%	29,10%	43,40%	42,40%	32,80%	36,80%	26,30%
U potpunosti se slažem	Broj ispitanika	303	41	52	67	91	16	22	14	
	Postotak ispitanika	19,30%	20,60%	20,20%	16,80%	46,00%	12,80%	11,60%	7,20%	
Broj ispitanika sa važenom vrijednošću			1.567	199	258	403	198	125	190	194
Nedostajuće vrijednosti			33	1	10	9	0	5	4	5
Prosječna vrijednost			2,59	2,1	2,49	2,63	3,34	2,37	2,36	2,12
Medijana vrijednost			3	3	2	3	3	2	2	2
Modalna vrijednost			3	3	2	3	4	2	3	2
Standardna devijacija			0,986	0,963	1,033	0,952	0,678	0,963	0,975	0,911
Džim se ponaša kao društveni događaji da bih pošlo od obitelji prijatelje od sramote	Uopće se ne slažem	Broj ispitanika	404	76	70	65	4	45	80	64
		Postotak ispitanika	25,90%	38,00%	27,20%	16,30%	2,00%	36,90%	42,80%	32,70%
	Ne slažem se	Broj ispitanika	616	64	98	188	38	54	77	97
		Postotak ispitanika	39,50%	32,00%	36,10%	47,00%	19,20%	44,30%	41,20%	49,50%
	Slažem se	Broj ispitanika	401	46	62	127	84	16	25	29
		Postotak ispitanika	25,70%	23,00%	24,10%	31,80%	47,50%	14,80%	13,40%	14,80%
U potpunosti se slažem	Broj ispitanika	139	14	27	20	62	6	5	6	
	Postotak ispitanika	8,90%	7,00%	10,50%	5,00%	31,30%	4,10%	2,70%	3,10%	
Broj ispitanika sa važenom vrijednošću			1.560	200	257	400	199	122	187	198
Nedostajuće vrijednosti			40	0	11	11	0	8	7	3
Prosječna vrijednost			2,18	1,99	2,18	2,26	3,08	1,86	1,76	1,88
Medijana vrijednost			2	2	2	2	3	2	2	2
Modalna vrijednost			2	1	2	2	3	2	1	2
Standardna devijacija			0,918	0,946	0,951	0,785	0,763	0,816	0,783	0,766
Ne mogu nikako dati svoj doprinos društvu zato jer imam duševnu bolest	Uopće se ne slažem	Broj ispitanika	386	73	52	68	5	44	67	57
		Postotak ispitanika	24,80%	37,20%	20,40%	17,10%	2,50%	35,50%	46,00%	29,10%
	Ne slažem se	Broj ispitanika	671	78	127	159	62	49	79	117
		Postotak ispitanika	43,20%	39,80%	49,80%	39,90%	31,50%	39,50%	41,80%	59,70%
	Slažem se	Broj ispitanika	379	30	60	146	86	26	17	14
		Postotak ispitanika	24,40%	15,30%	23,50%	36,70%	43,70%	21,00%	9,00%	7,10%
U potpunosti se slažem	Broj ispitanika	119	15	16	25	44	5	6	8	
	Postotak ispitanika	7,70%	7,70%	6,30%	6,30%	22,30%	4,00%	3,20%	4,10%	
Broj ispitanika sa važenom vrijednošću			1.555	199	253	398	197	124	189	196
Nedostajuće vrijednosti			45	4	13	13	1	6	5	3
Prosječna vrijednost			2,15	1,93	2,16	2,32	2,86	1,94	1,69	1,86
Medijana vrijednost			2	2	2	2	3	2	2	2
Modalna vrijednost			2	2	2	2	3	2	1	2
Standardna devijacija			0,881	0,912	0,817	0,829	0,789	0,853	0,766	0,714

	Total	Zemlja						Finska	Italija
		Rumunjska	Hrvatska	Pojška	Grčka	Slovenija			
Niko ne bi bio zainteresiran da mi se približi zato jer imam duševnu bolest	Broj ispitanika	377	64	73	4	39	75	60	
	Uopće se ne slažem	24.40%	32.50%	18.40%	2.00%	31.70%	40.30%	30.90%	
	Ne slažem se	734	89	188	81	57	83	112	
		47.40%	48.80%	47.40%	41.10%	46.30%	44.60%	57.70%	
	Slažem se	351	33	114	92	20	25	15	
		22.70%	20.50%	28.70%	46.70%	16.30%	13.40%	7.70%	
	U potpunosti se slažem	86	11	22	20	7	3	7	
	Broj ispitanika	560%	6.30%	5.50%	10.20%	5.70%	1.60%	3.60%	
	Postotak ispitanika	1.548	197	264	397	123	186	194	
	Broj ispitanika sa valjanom vrijednošću	52	3	14	1	7	8	5	
Nedostajuće vrijednosti Prosječna vrijednost Medijana vrijednost Modalna vrijednost Standardna devijacija	Prosječna vrijednost	2.09	1.95	2.09	2.21	1.96	1.76	1.84	
	Medijana vrijednost	2	2	2	2	3	2	2	
	Modalna vrijednost	2	2	2	2	3	2	2	
	Standardna devijacija	0.827	0.847	0.834	0.688	0.843	0.741	0.713	

SKALNI SKOR (Prosječna vrijednost svih čestica)	Kategorije
< 2.0	Minimalna samostigmatizacija
2.0 – 2.5	Niska samostigmatizacija
2.5 – 3.0	Umjerena samostigmatizacija
> 3.0	Visoka stigmatizacija

