

**Fordómar í alþjóðlegu samhengi: Könnun á viðhorfum Íslendinga til  
geðrænna vandamála**

Sigrún Ólafsdóttir  
Jón Gunnar Bernburg

Útgefandi: Hugarafi  
Útgáfustaður: Reykjavík  
Útgáfuár: 2009

## **ÞAKKIR**

Við þökkum Rannsóknamiðstöð Íslands, Rannsóknarsjóði Háskóla Íslands, NIH Fogarty International Center og Indiana Consortium for Mental Health Services fyrir að styrkja þessa rannsókn. Ennfremur þökkum við Þórólfi Þórlindssyni fyrir stuðning hans við undirbúning rannsóknarinnar og starfsfólki Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands fyrir gott samstarf við öflun gagna. Einnig ber að þakka rannsóknarteyminu sem sá um alþjóðlega hluta könnunarinnar fyrir þeirra hjálp, en það eru Bernice A. Pescosolido, Jack K. Martin, og J. Scott Long. Við þökkum Auði Magdísí Leiknisdóttur fyrir þýðingu spurningalistans og Berglinði Hólm Ragnarsdóttur fyrir aðstoð við úrvinnslu gagna. Loks þökkum við Hugarafli, Geðlæknafélagi Íslands og Félagsfræðingafélagi Íslands fyrir samstarf um ráðstefnu um kynningu á þessari rannsókn sem haldin var í Háskóla Íslands þann 3. nóvember 2009.

## EFNISYFIRLIT

1. INNGANGUR.....	3
2. AÐFERÐ.....	6
2.1. Framkvæmd könnunar á Íslandi.....	6
2.2. Hönnun spurningalista.....	6
2.3. Framkvæmt könnunar í öðrum þátttökulöndum.....	7
3. FÉLAGSLEG FJARLÆGÐ OG FORDÓMAR.....	9
3.1. Félagsleg fjarlægð.....	9
3.2. Fordómar og neikvæðar tilfinningar.....	11
3.3. Smán og útilokun.....	18
4. ÚRRÆÐI VEGNA GEÐRÆNNA VANDAMÁLA.....	21
4.1. Viðhorf til úrræða.....	21
4.2. Á að neyða fólk í meðferð?.....	25
5. LOKAORÐ.....	29
HEIMILDASKRÁ.....	31
UM HÖFUNDA.....	33

# 1. INNGANGUR

Erlendar rannsóknir benda til þess að fordómar, skömm og félagsleg útilokun séu veruleiki sem einstaklingar sem eiga við geðræn vandamál að stríða þurfa oft að kljást við í daglegu lífi sínu. Rannsóknir frá ólíkum löndum hafa leitt í ljós útbreidda fordóma gagnvart þessum hópi. Einstaklingar sem eiga við geðræn vandamál að stríða eru til að mynda oft álitnir varasamir og oft er litið svo á að þeim sé ekki treystandi (Cumming og Cumming, 1957; Starr, 1955; Martin, Pescosolido og Tuch, 2000; Wahl 1997). Rannsóknir sýna enn fremur að ekki virðist hafa dregið úr fordómunum á síðustu áratugum, þrátt fyrir opnari umræðu um geðræn vandamál (Pescosolido o.fl., 2008). Til dæmis hefur komið í ljós í bandarískum könnunum að fólk tengir geðsjúkdóma við ímyndir af ofbeldi og ógn í enn ríkari mæli nú en það gerði um miðja tuttugustu öldina, jafnvel þótt viðhorf fólks til sjúkdómsvæðingar og geðheilbrigðisþjónustu séu mun jákvæðari nú en þá (Phelan o.fl., 2000).

Kannanir á viðhorfum almennings í Þýskalandi, Bandaríkjunum og fleiri löndum benda til þess að sjúkdómsvæðing geðrænna vandamála dragi ekki úr fordómum gagnvart fólki sem á við geðræn vandamál að stríða. Þvert á móti hafa kannanir sýnt að sá hluti almennings sem telur að geðræn einkenni eigi sér líffræðilegar skýringar (t.d. séu tilkomin vegna heilatrufllana eða af erfðafræðilegum ástæðum) hefur meiri fordóma en aðrir gagnvart fólki sem á við geðræn vandamál að stríða (Angermeyer og Matschinger, 2005; Dietrich, Beck, Bujantugs, Kenzine, Matschinger og Angermeyer, 2004; Jón Gunnar Bernburg og Sigrún Ólafsdóttir, 2008; Phelan, 2005). Þessar rannsóknir sýna jafnframt að fólk sem telur að geðrænir erfiðleikar eigi rætur að rekja til truflana í heilastarfsemi er líklegra til þess að vilja forðast þá sem eiga við geðræn vandamál að stríða. Fræðimenn hafa á grundvelli þessarar niðurstaðna rætt um að sjúkdómsvæðing geðrænna vandamála kunni að ýta undir það viðhorf meðal almennings að þeir sem eigi við geðræn vandamál að stríða hafi ekki stjórn á sér og af þeim sökum beri að varast þá (Dietrich, Matschinger og Angermeyer, 2006).

Á undanförunum árum og áratugum hefur fjöldi rannsókna leitt í ljós að útbreiddir fordómar í samfélaginu geta haft slæm áhrif á lífsgæði og aðlögun fólks sem á við geðræna erfiðleika að stríða. Í fyrsta lagi skapa útbreiddir fordómar hættu á félagslegri útilokun þessara einstaklinga. Erlendar viðhorfakannanir sem skoðað hafa viðbrögð almennings við persónulýsingum (e. vignette studies) hafa ítrekað leitt í ljós að fólk hefur tilhneigingu til þess að vilja forðast samneyti við einstaklinga sem eiga við geðræn vandamál að stríða, sérstaklega ef fólk skilgreinir ástand viðkomandi sem geðsjúkdóm (Martin, Pescosolido og Tuch, 2000).

Ein ástæða þess að fólk kys að forðast að eiga samskipti við einstaklinga með geðræn vandamál virðist sú lífseiga staðalmynd að geðsjúkir einstaklingar beiti oft ofbeldi eða skaði aðra (Link og Phelan 2001; Martin, Pescosolido og Tuch 2000). Jafnframt telur stór hluti almennings að einstaklingar sem eiga við geðræn vandamál að stríða eigi ekki að gegna ábyrgðarstöðum í samfélaginu (Link og Phelan 2001).

Í öðru lagi geta útbreiddir fordómar í samfélaginu gagnvart geðsjúkum haft slæm áhrif á sjálfsmynd og félagslega virkni einstaklinga sem greinast með geðsjúkdóm (Link o.fl., 1989; Markowitz, 1998). Fólk sem greinist með geðsjúkdóm vill oft draga sig úr samfélaginu af ótta við að upplifa þá skömm sem fylgir því að verða fyrir höfnun og niðurlægingu af hendi annarra. Þannig eykst hætta á félagslegri einangrun, veiku stuðningsneti og skertum tækifærum á vinnumarkaði.

Fordómar og neikvæðar staðalmyndir gagnvart tilteknum félagslegum hópum eru hluti af menningu samfélags. Einstaklingar finna sjaldnast upp á svona hugmyndum sjálfir heldur lærast þær í félagsmótun eins og aðrir þættir menningar. Af þessum sökum hafa fordómar gagnvart einstaklingum með geðræn vandamál oft ólíkt inntak milli samfélaga og fordómar eru enn fremur misútbreiddir í ólíkum samfélögum. Samanburðarrannsóknir benda til þess að batahorfur einstaklinga sem eiga við alvarleg geðræn vandamál að stríða séu mjög breytilegar milli samfélaga (Hopper og Wanderling 2000; Kulhara og Chakrabarti 2001; Sartorius o.fl. 1996; Sartorius, Jablensky og Sharpiro 1978). Ein skýring á þessum breytileika kann að vera sú að fordómar og mismunur eru útbreiddari í sumum samfélögum en öðrum (Remschmidt o.fl. 2007).