PRILOG D3: DESKRIPTIVNI STATISTIČKI POKAZATELJI ČESTICA DIMENZIJE PERCIPIRANOG SOCIJALNOG OBEZVEDJIVANJA I DISKRIMINACIJE											
		Zemlja									
		Total	Rumunjska	Hrvatska	Poljska	Grčka	Slovenija	Finska	Italija		
Većina ljudi vjeruje da je odlazak u duševnu bolnicu znak osobnog neuspjeha	Uopće se ne slažem	Broj ispitanika	145	34	28	28		16	25	13	
		Postotak ispitanika	9.30%	17.40%	11.00%	6.80%		12.60%	13.80%	6.70%	
	Ne slažem se	Broj ispitanika	422	60	99	95	10	61	58	39	
		Postotak ispitanika	27.10%	30.80%	39.00%	23.60%	5.10%	48.00%	31.00%	20.20%	
	Slažem se	Broj ispitanika	754	79	105	234	95	43	85	11	
		Postotak ispitanika	48.40%	40.50%	41.70%	58.10%	48.00%	33.90%	46.00%	57.50%	
	U potpunosti se slažem	Broj ispitanika	236	22	21	46	93	7	17	30	
		Postotak ispitanika	15.20%	11.30%	8.30%	11.40%	47.00%	5.90%	9.10%	15.50%	
	Broj ispitanika sa važećom vrijednošću		1.557	190	254	403	198	127	187	103	
	Nedostajuće vrijednosti		43	5	14	8	0	3	7	6	
Većina ljudi ne bi zaposila bivšeg duševnog bolesnika da se brine o njihovoj djeci, iako je on ili ona dobro već duže vrijeme	Uopće se ne slažem	Broj ispitanika	102	22	24	26	2	11	11	5	
		Postotak ispitanika	6.50%	11.20%	9.30%	6.40%	1.00%	8.70%	5.90%	3.10%	
	Ne slažem se	Broj ispitanika	279	54	71	47	9	30	52	16	
		Postotak ispitanika	17.90%	27.40%	27.60%	11.60%	4.50%	23.80%	28.10%	8.30%	
	Slažem se	Broj ispitanika	834	87	121	244	96	70	97	119	
		Postotak ispitanika	53.50%	44.20%	47.10%	60.40%	48.50%	55.80%	52.40%	62.00%	
	U potpunosti se slažem	Broj ispitanika	344	34	41	67	91	15	25	51	
		Postotak ispitanika	22.10%	17.30%	16.00%	21.50%	46.00%	11.90%	13.50%	26.60%	
	Broj ispitanika sa važećom vrijednošću		1.559	197	257	404	198	126	185	102	
	Nedostajuće vrijednosti		41	3	11	7	0	4	9	7	
Većina ljudi misli loše o osobi koja je bila u duševnoj bolnici	Uopće se ne slažem	Broj ispitanika	88	26	20	10	1	3	13	5	
		Postotak ispitanika	5.70%	13.30%	9.80%	3.70%	0.50%	2.40%	7.00%	2.60%	
	Ne slažem se	Broj ispitanika	312	64	66	67	12	24	63	16	
		Postotak ispitanika	20.10%	32.80%	29.90%	16.70%	6.10%	19.90%	33.70%	8.30%	
	Slažem se	Broj ispitanika	865	82	128	273	104	80	89	139	
		Postotak ispitanika	57.60%	42.10%	50.00%	67.90%	52.00%	64.00%	47.60%	72.40%	
	U potpunosti se slažem	Broj ispitanika	260	23	37	47	81	18	22	32	
		Postotak ispitanika	16.70%	11.80%	14.50%	11.70%	40.90%	14.40%	11.80%	16.70%	
	Broj ispitanika sa važećom vrijednošću		1.550	190	256	402	198	125	180	102	
	Nedostajuće vrijednosti		45	5	12	8	0	5	7	7	
Većina zaposlenika bi se zanimala molbu za posao od duševnog bolesnika u korist molbe druge osobe	Uopće se ne slažem	Broj ispitanika	80	22	21	10		4	9	6	
		Postotak ispitanika	5.20%	11.20%	8.40%	4.50%		3.30%	4.80%	3.20%	
	Ne slažem se	Broj ispitanika	245	53	61	55	4	31	25	16	
		Postotak ispitanika	15.90%	26.90%	24.40%	13.90%	2.00%	25.20%	13.40%	8.50%	
	Slažem se	Broj ispitanika	821	91	131	261	72	68	112	86	
		Postotak ispitanika	53.30%	45.20%	52.40%	65.70%	36.40%	55.90%	60.20%	45.70%	
	U potpunosti se slažem	Broj ispitanika	393	31	37	63	122	20	40	80	
		Postotak ispitanika	25.50%	15.70%	14.80%	15.90%	61.60%	16.30%	21.50%	42.60%	
	Broj ispitanika sa važećom vrijednošću		1.539	197	250	397	198	123	180	108	
	Nedostajuće vrijednosti		61	3	18	14	0	7	8	11	
Većina mladih žena ili mlukanaca bi oklijevala da istadi sa mlakuncem ili ženom koji je bio hospitaliziran radi teže duševne bolesti	Uopće se ne slažem	Broj ispitanika	72	19	19	13	1	6	9	5	
		Postotak ispitanika	4.70%	9.80%	7.50%	3.30%	0.50%	4.80%	4.80%	2.60%	
	Ne slažem se	Broj ispitanika	254	29	59	53	23	29	40	23	
		Postotak ispitanika	16.40%	14.50%	23.10%	13.30%	11.60%	22.60%	21.50%	12.00%	
	Slažem se	Broj ispitanika	826	105	129	240	72	65	108	107	
		Postotak ispitanika	53.40%	54.40%	50.60%	60.20%	36.40%	52.40%	58.10%	55.70%	
	U potpunosti se slažem	Broj ispitanika	395	41	48	93	102	25	29	57	
		Postotak ispitanika	25.50%	21.20%	18.90%	23.30%	51.50%	20.20%	15.80%	28.70%	
	Broj ispitanika sa važećom vrijednošću		1.547	193	255	390	198	124	188	102	
	Nedostajuće vrijednosti		53	7	13	12	0	6	8	7	
Jedino kad upoznaju osobu koja je bila u duševnoj bolnici, većina ljudi bi njezino mišljenje uzeli manje za osudno	Uopće se ne slažem	Broj ispitanika	88	26	17	21		4	15	5	
		Postotak ispitanika	5.70%	13.10%	6.60%	5.20%		3.20%	8.00%	2.60%	
	Ne slažem se	Broj ispitanika	338	53	84	57	14	37	67	26	
		Postotak ispitanika	21.70%	26.80%	32.80%	14.20%	7.10%	29.40%	35.60%	13.70%	
	Slažem se	Broj ispitanika	860	84	125	260	116	62	92	73	
		Postotak ispitanika	55.70%	42.40%	48.80%	64.80%	58.60%	49.90%	48.90%	67.90%	
	U potpunosti se slažem	Broj ispitanika	263	35	30	63	68	23	14	30	
		Postotak ispitanika	16.90%	17.70%	11.70%	15.70%	34.30%	18.30%	7.40%	15.80%	
	Broj ispitanika sa važećom vrijednošću		1.557	198	256	401	198	126	188	100	
	Nedostajuće vrijednosti		43	2	12	10	0	4	6	9	
SKALNI SKOR (Prosječna vrijednost svih čestica)		Kategorije									
< 2.0		Minimalna razina percipiranog socijalnog obezbeđivanja i diskriminacije									
2.0 – 2.5		Niska razina percipiranog socijalnog obezbeđivanja i diskriminacije									
2.5 – 3.0		Umjerena razina percipiranog socijalnog obezbeđivanja i diskriminacije									
> 3.0		Visoka razina percipiranog socijalnog obezbeđivanja i diskriminacije									

PRILOG 04: DESKRIPTIVNI STATISTIČKI POKAZATELJI ČESTICA DIMENZIJE SAMOPOUZDANOG DOŽIVLJAJA SELFA

	Total	Zemlja					Total
		Rumunjska	Hrvatska	Poljska	Slovenija	Finska	
Općenito gledano ja mogu postići ono što sam si postavio da postignem	Broj ispitnika	111	5	26	37	21	4
	Postotak ispitnika		2,50%	10,10%	9,20%	10,70%	3,20%
	Broj ispitnika	498	29	74	158	84	27
	Postotak ispitnika	31,90%	14,60%	28,80%	39,20%	42,60%	21,60%
	Broj ispitnika	752	116	109	168	91	78
	Postotak ispitnika	48,10%	58,30%	42,40%	41,70%	48,20%	62,40%
	Broj ispitnika	201	49	48	40	1	16
	Postotak ispitnika	12,90%	24,60%	18,70%	9,90%	0,50%	12,80%
	Broj ispitnika	1.562	198	257	403	197	125
	Postotak ispitnika	38	1	11	8	1	5
Broj ispitnika sa valjanom vrijednošću	Nedostajuće vrijednosti	2,67	3,05	2,7	2,52	2,37	2,85
	Prosječna vrijednost	3	3	3	3	3	3
	Medijalna vrijednost	3	3	3	3	3	3
	Modalna vrijednost	3	3	3	3	3	3
	Standardna devijacija	0,75	0,702	0,889	0,798	0,675	0,673
	Broj ispitnika	117	11	24	40	21	4
	Postotak ispitnika	7,50%	5,60%	9,40%	10,00%	10,60%	3,20%
	Broj ispitnika	662	50	82	198	122	34
	Postotak ispitnika	42,50%	25,40%	32,00%	49,30%	61,60%	27,20%
	Broj ispitnika	642	104	115	131	54	77
Kad nešto isplaniram, skoro sam potpuno siguran da to mogu ostvariti	Postotak ispitnika	41,20%	52,80%	44,90%	32,60%	27,30%	61,60%
	Broj ispitnika	137	32	35	33	1	10
	Postotak ispitnika	8,80%	16,20%	13,70%	8,20%	0,50%	8,00%
	Broj ispitnika	1.558	197	256	402	198	125
	Nedostajuće vrijednosti	42	3	12	9	0	5
	Prosječna vrijednost	2,51	2,8	2,63	2,38	2,18	2,74
	Medijalna vrijednost	2,5	3	3	2	2	3
	Modalna vrijednost	2	3	3	2	2	3
	Standardna devijacija	0,76	0,776	0,835	0,776	0,608	0,646
	Vidim sebe kao sposobnu osobu	101	8	17	32	25	7
Općenito se ne slažem	Broj ispitnika	650%	4,10%	6,70%	8,00%	12,70%	5,80%
	Postotak ispitnika	471	35	76	173	80	22
	Broj ispitnika	30,40%	17,80%	29,80%	43,30%	40,60%	18,20%
	Postotak ispitnika						
	Broj ispitnika						
	Postotak ispitnika						
	Broj ispitnika						
	Postotak ispitnika						
	Broj ispitnika						
	Postotak ispitnika						
Ne slažem se	Broj ispitnika						
	Postotak ispitnika						
	Broj ispitnika						
	Postotak ispitnika						
	Broj ispitnika						
	Postotak ispitnika						
	Broj ispitnika						
	Postotak ispitnika						
	Broj ispitnika						
	Postotak ispitnika						
Slažem se	Broj ispitnika						
	Postotak ispitnika						
	Broj ispitnika						
	Postotak ispitnika						
	Broj ispitnika						
	Postotak ispitnika						
	Broj ispitnika						
	Postotak ispitnika						
	Broj ispitnika						
	Postotak ispitnika						
U potpunosti se slažem	Broj ispitnika						
	Postotak ispitnika						
	Broj ispitnika						
	Postotak ispitnika						
	Broj ispitnika						
	Postotak ispitnika						
	Broj ispitnika						
	Postotak ispitnika						
	Broj ispitnika						
	Postotak ispitnika						

		Total	Zemlja						
			Rumunjska	Hrvatska	Poljska	Grčka	Slovenija	Finska	Italija
Slažem se	Broj ispitnika	793	117	125	157	91	79	93	131
	Postotak ispitnika	51,10%	59,40%	49,00%	39,30%	46,20%	65,30%	49,50%	67,90%
	Broj ispitnika	186	37	37	38	1	13	43	17
	Postotak ispitnika	12,00%	18,80%	14,50%	9,50%	0,50%	10,70%	22,90%	8,80%
Broj ispitnika sa vaļajnom vrijednošću									
Nedostajue vrijednost		1.551	197	255	400	197	121	188	193
		49	3	13	11	1	9	6	6
	Prosečna vrijednost	2,69	2,93	2,71	2,5	2,35	2,81	2,91	2,83
	Medijana vrijednost	3	3	3	2	2	3	3	3
Modalna vrijednost		3	3	3	2	3	3	3	3
		0,77	0,725	0,794	0,776	0,702	0,699	0,793	0,596
	Standardna devijacija								
	Osjećam da imam bezlog dobrih kvalitea	Uopće se ne slažem							
Uopće se ne slažem	Broj ispitnika	60	1	9	19	22	3	4	2
	Postotak ispitnika	3,90%	0,50%	3,50%	4,70%	11,20%	2,40%	2,10%	1,00%
	Broj ispitnika	280	16	64	71	66	7	30	26
	Postotak ispitnika	18,00%	8,00%	25,10%	17,70%	33,50%	5,80%	15,90%	13,80%
Slažem se		964	137	140	281	103	88	97	138
	Postotak ispitnika	62,00%	68,80%	54,90%	65,10%	52,30%	71,00%	51,30%	72,30%
	Broj ispitnika	252	45	42	50	6	26	58	25
	Postotak ispitnika	16,20%	22,60%	16,50%	12,50%	3,00%	21,00%	30,70%	13,10%
Broj ispitnika sa vaļajnom vrijednošću									
Nedostajue vrijednost		1.556	199	255	401	197	124	189	191
		44	1	13	10	1	6	5	8
	Prosečna vrijednost	2,9	3,14	2,84	2,85	2,47	3,1	3,11	2,97
	Medijana vrijednost	3	3	3	3	3	3	3	3
Modalna vrijednost		3	3	3	3	3	3	3	3
		0,7	0,557	0,731	0,686	0,732	0,596	0,736	0,557
	Standardna devijacija								
	Opetno sam siguran u odlike koje doresem	U potpunosti se slažem							
U potpunosti se slažem	Broj ispitnika	98	5	16	34	23	3	12	5
	Postotak ispitnika	6,30%	2,60%	6,40%	8,60%	11,60%	2,40%	6,30%	2,80%
	Broj ispitnika	605	31	99	181	113	28	66	87
	Postotak ispitnika	39,20%	15,80%	39,40%	45,90%	57,10%	22,80%	34,90%	45,30%
Ne slažem se		675	116	104	142	61	78	89	85
	Postotak ispitnika	43,70%	59,20%	41,40%	36,00%	30,80%	62,90%	47,10%	44,30%
	Broj ispitnika	168	44	32	37	1	15	22	15
	Postotak ispitnika	10,80%	22,40%	12,70%	9,40%	0,50%	12,10%	11,60%	7,80%
Broj ispitnika sa vaļajnom vrijednošću									
Nedostajue vrijednost		1.544	196	251	394	198	124	189	192
		56	4	17	17	0	6	5	7

	Total	Zemlja						
		Rumunjska	Hrvatska	Poljska	Grčka	Slovenija	Frnska	Italija
Medijana vrijednost	3	3	3	2	2	3	3	3
Modalna vrijednost	3	3	3	2	2	2	3	2
Standardna devijacija	0,76	0,698	0,79	0,781	0,637	0,651	0,77	0,675
Prenosi sebi imaju pozitivne stavove	U potpunosti se slažem	135	7	21	43	24	12	19
		8,70%	3,60%	8,30%	10,70%	12,10%	9,50%	10,10%
	Slažem se	535	54	82	136	103	30	57
		34,40%	27,70%	32,40%	33,80%	52,00%	23,80%	30,20%
	Ne slažem se	708	108	114	176	69	68	81
		45,50%	55,40%	45,10%	43,80%	34,80%	54,80%	42,90%
	Uopće se ne slažem	177	26	36	47	2	15	32
Broj ispitanika sa valjanom vrijednošću	Postotak ispitanika	11,40%	13,30%	14,20%	11,70%	1,00%	11,90%	16,90%
	Postotak ispitanika	1,555	195	253	402	198	126	189
	Nedostajuća vrijednosti	45	5	15	9	0	4	5
	Prosječna vrijednost	2,6	2,78	2,65	2,56	2,25	2,68	2,63
	Medijana vrijednost	3	3	3	3	3	3	3
	Modalna vrijednost	3	3	3	3	2	3	3
	Standardna devijacija	0,8	0,714	0,825	0,834	0,672	0,805	0,875
Često sam u stanju prevladati mnoge barijere	U potpunosti se slažem	123	6	22	55	23	3	7
		7,90%	3,10%	8,60%	13,70%	11,60%	2,50%	3,70%
	Slažem se	535	45	80	163	82	48	56
		34,40%	23,00%	31,40%	40,50%	41,40%	40,50%	29,50%
	Ne slažem se	733	111	110	146	92	63	105
		47,10%	56,60%	43,10%	36,30%	46,50%	52,10%	55,30%
	Uopće se ne slažem	164	34	43	38	1	6	22
Broj ispitanika sa valjanom vrijednošću	Postotak ispitanika	10,50%	17,30%	16,90%	9,50%	0,50%	5,00%	11,60%
	Postotak ispitanika	1,555	196	255	402	198	121	190
	Nedostajuća vrijednosti	45	4	13	9	0	9	4
	Prosječna vrijednost	2,6	2,88	2,68	2,42	2,36	2,6	2,75
	Medijana vrijednost	3	3	3	2	2	3	3
	Modalna vrijednost	3	3	3	2	3	3	3
	Standardna devijacija	0,78	0,717	0,854	0,841	0,689	0,627	0,705
Sposobni sam napraviti stvari kojima koliko i drugi	U potpunosti se slažem	109	4	22	37	23	7	13
		7,00%	2,00%	8,50%	9,20%	11,60%	5,60%	7,00%
	Slažem se	535	33	85	170	100	38	55
Postotak ispitanika	Slažem se	34,30%	16,80%	32,90%	42,20%	50,50%	31,00%	29,60%

		Total	Zemlja							
			Rumunjska	Hrvatska	Poljska	Grčka	Slovenija	Finska	Italija	
Ne slažem se	Broj ispitanika	691	106	109	152	68	70	80	107	
	Postotak ispitanika	44,30%	53,30%	42,20%	37,70%	34,30%	55,60%	43,00%	56,00%	
	Broj ispitanika	224	55	42	44	7	10	38	28	
	Postotak ispitanika	14,40%	27,90%	16,30%	10,90%	3,50%	7,90%	20,40%	14,70%	
Nedostajuce vrijednosti	Broj ispitanika	1.559	197	258	403	198	126	186	191	
	Postotak ispitanika	41	3	10	8	0	4	8	8	
	Medijalna vrijednost	2,66	3,07	2,66	2,5	2,3	2,66	2,77	2,84	
	Standardna devijacija	0,81	0,725	0,85	0,808	0,718	0,706	0,854	0,688	
Osljezan da sam vrijedna osoba, bar jednako toliko kao drugi	Broj ispitanika	86	3	17	29	12	8	13	4	
	Postotak ispitanika	5,50%	1,50%	6,70%	7,20%	6,10%	6,40%	7,00%	2,10%	
	Broj ispitanika	283	17	53	69	34	29	50	31	
	Postotak ispitanika	18,20%	8,70%	20,80%	17,20%	17,30%	23,20%	26,90%	16,10%	
Ne slažem se	Broj ispitanika	906	117	128	253	134	71	77	128	
	Postotak ispitanika	58,30%	60,00%	50,20%	62,90%	68,00%	56,80%	41,40%	65,30%	
	Broj ispitanika	278	58	57	51	17	17	46	32	
	Postotak ispitanika	17,90%	29,70%	22,40%	12,70%	8,60%	13,60%	24,70%	16,60%	
Broj ispitanika sa valjanom vrijednošću	Broj ispitanika	1.553	195	255	402	197	125	186	193	
	Postotak ispitanika	47	5	13	9	1	5	8	6	
	Medijalna vrijednost	2,89	3,18	2,88	2,81	2,79	2,78	2,84	2,96	
	Standardna devijacija	0,76	0,645	0,829	0,743	0,679	0,761	0,88	0,64	
SKALNI SKOR (Prosječna vrijednost svih čestica)		Kategorije								
< 2,0		Minimalna razina Samopouzdanog doživljaja seifa								
2,0 – 2,5		Niska razina Samopouzdanog doživljaja seifa								
2,5 – 3,0		Umjerena razina Samopouzdanog doživljaja seifa								
> 3,0		Visoka razina Samopouzdanog doživljaja seifa								

SKALNI SKOR (Prosječna vrijednost svih čestica)