Þessi skýrsla gerir grein fyrir niðurstöðum úr könnun á viðhorfum Íslendinga til geðrænna vandamála. Könnunin, sem er sú fyrsta sinnar tegundar sem framkvæmd hefur verið hérlandis, var lögð fyrir líkindaúrtak 1033 fullorðinna Íslendinga á tímabilinu ágúst 2006 til janúar 2007. Könnunin er enn fremur hluti af fjölþjóðlegri spurningalistakönnun (Stigma in global context) á viðhorfum almennings til geðræn vandamála sem lögð var fyrir í 15 löndum á sama tímabili ([indiana.edu/~sgcmhs/research%20plan.htm](http://indiana.edu/~sgcmhs/research%20plan.htm)). Nánar tiltekið var könnunin lögð fyrir úrtök almennings í löndum í V-Evrópu (Íslandi, Kýpur, Bretlandi, Þýskalandi, Spáni), A-Evrópu (Búlgaríu, Ungverjalandi), N-Ameríku (Bandaríkjunum), S-Ameríku (Brasilíu, Argentínu), Eyjaálfu (Nýja Sjálandi), Afríku (Suður Afríku) og Asíu (Banglades, Suður Kóreu, Filippseyjum). Rannsóknarteymi í Indianaháskóla í Bandaríkjunum sá um að samræma framkvæmd könnunarinnar í löndunum. Rannsóknarteymi landanna höfðu með sér ítarlegt samráð um þýðingu og bakþýðingu spurningalistans í því skyni að gera merkingu mælitækja (spurninga) sambærilega milli landa.

Í þessari skýrslu er áhersla lögð á að útlista niðurstöður sem varpað geta ljósi á það hve útbreiddir fordómar eru héraendis gagnvart einstaklingum sem eiga við geðræn vandamál að stríða. Einnig verður sjónum beint að viðhorfum almennings til úrræða og meðferðar, til dæmis hvort almenningur sé á þeirri skoðun að neyða beri einstaklinga sem eiga við geðræn vandamál að stríða í meðferð. Viðhorf almennings héraendis verða skoðuð sérstaklega og jafnframt verða viðhorf Íslendinga borin saman við viðhorf almennings í öðrum þáttökulöndum.

## 2. AÐFERÐ

### 2.1. Framkvæmd könnunar á Íslandi

Spurningalistakönnun var lögð fyrir líkindaúrtak fullorðinna Íslendinga (18 ára og eldri) á tímabilinu frá ágúst 2006 til janúar 2007. Um er að ræða heimsóknarkönnun (*face-to-face survey*), sem þýðir að sérþjálfaðir spyrjar heimsóttu alla þátttakendur og tóku við þá stöðluð viðtöl. Úrtakið var valið með einföldu tilviljunarúrtaki á höfuðborgarsvæði og *klasaaðferð* (cluster sampling) utan höfuðborgarsvæðis, eins og iðulega er gert í viðtalsrannsóknnum þar sem spyrjar þurfa að heimsækja þátttakendur. Á höfuðborgarsvæðinu var einfalt tilviljunarúrtak valið úr þjóðskrá, en um 12 klasar voru valdir sem fulltrúar fyrir svæði utan höfuðborgarsvæðisins. Skipting milli höfuðborgarsvæðisins og annarra svæða var höfð hlutfallslega rétt miðað við fjölda í þýði (ekki þarf því að veða niðurstöður). Heildarstærð upphaflegs úrtaks var 1460 manns en endanlegur fjöldi svarenda var 1033. Svarhlutfallið í könnuninni var því um 71%. Um 52% svarenda voru konur (hlutfallslegur fjöldi kvenna í heildarmannfjölda 18 ára og eldri á Íslandi árið 2006 var um 50%).

### 2.2. Hönnun spurningalista

Viðhorf þátttakenda voru skoðuð með því að biðja þá um að bregðast við persónulýsingu sem lesin var í upphafi könnunar. Könnunin fór þannig fram að í upphafi fékk hver þátttakandi eina af þremur persónulýsingum, af handahófi. Einn þriðji hluti þátttakenda fékk persónulýsingu af einstaklingi með þunglyndiseinkenni (Persónulýsing A), annar þriðji hluti þátttakenda fékk lýsingu af einstaklingi með geðklofaeinkenni (Persónulýsing B) og síðasti þriðjungur þátttakenda fékk lýsingu af einstaklingi með astmaeinkenni (Persónulýsing C; samanburðarhópur). Kyn og upprunastaða einstaklings í lýsingu var enn fremur haft breytilegt (karl/kona; Íslendingur/Tælendingur). Ekki kemur fram í lýsingunum hvort einstaklingurinn hafi verið greindur með sjúkdóm eða ekki:

#### **Persónulýsing A**

[Jón/Anna/Somsag/Jantra] er [Íslenskur/Íslensk/tælensk/tælenskur], [karlmaður/kona]. Undanfarnar vikur hefur [NAFN] verið mjög niðurdregin/n. Hann/hún vaknar dapur/döpur og með íþyngjandi tilfinningu sem fylgir honum/henni allan daginn. Hann/hún hefur ekki lengur ánægju af því sem áður gladdi hann/hana. Í raun er ekkert sem færir honum/henni ánægju. Jafnvel þegar ánægjulegir atburðir gerast virðist það ekki gleðja [NAFN]. Meira að segja smávægilegustu verkefni eru honum/henni erfið. Hann/hún á erfitt með að einbeita sér. Hann/hún er orkulaus og getur ekki gert hluti sem hann/hún er vanur/vön að

gera. Jafnvel þótt [NAFN] sé þreyttur/þreytt á hann/hún erfitt með að sofa á næturnar. [NAFN] finnst hann/hún vera einskis verður/verð, á erfitt með að koma einhverju í verk og hann/hún er með samviskubit. Fjölskylda [NAFN] hefur tekið eftir því að hann/hún hefur litla matarlyst og hefur lést. Hann/hún hefur fjarlægst þau og vill ekki ræða málin.

### **Persónulýsing B**

[Jón/Anna/Somsag/Jantra] er [Íslenskur/Íslensk/tælensk/tælenskur], [karlmaður/kona]. Lífið gekk sinn vanagang hjá [NAFN] þar til fyrir ári síðan. En þá tóku hlutirnir að breytast. Honum/henni fannst fólk vera á móti sér og baktala hann/hana. [NAFN] var sannfærð/ur um að verið væri að njósna um hann/hana og að fólk heyrði hvað hann/hún hugsaði. [NAFN] missti löngun til þess að fara í vinnuna og vera með fjölskyldunni og lokaði sig af heima hjá sér, og endaði á því að vera mjög mikið einn/ein heima hjá sér. [NAFN] varð svo upptekin af hugsunum sínum að hann/hún sleppti úr máltíðum og hætti að baða sig reglulega. Á nóttunni, þegar annað fólk svaf, gekk hann/hún um gólf heima hjá sér. [NAFN] heyrði raddir þó enginn annar væri nálægur. Raddirnar sögðu honum/henni hvað hann/hún ætti að gera og hugsa. Þetta ástand hefur nú varað í sex mánuði.