Kategorije

< 2,0 Minimalna razina Samopouzdanog doživljaja seļa

2,0 – 2,5 Niska razina Samopouzdanog doživljaja seļa

2,5 – 3,0 Umijerena razina Samopouzdanog doživljaja seļa

> 3,0 Visoka razina Samopouzdanog doživljaja seļa

PRILOG 05: DESKRIPTIVNI STATISTIČKI POKAZATELJI TRUJ MUJERNIH INSTRUMENTATA ZA CJELI UZORAK

Mjereni instrument	Deskriptivni statistički pokazatelji	Total	Rumunjska	Hrvatska	Poljska	Grčka	Slovenija	Finska	Italija
Percepcijano socijalno obezvrjeđivanje i diskriminacija	Valjane frekvencije	1485	162	242	385	198	120	176	182
	Broj nedostajućih odgovora	115	18	26	26	0	10	18	17
	Prosječna vrijednost	12,78	11,73	11,97	12,88	15	12,19	11,95	13,24
	Medijalna vrijednost	13,24	11,76	11,84	13,24	15,4	11,84	12,42	13,24
	Modalna vrijednost	13,24	13,24	13,24	13,24	17,66	12,53	13,24	13,24
	Standardna devijacija	2,55	2,9	2,51	1,98	2,15	2,08	2,52	2,27
	Minimum	4,41	5,13	6,8	5,13	6,8	6,62	4,41	4,41
	Maksimum	17,66	17,66	17,66	17,66	17,66	17,66	17,66	17,66
	Asimetrija	-0,36	-0,16	-0,17	-0,41	-0,73	0,08	-0,3	-0,83
	Zaobljenost	0,36	-0,07	0,23	1,36	0,37	0,19	0,49	2,18
Samopouzdanje doživljava Selfa	Valjane frekvencije	1473	185	236	373	195	117	181	186
	Broj nedostajućih odgovora	127	15	32	38	3	13	13	13
	Prosječna vrijednost	18,97	21,14	19,15	18,14	16,7	19,75	19,64	19,32
	Medijalna vrijednost	18,97	21,26	19,08	16,47	20,45	19,64	19,66	19,66
	Modalna vrijednost	21,26	21,26	21,26	21,26	21,26	21,26	21,26	21,26
	Standardna devijacija	4,28	3,85	4,44	4,19	4,31	3,37	4,34	3,57
	Minimum	7,09	7,09	7,09	7,09	7,09	7,87	7,9	7,09
	Maksimum	28,34	28,34	28,34	28,34	28,34	28,34	28,34	28,34
	Asimetrija	-0,14	-0,3	0,06	0,14	-0,54	-0,65	0,01	0,13
	Zaobljenost	0,32	0,77	0,05	0,51	-0,07	1,58	-0,31	0,49
Samo stigmatizacija	Valjane frekvencije	1426	184	222	357	196	112	171	184
	Broj nedostajućih odgovora	174	16	46	54	2	18	23	15
	Prosječna vrijednost	19,23	17,41	18,57	20,41	25,59	16,95	16,75	16,55
	Medijalna vrijednost	19,11	16,92	17,76	21,5	25,46	16,27	16,95	16,87
	Modalna vrijednost	8,49	8,49	13,83	25,46	25,46	8,49	8,49	8,49
	Standardna devijacija	6,07	5,72	5,47	5,16	5,48	5,73	5,01	4,97
	Minimum	8,49	8,49	10,63	8,49	10,63	8,49	8,49	8,49
	Maksimum	33,95	33,95	32,49	33,95	33,95	32,47	30,71	29,29
	Asimetrija	0,25	0,37	0,37	-0,1	-0,3	0,43	0,13	0,26
	Zaobljenost	-0,46	0	-0,35	-0,29	-0,74	-0,42	-0,54	-0,43

	Skalni skor za instrument namijenjen mjerenju percepcije socijalnog obezvrjeđivanja i diskriminacije	Skalni skor za instrument namijenjen mjerenju samopouzdanog doživljava Selfa	Skalni skor za instrument namijenjen mjerenju sumostigmatizacije	Kategorije
< 2,0	< 8,93	< 14,25	< 17,30	Minimalna vrijednost
2,0 – 2,5	8,93 – 11,21	14,25 – 17,45	17,30 – 21,05	Niska vrijednost
2,5 – 3,0	11,21 – 13,41	17,45 – 21,36	21,05 – 25,59	Usporedna vrijednost
> 3,0	> 13,41	> 21,36	> 25,59	Viska vrijednost

PRILOG 06: INTERKORELACIJE TRIJU MJERNIH INSTRUMENATA ZA CIJELI UZORAK

Interkorelacije triju mjernih instrumenata		Total	Rumunjska	Hrvatska	Poljska	Grička	Slovenija	Finska	Italija
Percepivano socijalno obezvrjeđivanje i diskriminacija uz Samopouzdanje i doživljaj Seifa	Pearsonov koeficijent korelacije	-0,273	-0,133	-0,015	-0,175	-0,459	-0,112	-0,32	-0,248
	Statistička značajnost testovnog statistika	0	0,082	0,823	0,001	0	0,236	0	0,001
	Broj ispitanika	1408	172	223	356	195	113	171	176
	Pearsonov koeficijent korelacije	0,482	0,455	0,373	0,277	0,672	0,34	0,526	0,34
Percepivano socijalno obezvrjeđivanje i diskriminacija uz samostigmatizaciju	Statistička značajnost testovnog statistika	0	0	0	0	0	0	0	0
	Broj ispitanika	1361	177	211	343	196	106	161	173
	Pearsonov koeficijent korelacije	-0,563	-0,292	-0,448	-0,56	-0,693	-0,457	-0,61	-0,516
	Statistička značajnost testovnog statistika	0	0	0	0	0	0	0	0
Samostigmatizacija uz Samopouzdanje i doživljaj Seifa	Statistička značajnost testovnog statistika	0	0	0	0	0	0	0	0
	Broj ispitanika	1357	174	208	334	194	105	166	176
Parcijalne korelacije triju mjernih instrumenata		Total	Rumunjska	Hrvatska	Poljska	Grička	Slovenija	Finska	Italija
Percepivano socijalno obezvrjeđivanje i diskriminacija uz Samopouzdanje i doživljaj Seifa – kontrolirajući utjecaj samostigmatizacije	Pearsonov koeficijent korelacije	-0,024	0,036	0,1	-0,037	0,02	0,02	-0,013	-0,159
	Statistička značajnost testovnog statistika	0,393	0,646	0,163	0,502	0,786	0,842	0,87	0,04
	Broj ispitanika	1304	159	195	321	191	99	156	165
	Pearsonov koeficijent korelacije	0,414	0,483	0,378	0,233	0,559	0,274	0,424	0,215
Percepivano socijalno obezvrjeđivanje i diskriminacija uz samostigmatizaciju – kontrolirajući utjecaj Samopouzdanog doživljaja Seifa	Statistička značajnost testovnog statistika	0	0	0	0	0	0,006	0	0,005
	Broj ispitanika	1304	159	195	321	191	99	156	165
	Pearsonov koeficijent korelacije	-0,505	-0,267	-0,474	-0,532	-0,586	-0,444	-0,0558	-0,444
	Statistička značajnost testovnog statistika	0	0,001	0	0	0	0	0	0
Samopouzdanje i doživljaj Seifa – kontrolirajući utjecaj Percepivanog socijalnog obezvrjeđivanja i diskriminacije	Statistička značajnost testovnog statistika	0	0	0	0	0	0	0	0
	Broj ispitanika	1304	159	195	321	191	99	156	165

PRILOG 07: ANALIZA VARIJANCE IZMEĐU REZULTATA DOBIVENIH NA TRI INSTRUMENTA U SEDAM ZEMLJA

SKALA	Zemlja	Broj ispitanika	Prosječna vrijednost	Standardna devijacija	Test homogenosti varijanci	Signifikantnost F onjera	Post Hoc Testovi (razlike u odnosu na Republiku Hrvatsku)
Skala samostigmatizacije	Rumunjska	184	17,41	5,72	Leverov statistik = 1,07 Signifikantnost = 0,379	F onjer = 70,756 Signifikantnost = 0,000	Hrvatska < Grčka, Hrvatska < Poljska, Hrvatska > Finska, Hrvatska > Italija
	Hrvatska	222	18,51	5,47			
	Poljska	357	20,41	5,18			
	Grčka	196	25,59	5,48			
	Slovenija	112	16,95	5,73			
	Finska	171	16,75	5,01			
Skala Samopouzdanog doživljaja Sefa	Italija	184	16,55	4,97	Leverov statistik = 4,54 Signifikantnost = 0,000	F onjer = 23,386 Signifikantnost = 0,000	Hrvatska < Rumunjska Hrvatska > Grčka
	Total	1426	19,23	6,07			
	Rumunjska	185	21,14	3,85			
	Hrvatska	236	19,15	4,44			
	Poljska	373	18,14	4,19			
	Grčka	195	16,7	4,31			
Skala Percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije	Slovenija	117	19,75	3,37	Leverov statistik = 8,43 Signifikantnost = 0,000	F onjer = 50,032 Signifikantnost = 0,000	Hrvatska < Grčka Hrvatska < Italija Hrvatska < Poljska
	Finska	181	19,64	4,34			
	Italija	186	19,52	3,57			
	Total	1473	18,97	4,28			
	Rumunjska	182	11,73	2,9			
	Hrvatska	242	11,91	2,51			
	Poljska	385	12,88	1,98			
	Grčka	198	15	2,15			
	Slovenija	120	12,19	2,08			
	Finska	176	11,95	2,52			
	Italija	182	13,54	2,27			
	Total	1485	12,78	2,55			

PRILOG 08: BIVARIJATNA ANALIZA SOCIO-DEMOGRAFSKIH KATEGORIJA ANALIZIRANOG UZORKA NA INSTRUMENTU NAMJENJENOM MJERENJU RAZINE PERCIPIRANOG SOCIJALNOG OBEZVEDIVANJA I DISKRIMINACIJE

VARIJABLA		Broj ispunjenika	Prosječna vrijednost	Standardna devijacija	Test homogenosti varijanci	Signifikantnost F omjera	Post Hoc Testovi
Spol	Muški	643	12,8	2,55842	Levenov statistik = 0,068 Signifikantnost = 0,794	F omjer = 0,021 Signifikantnost = 0,884	
	Ženski	835	12,78	2,54767			
	Ukupno	1478	12,79	2,5515			
	Osnovnoškolski	225	12,15	2,55			
	Srednjoškolski	737	12,72	2,63			
Obrazovni status	Fakultetski	459	13,32	2,23	Levenov statistik = 7,831 Signifikantnost = 0,000	F omjer = 17,866 Signifikantnost = 0,000	Osnovnoškolski < Srednjoškolski < Fakultetski
	Ukupno	1421	12,82	2,52			
	Da	632	12,53	2,55			
	Ne	833	12,98	2,54			
	Ukupno	1465	12,79	2,55			
Socijalni kontakt: Partner	Da	1085	12,52	2,53	Levenov statistik = 1,309 Signifikantnost = 0,253	F omjer = 48,074 Signifikantnost = 0,000	Da < Ne
	Ne	389	13,55	2,48			
	Ukupno	1474	12,79	2,55			
	Da	925	12,37	2,47163			
	Ne	549	13,46	2,5337			
Socijalni kontakt: Najbolji prijatelj	Ukupno	1474	12,78	2,54903	Levenov statistik = 0,407 Signifikantnost = 0,524	F omjer = 65,870 Signifikantnost = 0,000	Da < Ne
	Da	1034	12,73	2,59			
	Ne	437	12,94	2,42			
	Ukupno	1471	12,79	2,54			
	Da	602	13,33	2,56			
Socijalni kontakt: Bliski član oditeљи	Psihološni poremećaji	473	12,61	2,43	Levenov statistik = 1,295 Signifikantnost = 0,255	F omjer = 21,549 Signifikantnost = 0,000	Psihološni / poremećaji > Depresije i anksiozni poremećaji
	Ukupno	1075	13,01	2,52			
	Da	1134	12,98	2,51			
	Ne	351	12,12	2,56			
	Ukupno	1485	12,78	2,55			
Uvid u dijagnozu	Slaganje	676	12,58	2,37	Levenov statistik = 11,000 Signifikantnost = 0,001	F omjer = 46,183 Signifikantnost = 0,000	Slaganje < Neslaganje
	Neslaganje	447	13,61	2,61			
	Ukupno	1123	12,99	2,52			
	Slaganje	676	12,58	2,37			
	Neslaganje	447	13,61	2,61			

VARIJABLA		Broj ispitanika	Prosječna vrijednost	Standardna devijacija	Test homogenosti varijanci	Signifikantnost F onjera	Post Hoc Testovi
Dob početka liječenja	Do 25 – te godine života	658	12,88	2,44	Levenov statistik = 6,250 Signifikantnost = 0,013	F onjer = 0,405 Signifikantnost = 0,525	
	Nakon 25 – te godine života	741	12,79	2,63			
	Ukupno	1399	12,63	2,54			
	Zaposleni	407	12,63	2,29			
Radni status	Nezaposleni	332	13,21	2,7	Levenov statistik = 2,596 Signifikantnost = 0,051	F onjer = 5,913 Signifikantnost = 0,001	Nezaposleni > Zaposleni Umirovljeni
	Nesposobni	319	12,98	2,48			
	Umirovljeni	344	12,47	2,7			
	Ukupno	1402	12,81	2,55			
Stambeni status	Smještaj u vlastitom stambenom objektu	722	12,51	2,48	Levenov statistik = 0,274 Signifikantnost = 0,844	F onjer = 23,617 Signifikantnost = 0,000	Institucionalni smještaj > Smještaj u vlastitom stambenom objektu, Iznajmljeni smještaj, Smještaj u stambenim objektima rođaka Smještaj u stambenim objektima rođaka >
	Iznajmljeni smještaj	189	12,69	2,59			
	Smještaj u stambenim objektima rođaka	299	13,33	2,54			
	Institucionalni smještaj	75	14,8	2,25			
	Ukupno	1285	12,86	2,56			

Skalni skor	Percepiranog socijalnog obezvređivanja i	Kategorije
< 8,93		Minimalna vrijednost
8,93 – 11,21		Niska vrijednost
11,21 – 13,41		Umjerena vrijednost
> 13,41		Visoka vrijednost

PRILOG 08: BIVARIJATNA ANALIZA SOCIO-DEMOGRAFSKIH KATEGORIJA ANALIZIRANOG UZORKA NA INSTRUMENTU NAMJENJENOM MJERENJU RAZINE SAMOSTIGMATIZACIJE

VARIJABELA		Broj ispitanika	Prosječna vrijednost	Standardna devijacija	Test homogenosti varijanci	Signifikantnost F omjera	Post Hoc Testovi
Spol	Muški	610	19,5	6,07			
	Ženski	607	19,08	6,02	Leverov statistik = 0,074	F omjer = 1,683	
	Ukupno	1217	19,29	6,07	Signifikantnost = 0,785	Signifikantnost = 0,195	
	Odnosnoizost	141	19,26	6,1	Leverov statistik = 1,224	F omjer = 4,037	Faktorski Serijskiskobni
	Samostalnost	688	19,32	6,1	Signifikantnost = 0,284	Signifikantnost = 0,007	
Obrazovni status	Fakultet	455	18,83	5,83			
	Ukupno	201	19,58	6,41			
	Da	608	17,47	5,55	Leverov statistik = 9,557	F omjer = 101,062	
	Ne	799	20,64	6,1	Signifikantnost = 0,002	Signifikantnost = 0,000	Da < Ne
	Ukupno	1407	19,27	6,07			
Socijalni kontakt: Partner	Da	1042	18,16	5,73	Leverov statistik = 0,069	F omjer = 145,443	
	Ne	371	22,37	5,9	Signifikantnost = 0,808	Signifikantnost = 0,000	Da < Ne
	Ukupno	1413	19,27	6,06			
	Da	892	17,84	5,58	Leverov statistik = 0,006	F omjer = 142,270	
	Ne	523	21,63	6,1	Signifikantnost = 0,014	Signifikantnost = 0,000	Da < Ne
Socijalni kontakt: Najbolji prijatelj	Ukupno	1415	19,24	6,06	Leverov statistik = 1,503	F omjer = 20,717	
	Da	995	18,81	6,13	Signifikantnost = 0,220	Signifikantnost = 0,000	Da < Ne
	Ne	414	20,41	6,17			
	Ukupno	1409	19,28	6,07	Leverov statistik = 12,937	F omjer = 78,473	
	Da	576	21,05	6,34	Signifikantnost = 0,000	Signifikantnost = 0,000	Da < Ne
Socijalni kontakt: Bliski član obitelji	Prirođeni potomci (da)	457	17,77	5,5	Leverov statistik = 0,000	F omjer = 7,565	
	Ukupno	1033	19,6	6,2	Signifikantnost = 0,000	Signifikantnost = 0,000	Da < Ne
	Da	1087	19,48	6,2	Leverov statistik = 6,106	F omjer = 40,217	
	Ne	339	18,42	5,57	Signifikantnost = 0,014	Signifikantnost = 0,005	Da > Ne
	Ukupno	1426	19,23	6,07			
Uvid u dijagnozu	Slaganje	644	18,25	5,47	Leverov statistik = 31,041	F omjer = 68,370	
	Neslaganje	433	21,35	6,17	Signifikantnost = 0,000	Signifikantnost = 0,000	Slaganje < Neslaganje
	Ukupno	1077	19,49	6,21			
	Da: 25 – te godine života	627	20,13	5,58	Leverov statistik = 1,033	F omjer = 16,183	
	Nakon 25 – te godine života	719	18,81	6,05	Signifikantnost = 0,857	Signifikantnost = 0,000	Da: 25 – te godine života > Nakon 25 – te godine života
Dob podrijetla liječenja	Ukupno	1346	19,42	6,05			
	Zaposleni	389	17,55	5,513			Nesposobni >
	Nezaposleni	332	20,24	6,2	Leverov statistik = 2,859	F omjer = 40,217	Nezaposleni >
	Nepoznat	295	22,03	5,89	Signifikantnost = 0,036	Signifikantnost = 0,000	Zaposleni
	Umrovi	325	18,13	5,87			Umrovi
Radni status	Ukupno	1341	18,34	6,1			
	Smještaj u vlastitom stambenom objektu	692	17,68	5,63			Institucionalni smještaj
	Smještaj u stambenom objektu rođaka	179	18,74	5,43	Leverov statistik = 4,322	F omjer = 55,711	Smještaj u stambenom objektu rođaka >
	Smještaj u stambenom objektu rođaka	293	21,61	6,29	Signifikantnost = 0,005	Signifikantnost = 0,000	Smještaj u stambenom objektu rođaka >
	Institucionalni smještaj	76	24,75	6,67			Institucionalni smještaj
Stambeni status	Ukupno	1240	19,19	6,21			Stambeni status >
	Ukupno	1240	19,19	6,21			Stambeni status >
	Ukupno	1240	19,19	6,21			Stambeni status >
	Ukupno	1240	19,19	6,21			Stambeni status >
	Ukupno	1240	19,19	6,21			Stambeni status >