### **Persónulýsing C – Samanburðarhópur**

[Jón/Anna/Somsag/Jantra] er [Íslenskur/Íslensk/tælensk/tælenskur], [karlmaður/kona]. [NAFN] hefur lengi átt við öndunarerfiðleika að stríða. [NAFN] fær oft hóstakast á næturnar og sefur ekki mjög vel. Fjölskylda hans/hennar og vinir hafa tekið eftir að þessi vandamál hans/hennar versna á álagstímum, á vorin og á haustin og einnig við líkamlega áreynslu. [NAFN] fannst gaman að iðka sund áður fyrr en hætti því nýlega vegna þessara vandamála. [NAFN] líður illa yfir öndunarerfiðleikum sínum, sem virðast sífellt versna, og hann/hún vildi helst óska þess að geta verið „eins og allir aðrir“. [NAFN] tekur virkan þátt í ýmsu tómstunda- og félagsstarfi með vinum.

Þegar þátttakendur höfðu fengið að heyra persónulýsinguna fengu þeir spurningar um viðhorf þeirra gagnvart hinum tilbúna einstaklingi, til að mynda spurningar um félagslega fjarlægð svarenda gagnvart „Jóni“, fordóma o.s.frv.<sup>1</sup> Í framhaldinu getur að líta niðurstöður úr samanburði á viðbrögðum þátttakenda við persónulýsingunum þremur. Enn fremur verður leitast við að draga fram stöðu þessara mála á Íslandi í samanburði við hin þáttökulöndin.

## **2.3. Framkvæmt könnunar í öðrum þáttökulöndum**

Könnunin var framkvæmd í hinum fjórtán löndunum með styrk frá Fogarty International Center til rannsóknarteymis í Bandaríkjunum. Í rannsóknarteyminu eru þau Bernice Pescosolido, Jack Martin og J. Scott Long, prófessorar við félagsfræðideild Indianaháskóla. Rannsóknarteymið í Bandaríkjunum gerði samninga við rannsóknastofnanir sem sáu um

---

<sup>1</sup> Í því skyni að einfalda framsetningu niðurstaðna verða þær ekki greindar eftir kyni eða minnihlutastöðu persónulýsinga í þessari skýrslu. Í meginatriðum breytast niðurstöður þær sem kynntar eru í skýrslunni lítið við að skoða þessa þætti.

framkvæmdina í hverju landi. Sömu aðferð (þ.e. heimsóknarkönnun) var beitt við gagnaöflun í öllum þáttökulöndum.

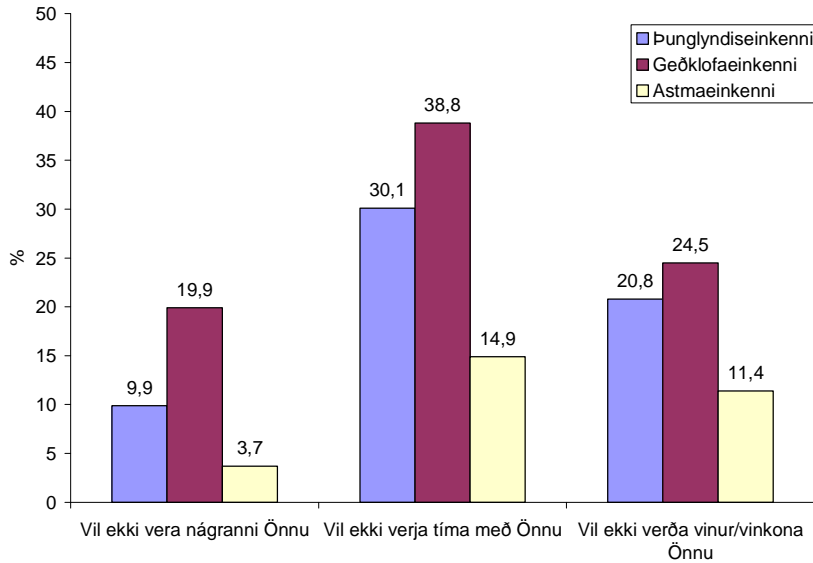
### 3. FÉLAGSLEG FJARLÆGÐ OG FORDÓMAR

#### 3.1. Félagsleg fjarlægð

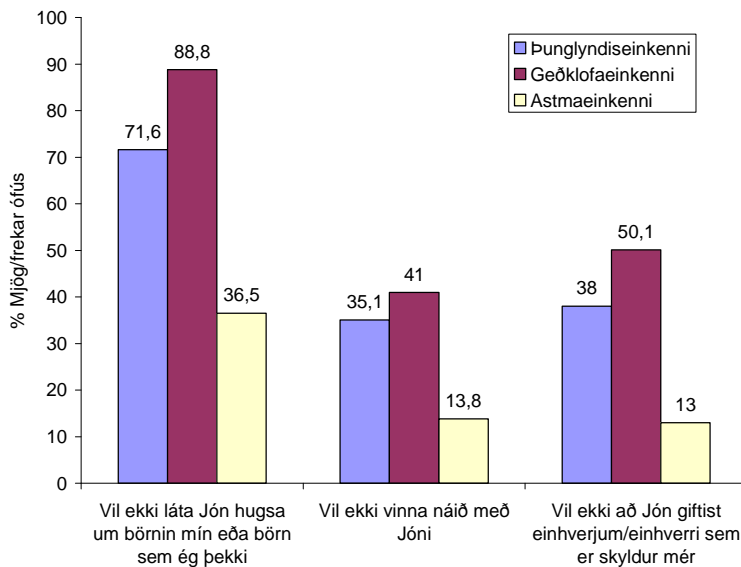
Þátttakendur voru spurðir spurninga um hvort þeir vildu forðast samskipti við einstaklinginn í persónulýsingu. Niðurstöður á myndum 3.1 og 3.2 sýna að þátttakendur sem fengu lýsingu af einstaklingi með geðklofaeinkenni eða þunglyndiseinkenni voru mun líklegri en þeir sem fengu lýsingu af einstaklingi með astmaeinkenni til þess að kjósa félagslega fjarlægð gagnvart viðkomandi. Þannig sögðu um 20% þeirra sem fengu lýsingu af geðklofaeinkennum að þeir væru (frekar eða mjög) ófúsir til þess að vera nágrannar viðkomandi. Töluvert færri eða 10% þeirra sem fengu lýsingu af einstaklingi með þunglyndiseinkenni vildu ekki vera nágrannar viðkomandi. Sambærilegt hlutfall fyrir svarendur sem fengu einstakling með astmaeinkenni var aftur á móti mun minna eða 3,7%. Sambærilegar niðurstöður koma fram fyrir aðrar mælingar á félagslegri fjarlægð. Þátttakendur sem fengu lýsingu af geðklofaeinkennum voru líklegastir til þess að vilja félagslega fjarlægð, en þeir sem fengu lýsingu af þunglyndiseinkennum voru ívið ólíklegri til þess að vilja félagslega fjarlægð. Þátttakendur sem fengu lýsingu af astmaeinkennum voru umtalsvert ólíklegri en hinir hóparnir tveir sem fengu lýsingu af geðrænum vandamálum til þess að vilja félagslega fjarlægð. Í stuttu máli benda niðurstöður til þess að almenningur hérlendis vilji mun meiri félagslega fjarlægð gagnvart einstaklingum með geðræn vandamál en einstaklingum sem ekki eiga við geðræn vandamál að stríða.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Sá munur sem fram kemur á myndum 3.1 og 3.2 á viðhorfum þátttakenda gagnvart einstaklingum með geðræn vandamál (geðklofa- eða þunglyndi) annars vegar og einstaklingum með astma hins vegar er í öllum tilfellum tölfræðilega marktækur ( $\alpha = 0,05$ ).



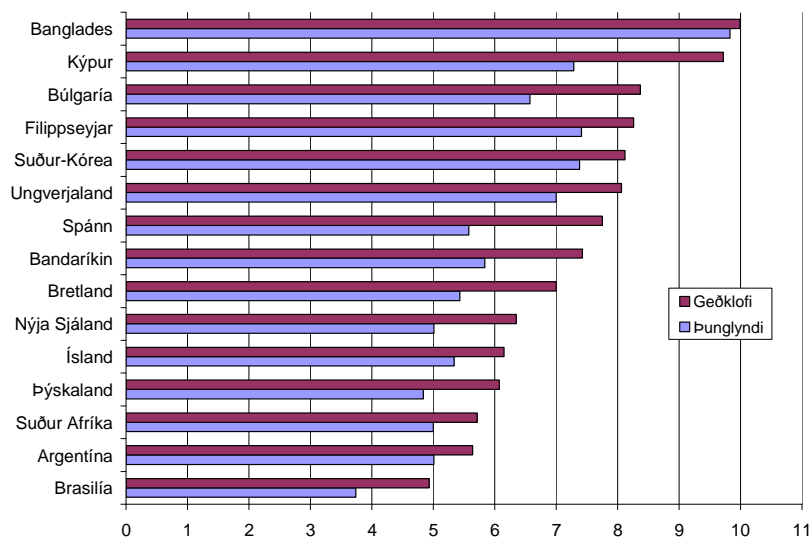
**Mynd 3.1. Hlutfallslegur fjöldi íslenskra svarenda sem er mjög eða frekar ófús til þess að tengjast Jóni/Önnu**



**Mynd 3.2. Hlutfallslegur fjöldi íslenskra svarenda sem er mjög eða frekar ófús til þess að tengjast Jóni/Önnu**

Eins og komið hefur fram hér að ofan var könnunin framkvæmd á sambærilegan hátt í 15 löndum, að Íslandi meðtöldu, enda var það eitt af markmiðum könnunarinnar að bera saman viðhorf almennings í ólíkum löndum til geðrænna vandamála. Á mynd 3.3 getur að líta samanburð á viðbrögðum þátttakenda í hinum þáttökulöndunum við persónulýsingunum þremur. Í stað þess að nota stakar spurningar til þess að mæla viðbrögð þátttakenda (líkt og gert var á myndum 3.1 og 3.2) eru spurningarnar settar saman til þess að mæla félagslega fjarlægð. Þannig er félagsleg fjarlægð mæld með því að leggja saman svör hvers þátttakenda

við öllum sex spurningunum sem snúa að félagslegri fjarlægð (þ.e. hvort svarandi sé fús eða ófús til að vera nágranni Jóns, til að verja tíma með honum o.s.frv.). Skalin nær frá 0 upp í 15 og endurspeglar hærri gildi meiri félagslega fjarlægð. Til skýringar svaraði einstaklingur sem fær 0 á skalanum því að hann væri mjög fús að eiga samskipti við Jón/Önnu í öllum spurningum, en einstaklingur sem fær 15 sagðist vera mjög ófús að eiga slík samskipti á öllum spurningunum.<sup>3</sup> Mynd 3.3. sýnir meðaltöl fyrir öll 15 löndin.



**Mynd 3.3. Meðaltöl þátttakenda fyrir félagslega fjarlægð frá Önnu/Jóni í 15 löndum (Hærri tala vísar til meiri félagslegrar fjarlægðar).**

Myndin sýnir að það er mjög breytilegt hversu mikla félagslega fjarlægð almenningur kys frá einstakling sem á við geðræn vandamál að stríða og að almenningur í flestum löndunum kys meiri fjarlægð ef um geðklofa er að ræða, heldur en þunglyndi. Þátttakendur í Banglades, á Kýpur og í Búlgaríu eru líklegastir til að vilja félagslega fjarlægð, en þátttakendur í Brasilíu, Argentínu og Suður Afríku hafa minnsta fordóma á þessari mælingu. Ísland mælist fyrir neðan miðju.<sup>4</sup>

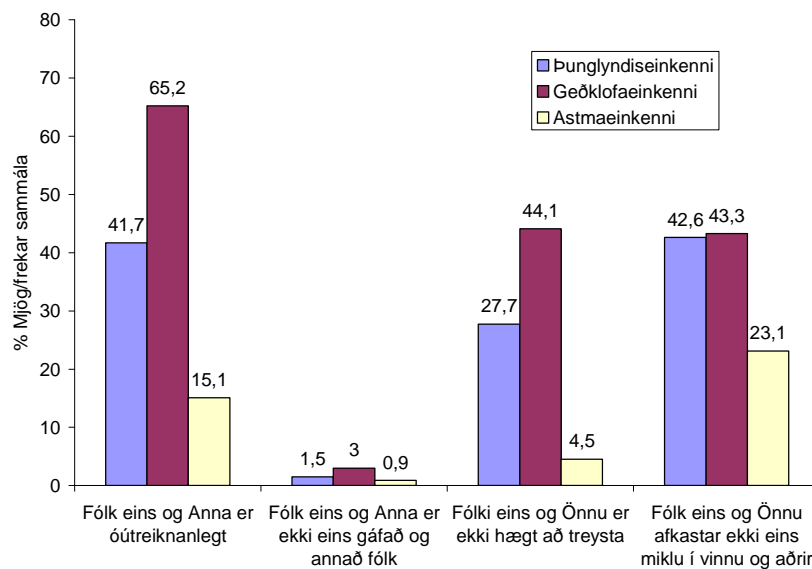
### **3.2. Fordómar og neikvæðar tilfinningar**

Þátttakendur voru beðnir um að taka afstöðu til staðhæfinga sem fela í sér fordóma og neikvæðar tilfinningar gagnvart einstaklingi í persónulýsingu. Niðurstöður sýna að þátttakendur voru mun líklegri til þess að hafa fordóma og neikvæðar tilfinningar gagnvart einstaklingum með geðræn vandamál en þeim sem ekki sýndu nein merki um geðræn

<sup>3</sup> Myndum sem sýna samanburð er raðað eftir fordómum vegna geðklofa. Röð landa gæti breyst eitt hvað ef skoðað er eftir þunglyndi. Hærra meðalstig í samanburðarmyndum vísar til meiri fordóma.

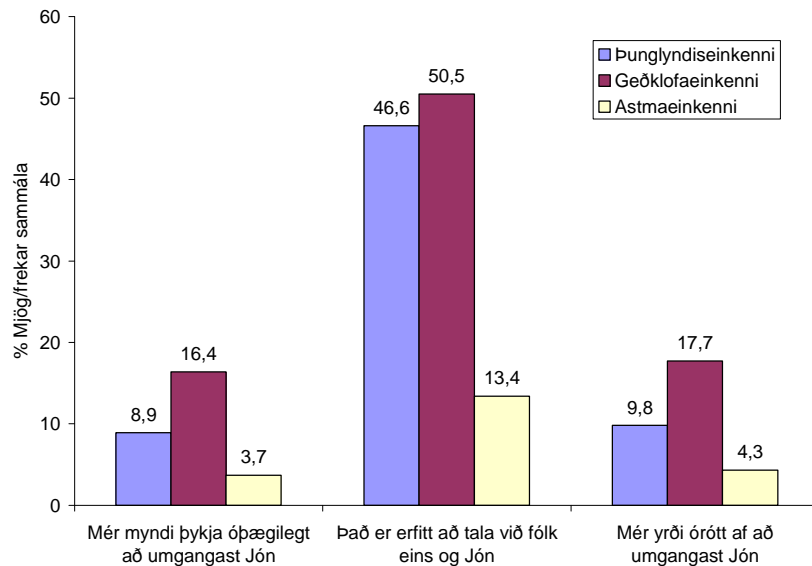
<sup>4</sup> Til þess að einfalda framsetningu niðurstaðna um fjölþjóðlega samanburðinn eru ekki birt öryggisbil eða marktektarpróf fyrir mun á meðaltölum landa.