Skupni skor samostigmatizacije	Kategorije
< 17,30	Niska vrijednost
17,30 – 21,05	Umjerena vrijednost
21,05 – 25,59	Visoka vrijednost
> 25,59	Visoka vrijednost

PRILOG 10: BIVARIJATNA ANALIZA SOCIO-DEMOGRAFSKIH KATEGORIJA ANALIZIRANOG UZORKA NA INSTRUMENTU NAMIJENJENOM MJERENJU RAZINE SAMOPOUZDANOG DOŽIVLJAJA SELFA

VARIJABLA	Broj ispitanika	Prosječna vrijednost	Standardna devijacija	Test homogenosti varijanci	Signifikantnost F onjera	Post Hoc Testovi
Spol	Muški	633	18,89	Levenov statistik = 2,131 Signifikantnost = 0,145	F onjer = 0,412 Signifikantnost = 0,521	
	Ženski	834	19,03			
	Ukupno	1467	18,97			
			4,28			
Obrazovni status	Osnovnoškolski	219	16,57	Levenov statistik = 2,900 Signifikantnost = 0,055	F onjer = 1,727 Signifikantnost = 0,178	
	Srednjoškolski	728	18,79			
	Fakultetski	452	19,16			
	Ukupno	1399	18,87			
Socijalni kontakt: Partner	Da	631	19,85	Levenov statistik = 1,671 Signifikantnost = 0,196	F onjer = 49,793 Signifikantnost = 0,000	Da > Ne
	Ne	821	18,28			
	Ukupno	1452	18,96			
			4,27			
Socijalni kontakt: Prijatelj	Da	1070	19,65	Levenov statistik = 0,019 Signifikantnost = 0,891	F onjer = 116,872 Signifikantnost = 0,000	Da > Ne
	Ne	389	17,02			
	Ukupno	1459	18,95			
			4,27			
Socijalni kontakt: Najbolji prijatelj	Da	916	19,83	Levenov statistik = 0,092 Signifikantnost = 0,762	F onjer = 110,933 Signifikantnost = 0,000	Da > Ne
	Ne	544	17,48			
	Ukupno	1460	18,96			
			4,27			
Socijalni kontakt: Bliski član obitelji	Da	1026	19,34	Levenov statistik = 0,085 Signifikantnost = 0,815	F onjer = 29,425 Signifikantnost = 0,000	Da > Ne
	Ne	431	18,02			
	Ukupno	1457	18,95			
			4,27			
Psihotični poremećaji	Da	591	18,54	Levenov statistik = 0,001 Signifikantnost = 0,971	F onjer = 5,239 Signifikantnost = 0,022	Psihotični poremećaji < Depresije i anksiozni poremećaji
	Depresije i anksiozni poremećaji	469	19,16			
	Ukupno	1060	18,81			
			4,35			
Dijagnoza	Da	1119	18,86	Levenov statistik = 3,444 Signifikantnost = 0,064	F onjer = 3,073 Signifikantnost = 0,080	
	Ne	354	19,32			
	Ukupno	1473	18,97			
			4,28			
Uvid u dijagnozu	Slaganje	673	19,25	Levenov statistik = 4,981 Signifikantnost = 0,026	F onjer = 12,600 Signifikantnost = 0,000	Slaganje > Neslaganje
	Neslaganje	437	18,29			
	Ukupno	1110	18,87			
			4,39			

VARIJABLA		Broj ispitanika	Prosečna vrijednost	Standardna devijacija	Test homogenosti varijanci	Signifikantnost	Post Hoc Testovi
Dob početka liječenja	Do 25 – 10 godine života	644	18,55	4,26	Levenov statistik = 0,556 Signifikantnost = 0,456	F omjer = 8,087 Signifikantnost = 0,005	Do 25 – 10 godine života < Nakon 25 – 10 godine života
	Nakon 25 – 10 godine života	739	19,2	4,25			
	Ukupno	1383	18,89	4,26			
Radni status	Zaposleni	400	19,81	3,97	Levenov statistik = 1,590 Signifikantnost = 0,190	F omjer = 28,325 Signifikantnost = 0,000	Nezaposleni < Zaposleni Unirovljeni Nezaposleni < Zaposleni
	Nezaposleni	332	18,92	4,3			
	Nesposobni	309	17,08	4,43			
	Unirovljeni	343	19,48	3,94			
	Ukupno	1384	18,91	4,27			
Stanbeni status	Smještaj u vlastitom stanbenom objektu	725	19,6	4,06	Levenov statistik = 0,328 Signifikantnost = 0,427	F omjer = 17,749 Signifikantnost = 0,000	Smještaj u vlastitom stanbenom objektu > Instrukcionalni smještaj Institucionalni smještaj Institucionalni smještaj u stanbenim objektima rodaka
	Iznajmljeni smještaj	186	18,86	4,35			
	Smještaj u stanbenim objektima rodaka	298	17,89	4,24			
	Institucionalni smještaj	75	17,02	4,32			
	Ukupno	1284	18,95	4,24			
Stanbeni status							
Shalni skor Samopouzdanog doživljaja Seifa		Kategorije					
< 14,25		Minimalna vrijednost					
14,25 – 17,45		Niska vrijednost					
17,45 – 21,36		Umjerena vrijednost					
> 21,36		Visoka vrijednost					

PRILOG 11: DESKRIPTIVNI STATISTIČKI POKAZATELJI TRIJU MJERNIH INSTRUMENATA U RH

Mjerni instrument	Deskriptivni statistički pokazatelji	Hrvatska
Percepivano socijalno obezvređivanje i diskriminacija	Valjane frekvencije	248
	Broj nedostajućih odgovora	1352
	Prosječna vrijednost	8,34
	Medijalna vrijednost	8,41
	Modalna vrijednost	9,12
	Standardna devijacija	7,92
	Minimum	3,04
	Maksimum	12,16
	Asimetrija	-0,245
	Zaobljenost	0,154
Samopouzdanje doživljaj Selfa	Valjane frekvencije	236
	Broj nedostajućih odgovora	1364
	Prosječna vrijednost	18,66
	Medijalna vrijednost	18,76
	Modalna vrijednost	20,7
	Standardna devijacija	4,33
	Minimum	6,9
	Maksimum	27,6
	Asimetrija	0,05
	Zaobljenost	0,05
Samo stigmatizacija	Valjane frekvencije	236
	Broj nedostajućih odgovora	1364
	Prosječna vrijednost	12,11
	Medijalna vrijednost	11,58
	Modalna vrijednost	10,77
	Standardna devijacija	3,88
	Minimum	5,39
	Maksimum	21,54
	Asimetrija	0,24
	Zaobljenost	-0,66

SKALNI SKOR prema Ritsher i Phelan, 2004. te Lysaker i suradnici, 2008.	Skalni skor za Instrument namijenjen mjerenju Percepcije socijalnog obezvređivanja i diskriminacije	Skalni skor za Instrument namijenjen mjerenju Samopouzdanog doživljaja Selfa	Skalni skor za Instrument namijenjen mjerenju Samostigmatizacije	Kategorije
< 2,0	< 6,10	< 13,81	< 10,86	Minimalna vrijednost
2,0 – 2,5	6,10-7,69	13,81-16,96	10,86-13,39	Niska vrijednost
2,5 – 3,0	7,69-8,51	16,96-20,02	13,39-15,54	Umjerena vrijednost
> 3,0	> 8,51	> 20,02	> 15,54	Visoka vrijednost