vandamál. Til að mynda kemur fram á mynd 3.4 að um 65% þátttakenda voru (mjög eða frekar) sammála fullyrðingu um að einstaklingur með geðklofaeinkennin væri óútreiknanlegur; um 42% töldu að einstaklingur með þunglyndiseinkennin væri óútreiknanlegur; en langtum færri, um 15%, töldu að einstaklingur með astmaeinkennin væri óútreiknanlegur. Einnig voru þátttakendur mun líklegri til þess að vantroysta einstaklingum með geðrænt vandamál og til að telja að slíkur einstaklingur afkasti minna í vinnu en aðrir. Fáir töldu þó að gáfnafar fólks með geðræn vandamál væri lakara en gengur og gerist. Á mynd 3.5 kemur fram að stór hluti þátttakenda taldi að einstaklingar með geðræn vandamál séu erfiðir og óþægilegir í samskiptum.<sup>5</sup>



**Mynd 3.4. Hlutfallslegur fjöldi íslenskra svarenda sem er mjög eða frekar sammála staðhæfingum sem fela í sér neikvæða fordóma gagnvart Jóni/Önnu**

<sup>5</sup> Sá munur sem fram kemur á myndum 3.4 og 3.5 á viðhorfum þátttakenda til einstaklinga með geðræn vandamál (geðklofa- eða þunglyndi) annars vegar og einstaklinga með astma hins vegar er í öllum tilfellum tölfræðilega marktækur ( $\alpha = 0,05$ ). Undantekningin er þó fullyrðingin um gáfnafar en í því tilviki er aðeins marktækur munur á þátttakendum sem fengu geðklofalýsingu og astmalýsingu.

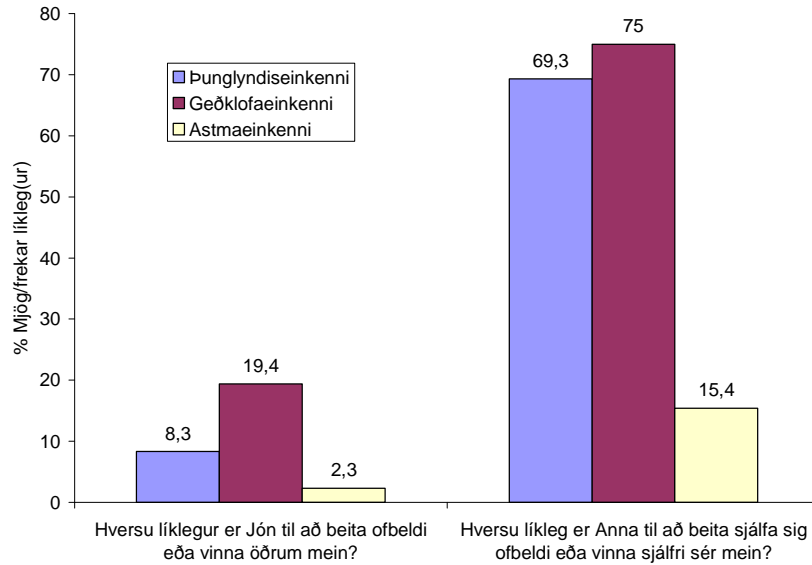


**Mynd 3.5. Hlutfallslegur fjöldi íslenskra svarenda sem er mjög eða frekar sammála staðhæfingum sem fela í sér neikvæðar tilfinningar gagnvart Jóni/Önnu**

Niðurstöður úr könnun okkar benda til þess að almenningur héraendis hafi tilhneigingu til þess að tengja geðræn vandamál við ofbeldi og ógn líkt og komið hefur fram erlendis. Fram kemur á mynd 3.6 að um 19% þátttakenda töldu (mjög eða frekar) líklegt að einstaklingur með geðklofaeinkenni beitti ofbeldi eða ynni öðrum mein, en töluvert færri, um 8%, töldu líklegt að einstaklingur með þunglyndiseinkenni beitti ofbeldi eða ynni öðrum mein. Til samanburðar sögðu aðeins um 2% þátttakenda að einstaklingur með astmaeinkenni myndi líklega beita ofbeldi eða vinna öðrum mein.<sup>6</sup> Enn fremur kemur í ljós á mynd 3.7 að milli 69 og 75% þátttakenda telja mjög eða frekar líklegt að einstaklingur með geðklofa- eða þunglyndiseinkenni geri sjálfum sér mein, en sambærilegt hlutfall fyrir astmahópin var um 15%.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Munur á viðhorfum hópanna þriggja er tölfræðilega marktækur ( $\alpha = 0,05$ ).

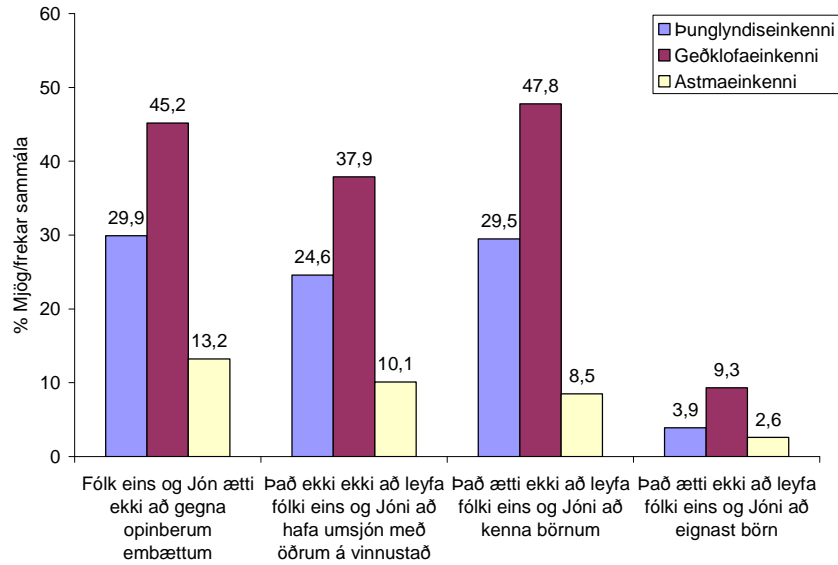
<sup>7</sup> Munurinn á viðhorfum þátttakenda gagnvart einstaklingum með geðræn vandamál (geðklofa- eða þunglyndi) annars vegar og einstaklingum með astma hins vegar er tölfræðilega marktækur ( $\alpha = 0,05$ ).



**Mynd 3.6. Hlutfallslegur fjöldi íslenskra svarenda sem telur að Jón/Anna sé mjög eða frekar líkleg(ur) til þess að vera ógn gagnvart sjálfum sér og öðrum**

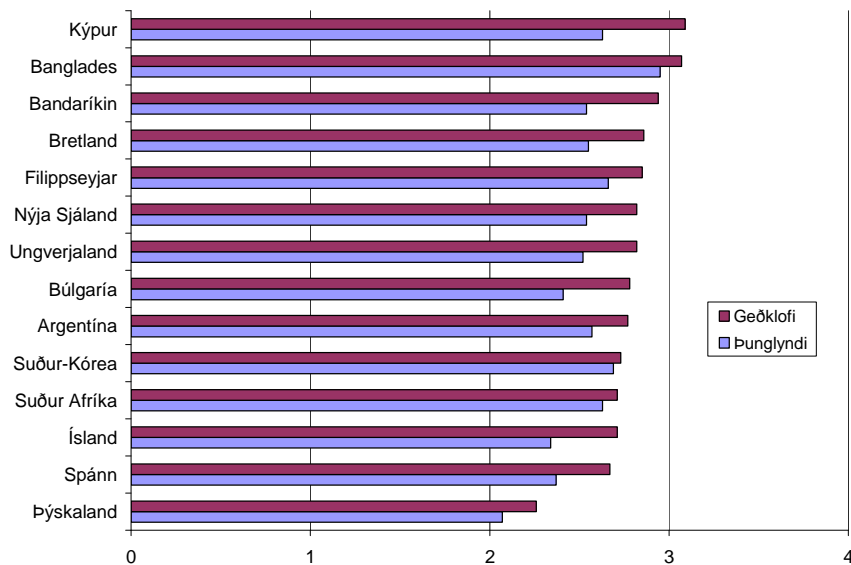
Erlendar rannsóknir hafa leitt í ljós að fólk telur oft að einstaklingar sem eiga við geðræn vandamál að stríða eigi ekki að gegna ábyrgðarstöðum í samfélaginu (Link og Phelan 2000). Á mynd 3.7 koma fram niðurstöður sem benda til þess að svona viðhorf séu útbreidd hérlandis. Enn og aftur eru viðhorfin gagnvart einstaklingi sem hefur geðklofaeinkenni neikvæðust, en stór hluti þátttakenda telur að einstaklingur sem sýnir geðklofaeinkenni eigi ekki að gegna opinberum embættum (um 45%), hafa umsjón með öðrum á vinnustað (um 38%) eða kenna börnum (um 48%). Ívið færri (ríflega fjórðungur) töldu að einstaklingur með þunglyndiseinkenni ætti ekki að gegna slíkum stöðum. Mun færri vildu meina einstaklingi með astmaeinkenni að gegna svona ábyrgðarstörfum (um 9 til 13%). Athygli vekur að um 9% þátttakenda vildu ekki leyfa einstakling með geðklofaeinkenni að eignast börn.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Á mynd 3.7 er munur á viðhorfum hópanna þriggja tölfræðilega marktækur ( $\alpha = 0,05$ ), nema hvað varðar spurninguna um barneignir en þar er aðeins marktækur munur á geðklofahópnum annars vegar og á hinum hópnum tveimur hins vegar.



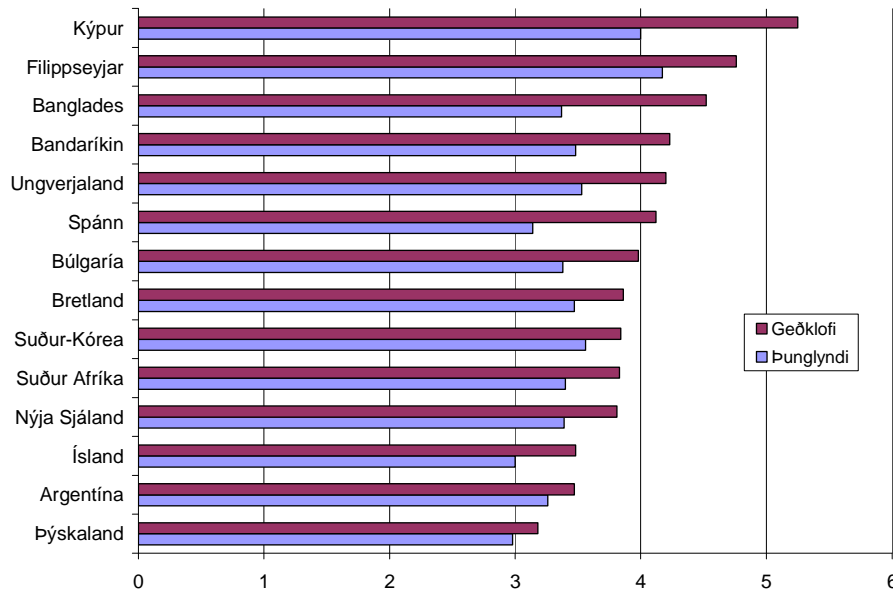
**Mynd 3.7. Hlutfallslegur fjöldi íslenskra svarenda sem er mjög eða frekar sammála staðhæfingum sem fela í sér félagslega útilokun Jóns/Önnu**

Á mynd 3.8 getur að líta samanburð milli landa á svörum þátttakenda á einum mælikvarða um neikvæða fordóma, um það hvort “Jón” sé útreiknanlegur. Niðurstöður sýna að íslenskir þátttakendur eru ólíklegri til að telja að “Jón” sé útreiknanlegur en þátttakendur í flestum hinum löndunum. Aðeins þátttakendur í Þýskalandi og á Spáni hafa minni neikvæða fordóma en Íslendingar.



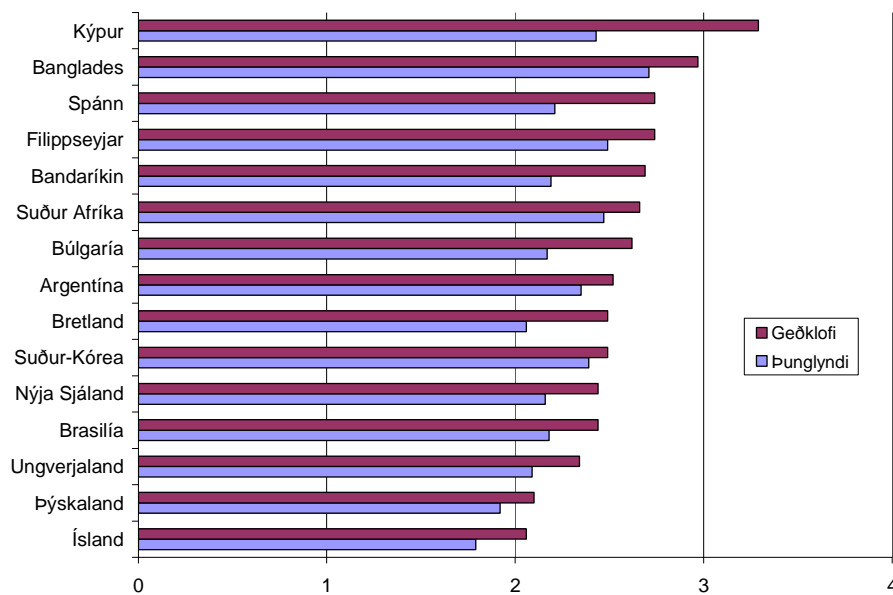
**Mynd 3.8. Meðaltöl þátttakenda fyrir að telja að “Jón” sé útreiknanlegur í 15 löndum**

Á mynd 3.9 getur að líta samanburð milli landa á svörum þátttakenda við fjórum spurningum um neikvæðar tilfinningar gagnvart „Jóni“ (þ.e. óþægilegt að umgangast, órött af að umgangast, erfitt að tala við). Ísland er sem fyrr neðarlega í samanburði þessara landa. Aðeins Þýskaland og Argentína eru með lægra meðalgildi en Ísland.