PRIOLOG 12: INTERKORELACIJE I PARCIJALNE KORELACIJE TRIJU MJERNIH INSTRUMENATA ZA UZORAK IZ REPUBLIKE HRVATSKE

Interkorelacije triju mjernih instrumenata		Hrvatska
Percipirano socijalno obezvređivanje i diskriminacija uz Samopouzdati doživljaj Selfa	Pearsonov koeficijent korelacije	0,002
	Statistička značajnost testovnog statistika	0,98
	Broj ispitanika	228
Percipirano socijalno obezvređivanje i diskriminacija uz Samostigmatizaciju	Pearsonov koeficijent korelacije	0,226
	Statistička značajnost testovnog statistika	0,001
	Broj ispitanika	227
Samostigmatizacija uz Samopouzdati doživljaj Selfa	Pearsonov koeficijent korelacije	-0,437
	Statistička značajnost testovnog statistika	0
	Broj ispitanika	218

Parcijalne korelacije triju mjernih instrumenata		Hrvatska
Percipirano socijalno obezvređivanje i diskriminacija uz Samopouzdati doživljaj Selfa – kontrolirajući utjecaj Samostigmatizacije	Pearsonov koeficijent korelacije	0,084
	Statistička značajnost testovnog statistika	0,225
	Broj ispitanika	208
Percipirano socijalno obezvređivanje i diskriminacija uz Samostigmatizaciju - kontrolirajući utjecaj Samopouzdanog doživljaja	Pearsonov koeficijent korelacije	0,22
	Statistička značajnost testovnog statistika	0,001
	Broj ispitanika	208
Samostigmatizacija uz Samopouzdati doživljaj Selfa – kontrolirajući utjecaj Percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije	Pearsonov koeficijent korelacije	-0,452
	Statistička značajnost testovnog statistika	0
	Broj ispitanika	208

PRILOG 13: ANALIZA VARIJANCE SOCIO-DEMOGRAFSKIH KATEGORIJA NA INSTRUMENTU NAMJENJENOM ISPITIVANJU RAZINE PERCIPIRANOG SOCIJALNOG OBEZVREĐIVANJA I DISKRIMINACIJE ZA UZORAK ISPITANIKA IZ HRVATSKE

VARIJABLA		Broj ispitanika	Prosječna vrijednost	Standardna devijacija	Test homogenosti varijanci	Signifikantnost F omjer	Post Hoc Testovi
Spol	Muški	123	8.19	1.94	Levenov statistik = 0,000 Signifikantnost = 0,988	F omjer = 1,530 Signifikantnost = 0,217	
	Ženski	122	8.6	1.92			
	Ukupno	245	8.34	1.93			
	Osnovnoškolski	59	8.03	1.93			
Obrazovni status	Srednjoškolski	160	8.41	1.92	Levenov statistik = 0,088 Signifikantnost = 0,916	F omjer = 1,074 Signifikantnost = 0,343	
	Fakultetski	29	8.58	1.91			
	Ukupno	248	8.34	1.92			
	Da	134	8.64	1.81			
Socijalni kontakt: Partner	Ne	110	8.03	2	Levenov statistik = 3,667 Signifikantnost = 0,057	F omjer = 6,230 Signifikantnost = 0,013	Da > Ne
	Ukupno	244	8.37	1.92			
	Da	209	8.24	1.87			
	Ne	37	8.91	2.15			
Socijalni kontakt: Prijatelji	Ukupno	246	8.35	1.92	Levenov statistik = 0,744 Signifikantnost = 0,389	F omjer = 3,824 Signifikantnost = 0,052	
	Da	180	8.3	1.8			
	Ne	67	8.48	2.21			
	Ukupno	247	8.35	1.92			
Socijalni kontakt: Najbolji prijatelj	Ukupno	247	8.35	1.92	Levenov statistik = 5,525 Signifikantnost = 0,020	F omjer = 0,410 Signifikantnost = 0,523	
	Da	184	8.4	1.87			
	Ne	62	8.23	2.04			
	Ukupno	246	8.35	1.91			
Socijalni kontakt: Bliski član obitelji	Ukupno	246	8.35	1.91	Levenov statistik = 3,032 Signifikantnost = 0,083	F omjer = 0,372 Signifikantnost = 0,542	
	Da	184	8.4	1.87			
	Ne	62	8.23	2.04			
	Ukupno	246	8.35	1.91			
Dijagnoza	Psihotični poremećaji	87	8.3	2.03	Levenov statistik = 1,268 Signifikantnost = 0,284	F omjer = 0,226 Signifikantnost = 0,798	
	Depresije i anksiozni poremećaji	78	8.48	1.99			
	Ostalo (ovisnosti, poremećaji osobnosti, epilepsija)	26	8.26	1.4			
	Ukupno	191	8.37	1.94			
Uvid u dijagnozu	Da	191	8.37	1.94	Levenov statistik = 0,028 Signifikantnost = 0,867	F omjer = 0,224 Signifikantnost = 0,636	
	Ne	57	8.23	1.88			
	Ukupno	248	8.34	1.92			
	Slaganje	116	8.05	2.09			
Slaganje sa dijagnozom	Neslaganje	71	8.87	1.59	Levenov statistik = 8,152 Signifikantnost = 0,005	F omjer = 8,097 Signifikantnost = 0,005	Slaganje < Neslaganje
	Ukupno	187	8.36	1.95			
	Do 25 – te godine života	78	8.13	1.69			
	Nakon 25 – te godine života	157	8.52	1.98			
Dob početka liječenja	Ukupno	235	8.39	1.89	Levenov statistik = 1,582 Signifikantnost = 0,210	F omjer = 2,312 Signifikantnost = 0,130	
	Zaposleni	93	8.33	1.64			
	Nezaposleni	50	8.21	1.82			
	Nesposobni	43	8.19	2.43			
Radni status	Umirovljeni	51	8.62	1.97	Levenov statistik = 3,732 Signifikantnost = 0,012	F omjer = 0,541 Signifikantnost = 0,655	
	Ukupno	237	8.34	1.91			
	Smještaj u vlastitom stambenom objektu	121	8.348	1.932			
	Smještaj u tuđim stambenim objektima	45	7.909	1.845			
Stambeni status	Institucionalni smještaj	72	8.524	1.902	Levenov statistik = 0,300 Signifikantnost = 0,741	F omjer = 1,471 Signifikantnost = 0,232	
	Ukupno	238	8.318	1.911			

Skalni skor za Instrument namijenjen mjerenju Percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije	Kategorije
< 6,10	Minimalna vrijednost
6,10-7,69	Niska vrijednost
7,69-8,51	Umjerenja vrijednost
> 8,51	Visoka vrijednost

PRILOG 15: ANALIZA VARIJANCE SOCIO-DEMOGRAFSKIH KATEGORIJA NA INSTRUMENTU NAMJENJENOM ISPITIVANJU RAZINE SAMOPOUZDANOG DOŽIVLJAJA SELFA ZA UZORAK ISPITANIKA IZ HRVATSKE