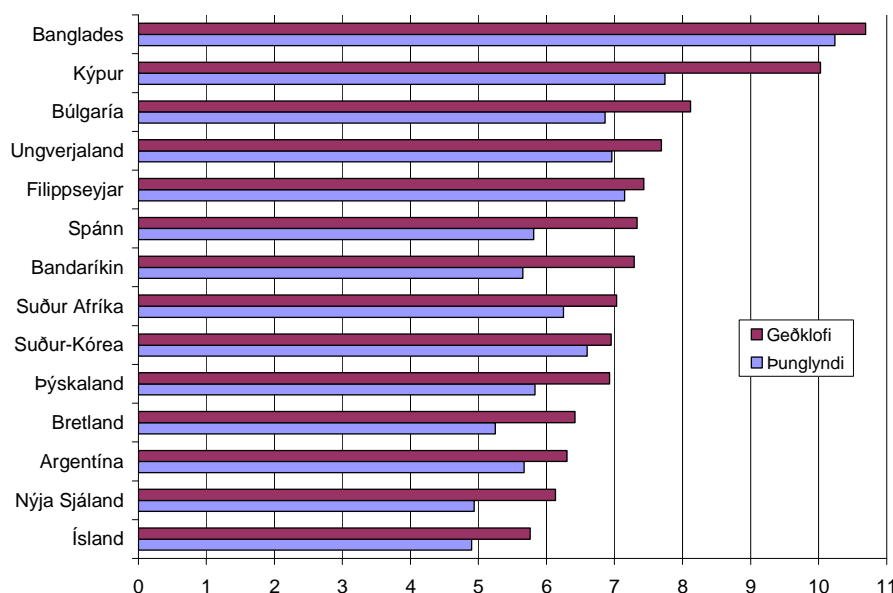
**Mynd 3.9. Meðaltöl þátttakenda fyrir hafa neikvæðar tilfinningar gagnvart „Jóni“ í 15 löndum.**

Á mynd 3.10 kemur fram samanburður milli landa á svörum þátttakenda við spurningunni um hvort „Jón“ sé líklegur til þess að beita ofbeldi eða vinna öðrum mein. Almennigur á Kýpur og Banglades er líklegastur til að telja að „Jón“ muni beita ofbeldi. Almennigur á Íslandi er ólíklegastur til að álíta að „Jón“ beiti ofbeldi ef hann á við geðklofa eða þunglyndi að stríða. Í samanburði við önnur lönd er tiltölulega veik tenging á milli geðrænna vandamála og ofbeldis á Íslandi.



**Mynd 3.10. Meðaltöl þátttakenda fyrir að telja að “Jón” sé líklegur til að beita ofbeldi í 15 löndum.**

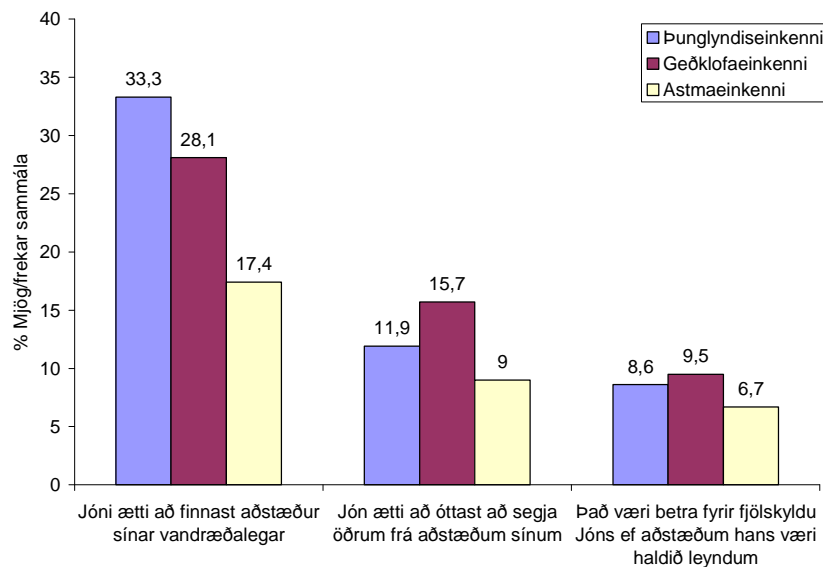
Niðurstöður á mynd 3.11 sýna svipaða niðurstöðu fyrir svör þátttakenda við fjórum fullyrðingum sem fela í sér vilja til að útiloka „Önnu“ frá ábyrgðarstörfum (þ.e. hún ætti ekki að hafa umsjón með öðrum á vinnustað, gegna opinberu embætti, kenna börnum eða eignast börn). Enn er almenningur í Banglades og á Kýpur neikvæðastur gagnvart fólki með geðræn vandamál en Íslendingar eru síst líklegir til að vilja útiloka „Önnu“ frá ábyrgðarstörfum.



**Mynd 3.11. Meðaltöl þátttakenda fyrir að vilja útiloka viðkomandi frá félagslegri þátttöku í 15 löndum.**

### 3.3. Smán og útilokun

Einn mælikvarði á viðhorf almennings til geðrænna vandamála er sá hvaða hugmyndir almenningur hefur um félagslega stöðu þeirra sem stríða við geðræn vandamál. Niðurstöður sem fram koma á mynd 3.12 benda til þess að almenningur héraendis hafi tilhneigingu til þess að tengja skömm frekar við geðræn vandamál en líkamleg vandamál, þótt ekki sé um mjög afgerandi mun að ræða. Niðurstöður sýna að fleiri þátttakendur telja aðstæður viðkomandi vera vandræðalegar sýni einstaklingur einkenni geðklofa- eða þunglyndis.<sup>9</sup> Jafnframt telja ívið fleiri þátttakendur að einstaklingur með geðklofaeinkenni eigi að óttast það að segja öðrum frá aðstæðum sínum.<sup>10</sup> Enginn teljandi munur er á svörum hópanna þriggja við spurningu um hvort betra væri fyrir fjölskyldu viðkomandi ef aðstæðum hans eða hennar væri haldið leyndum.<sup>11</sup>



**Mynd 3.12. Hlutfallslegur fjöldi íslenskra svarenda sem er mjög eða frekar sammála staðhæfingum sem fela í sér að ástand Jóns/Önnu feli í sér smán eða skömm**

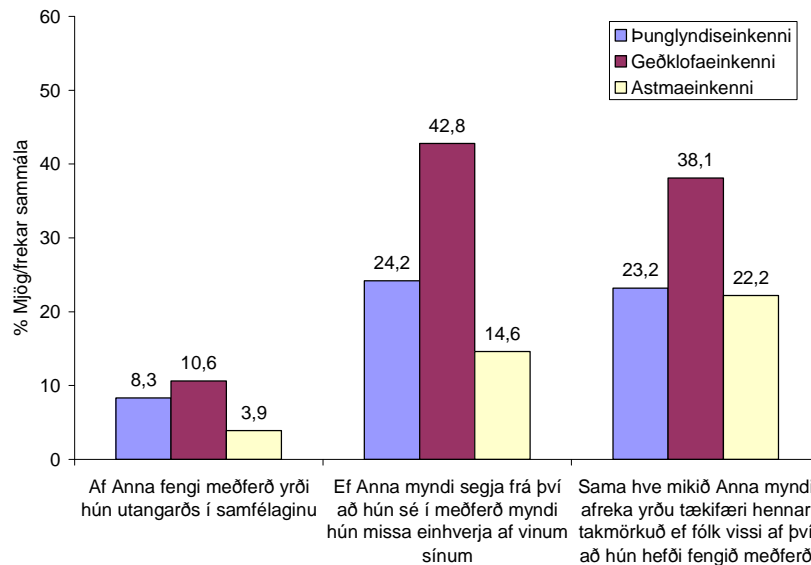
Afgerandi munur blasir aftur á móti við þegar svör þátttakenda við spurningum um áhrif meðferðar á félagslega útilokun eru skoðuð. Erlendar rannsóknir sýna að oft lítur fólk svo á að það að fá meðferð vegna geðræns vandamál geti orsakað útskúfun í samfélaginu (Link og Phelan, 2000). Á mynd 3.13 kemur fram að í huga þátttakenda er meðferð vegna geðræns vandamáls mun líklegri til þess að leiða til útilokunar en meðferð vegna astma,

<sup>9</sup> Munurinn á geðklofa- og þunglyndishópnum annars vegar og astmahópnum hins vegar er tölfræðilega marktækur ( $\alpha = 0,05$ ).