VARIJABLA		Broj ispitanika	Prosječna vrijednost	Standardna devijacija	Test homogenosti varijanci	Signifikantnost F onjera	Post hoc Testovi F onjera
Spol	Muški	118	18,41	4,11	Levenov statistik = 0,011 Signifikantnost = 0,917 Levenov statistik = 1,179 Signifikantnost = 0,309 Levenov statistik = 4,905 Signifikantnost = 0,028	F onjer = 0,947 Signifikantnost = 0,331 F onjer = 3,862 Signifikantnost = 0,022	Post hoc Testovi F onjera
	Ženski	116	18,97	4,27			
	Ukupno	234	18,69	4,34			
	Osnovnaškolski	55	17,43	3,84			
Obrazovni status	Srednjoškolski	157	18,97	4,49	Levenov statistik = 0,022 Signifikantnost = 0,882 Levenov statistik = 4,905 Signifikantnost = 0,028	F onjer = 3,862 Signifikantnost = 0,022	Osnovnoškolski < Fakultetsko obrazovanje
	Fakultetski	24	20,12	3,7			
	Ukupno	236	18,68	4,33			
	Da	128	18,16	4,51			
Socijalni kontakt: Partner	Ne	105	19,35	3,89	Levenov statistik = 0,037 Signifikantnost = 0,857 Levenov statistik = 0,617 Signifikantnost = 0,433	F onjer = 4,400 Signifikantnost = 0,037	Da < Ne
	Ukupno	233	18,7	4,33			
	Da	198	19,16	4,27			
	Ne	36	15,97	3,64			
Socijalni kontakt: Prijatelj	Ukupno	234	18,67	4,33	Levenov statistik = 0,000 Signifikantnost = 0,999 Levenov statistik = 0,132 Signifikantnost = 0,717	F onjer = 17,779 Signifikantnost = 0,000 F onjer = 21,242 Signifikantnost = 0,000	Da > Ne
	Da	170	19,45	4,28			
	Ne	65	16,06	3,75			
	Ukupno	235	18,08	4,33			
Socijalni kontakt: Najbolji prijatelj	Da	176	19,09	4,33	Levenov statistik = 0,117 Signifikantnost = 0,733	F onjer = 7,457 Signifikantnost = 0,007	Da > Ne
	Ne	59	17,34	4,11			
	Ukupno	235	18,95	4,34			
	Psihološki poremećaji	82	19,99	4,02			
Dijagnoza	Depresije i anksiozni poremećaji	76	16,83	4,47	Levenov statistik = 1,375 Signifikantnost = 0,255	F onjer = 16,030 Signifikantnost = 0,000	Depresije i anksiozni poremećaji < Psihološki poremećaji i ostalo (ovisnosti, poremećaji osobnosti, epilepsije)
	Ostalo (ovisnosti, poremećaji osobnosti, epilepsije)	25	20,56	3,35			
	Ukupno	163	16,67	4,46			
	Da	183	16,67	4,46			
Uvid u dijagnozu	Ne	53	18,62	3,88	Levenov statistik = 0,674 Signifikantnost = 0,412	F onjer = 0,007 Signifikantnost = 0,933	F onjer = 0,007 Signifikantnost = 0,933
	Ukupno	236	18,06	4,33			
	Slaganje	113	18,37	4,58			
	Neslaganje	67	18,95	4,17			
Slaganje sa dijagnozom	Ukupno	180	18,71	4,49	Levenov statistik = 1,612 Signifikantnost = 0,206	F onjer = 0,290 Signifikantnost = 0,591	F onjer = 9,391 Signifikantnost = 0,002
	Do 25 – te godine života	73	19,91	3,92			
	Nakon 25 – te godine života	149	18,07	4,33			
	Ukupno	222	18,68	4,28			
Dob početka liječenja	Zapostavljeni	89	19,23	4,26	Levenov statistik = 1,038 Signifikantnost = 0,309	F onjer = 9,391 Signifikantnost = 0,002	Do 25 – te godine života > Nakon 25 – te godine života
	Nepostavljeni	49	19,97	3,94			
	Invalidi	38	17,02	5,03			
	Utricovljeni	50	17,85	3,75			
Radni status	Ukupno	226	18,69	4,32	Levenov statistik = 1,286 Signifikantnost = 0,280	F onjer = 4,406 Signifikantnost = 0,005	Nepostavljeni > Invalidi
	Ukupno	226	18,69	4,32			

VARIJABLA		Broj ispitanika	Prosječna vrijednost	Standardna devijacija	Test homogenosti varijanci	Signifikantnost F onjera	Post Hoc Testovi
Stanbeni status	Sretnašaj u vlastitom stanbenom objektu	114	18,27	4,19	Leverov statistik = 0,757 Signifikantnost = 0,470	F onjer = 1,750 Signifikantnost = 0,176	
	Sretnašaj u tuđim stanbenim objektima	42	18,15	4			
	Institucionalni sretnašaj	71	19,38	4,67			
	Ukupno	227	18,59	4,37			

Skalni skor za instrument namijenjen mjerenju Samopouzdanog doživljaja Seifa		Kategorije
< 13,81		Minimalna vrijednost
13,81-16,96		Niska vrijednost
16,96-20,02		Umjerena vrijednost
> 20,02		Visoka vrijednost

PRILOG 16: INSTRUMENT NAMIJENJEN MJERENJU SAMOSTIGMATIZACIJE – SOCIJALNOG POVLAČENJA, ZA ISPITANIKE IZ HRVATSKE

Molimo da za svako pitanje označite da li se sa navedenom tvrdnjom:
U potpunosti ne slažete (1), ne slažete (2), slažete (3) ili u potpunosti slažete (4).
Koristiti ćemo izraz "duševna bolest", molimo Vas da o tom izrazu razmišljate kao o nekom
drugom koji bi upotrijebili, ako biste radije koristili neki drugi izraz za isto stanje.

	U potpunosti se ne slažem	Ne slažem se	Slažem se	U potpunosti se slažem	Faktorsko opterećen je čestice
Izbjegavam se zbližavati sa ljudima koji nisu duševno bolesni kako bih izbjegao odbijanje.	1	2	3	4	0,742
Osjećam se manje vrijedan od drugih koji nemaju duševnu bolest.	1	2	3	4	0,753
Ne družim se kao prije jer bi radi svoje duševne bolesti mogao izgledati ili se ponašati "čudno".	1	2	3	4	0,812
Negativni stereotipi protiv ljudi koji imaju duševnu bolest poput moje izoliraju me od "normalnog" svijeta.	1	2	3	4	0,777
Dok sam u blizini ljudi koji nemaju duševnu bolest osjećam se neprikladno ili nepripadajuće.	1	2	3	4	0,829
Držim se podalje društvenih događaja da bih poštedio obitelj i prijatelje od sramote.	1	2	3	4	0,725
Ljudi me ignoriraju ili me ne shvaćaju ozbiljno samo zato jer imam duševnu bolest.	1	2	3	4	0,748

Skalni skor za Instrument namijenjen mjerenju Samostigmatizacije	Kategorije
< 10,86	Minimalna vrijednost
10,86-13,39	Niska vrijednost
13,39-15,54	Umjerena vrijednost
> 15,54	Visoka vrijednost

**PRILOG 17: INSTRUMENT NAMIJENJEN MJERENJU SAMOPOUZHANOG
DOŽIVLJAJA SELFA ZA ISPITANIKE IZ HRVATSKE**

Molimo da za svako pitanje označite da li se sa navedenom tvrdnjom:

U potpunosti ne slažete (1), ne slažete (2), slažete (3) ili u potpunosti slažete (4).

Koristiti ćemo izraz “duševna bolest”, molimo Vas da o tom izrazu razmišljate kao o nekom drugom koji bi upotrijebili, ako biste radije koristili neki drugi izraz za isto stanje.

	U potpunosti se ne slažem	Ne slažem se	Slažem se	U potpunosti se slažem	Faktorski opterećenje čestice
Kad nešto isplaniram, skoro sam potpuno siguran da to mogu ostvariti.	1	2	3	4	0,799
Vidim sebe kao sposobnu osobu.	1	2	3	4	0,826
Osjećam da imam bezbroj dobrih kvaliteta.	1	2	3	4	0,746
Općenito sam siguran u odluke koje donesem.	1	2	3	4	0,734
Prema sebi imam pozitivne stavove.	1	2	3	4	0,753
Često sam u stanju prevladati mnoge barijere.	1	2	3	4	0,785
Sposoban sam napraviti stvari toliko koliko i drugi.	1	2	3	4	0,753
Osjećam da sam vrijedna osoba, bar jednako toliko kao drugi.	1	2	3	4	0,757

Skalni skor za Instrument namijenjen mjerenju Samopouzdanog doživljaja Selfa	Kategorije
< 13,81	Minimalna vrijednost
13,81-16,96	Niska vrijednost
16,96-20,02	Umjerena vrijednost
> 20,02	Visoka vrijednost

**PRIOLOG 18: INSTRUMENT NAMIJENJEN MJERENJU PERCIPIRANOG
SOCIJALNOG OBEZVREĐIVANJA I DISKRIMINACIJE ZA ISPITANIKE IZ
HRVATSKE**

Molimo da za svako pitanje označite da li se sa navedenom tvrdnjom:
U potpunosti ne slažete (1), ne slažete (2), slažete (3) ili u potpunosti slažete (4).
Koristiti ćemo izraz “duševna bolest”, molimo Vas da o tom izrazu razmišljate kao o
nekom drugom koji bi upotrijebili, ako biste radije koristili neki drugi izraz za isto
stanje.

	U potpunosti se ne slažem	Ne slažem se	Slažem se	U potpunosti se slažem	Faktorski optereće nje čestice
Većina ljudi ne bi zaposlila bivšeg duševnog bolesnika da se brine o njihovoj djeci, iako je on ili ona dobro već duže vrijeme.	1	2	3	4	0,787
Većina ljudi misli loše o osobi koja je bila u duševnoj bolnici.	1	2	3	4	0,798
Većina zaposlenika bi zanemarila molbu za posao od duševnog bolesnika u korist molbe druge osobe.	1	2	3	4	0,738
Većina mladih žena ili muškaraca bi oklijevala da izlazi sa muškarcem ili ženom koji je bio hospitaliziran radi teže duševne bolesti.	1	2	3	4	0,717

<i>Skalni skor za Instrument namijenjen mjerenju Percipiranog socijalnog obezvređivanja i diskriminacije</i>	<i>Kategorije</i>
< 6,10	<i>Minimalna vrijednost</i>
6,10-7,69	<i>Niska vrijednost</i>
7,69-8,51	<i>Umjerena vrijednost</i>
> 8,51	<i>Visoka vrijednost</i>

ISBN 978-953-55212-6-6

Popovača, 2011.