<sup>10</sup> Munurinn á geðklofahópnum annars vegar og astmahópnum hins vegar er tölfræðilega marktækur ( $\alpha = 0,05$ ).

<sup>11</sup> Ekki er tölfræðilega marktækur munur á svörum hópanna þriggja ( $\alpha = 0,05$ ).

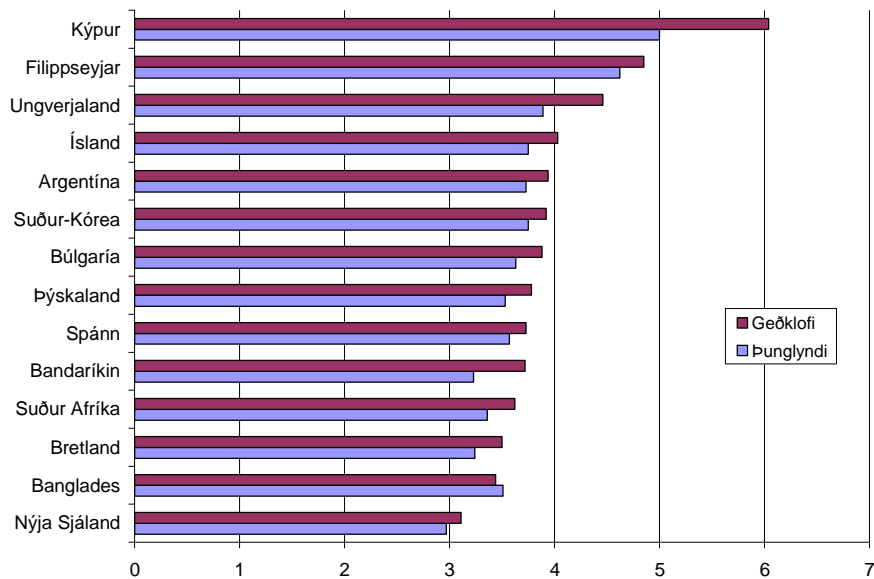
sérstaklega ef um er að ræða meðferð vegna geðklofa.<sup>12</sup> Sérstaka athygli vekur að um 43% þátttakenda telja að einstaklingur myndi missa einhverja af vinum sínum ef hann eða hún segði frá því að hafa fengið meðferð vegna geðklofaeinkenna.



**Mynd 3.13. Hlutfallslegur fjöldi svarenda sem er mjög eða frekar sammála staðhæfingum sem fela í sér að meðferð við ástandi Jóns/Önnu geti leitt til félagslegrar útilokunar**

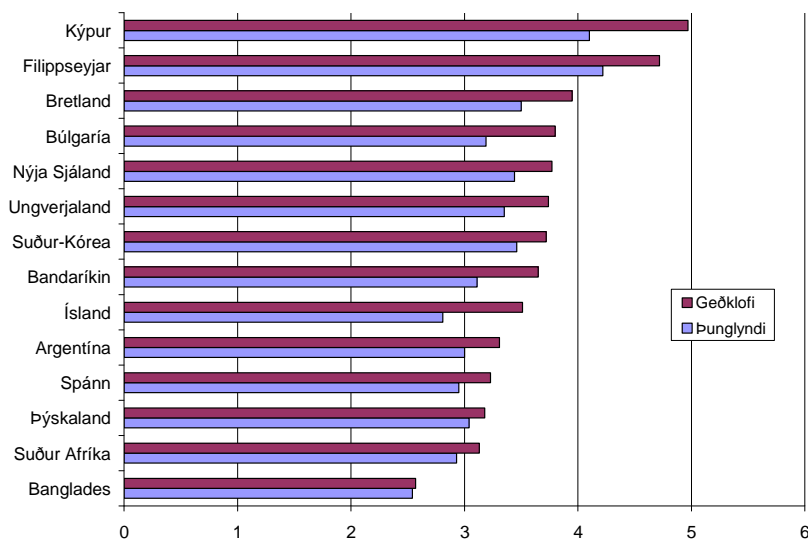
Á mynd 3.14 getur að líta samanburð milli landa á svörum þátttakenda við þremur staðhæfingum um að ástand „Önnu“ feli í sér smán eða skömm (þ.e. hún ætti að óttast að segja öðrum frá aðstæðum sínum, ætti að finnast aðstæður sínar vandræðalegar, það væri betra fyrir fjölskyldu að aðstæðum hennar væri haldið leyndum). Enn er almenningur í Kýpur með neikvæðustu viðhorfin gagnvart einstaklingum með geðklofaeinkenni og þunglyndiseinkenni. Hér kemur Ísland verr út í samanburðinum og er með fjórða hæsta miðgildið. Þess ber þó að geta að tiltölulega líttill munur er á milli töluvert margra landa sem eru í miðjunni.

<sup>12</sup> Tölfræðilega marktækur munur er milli allra hópa á spurningu um að missa vini ( $\alpha = 0,05$ ). Varðandi spurningu um að verða utangarðs í samfélaginu er munurinn á geðklofa- og þunglyndishópnum annars vegar og astmahópnum hins vegar tölfræðilega marktækur. Spurningin um takmörkuð tækifæri framkallar marktækan mun á milli geðklofahópsins annars vegar og hinna hópanna tveggja hins vegar.



**Mynd 3.14. Meðaltöl þáttakenda um að ástand aðila í persónulýsingu feli í sér smán eða skömm í 15 löndum.**

Loks sýnir mynd 3.15 samanburð milli landa á svörum þátttakenda við þremur staðhæfingum um að meðferð við ástandi „Jóns“ geti leitt til félagslegrar útilokunar (þ.e. geti leitt til þess að hann yrði utangarðs, að hann myndi missa vini, að hann myndi hafa takmörkuð tækifæri). Sjá má að niðurstöður eru nokkuð ólíkar fyrir geðklofaeinkenni annars vegar og þunglyndiseinkenni hins vegar. Þátttakendur á Kýpur eru líklegastir til þess að hafa þá sýn að meðferð við geðklofa feli í sér félagslega útilokun, í samræmi við niðurstöður hér að framan. Þátttakendur á Íslandi eru um miðju í þessum samanburði.



**Mynd 3.15. Meðaltöl þáttakenda við staðhæfingum sem fela í sér að meðferð við ástandinu geti leitt til félagslegrar útilokunar í 15 löndum.**

## 4. ÚRRÆÐI VEGNA GEÐRÆNNA VANDAMÁLA

Ein mikilvæg afleiðing fordóma er sú að þeir sem eiga við geðræn vandamál að stríða verða oft hikandi við að leita sér hjálpar af ótta við að fá á sig neikvæðan stimpil (Link og Phelan, 2001). Viðhorf almennings í samfélaginu til úrræða og meðferðar við geðrænum vandamálum eiga þannig verulegan þátt í að móta þann veruleika sem bíður einstaklinga þegar þeir leita eftir úrræðum og greinast með geðrænan vanda (Sigrún Ólafsdóttir og Pescosolido, 2009). Í sögulegu ljósi var veruleiki þeirra sem þjáðust af alvarlegum geðrænum vandamálum lengi vel þannig að þeir enduðu í meðferð vegna þess að þeir voru neyddir til þess af fjölskyldu, vinnuveitendum eða lögreglu (Pescosolido, Gardner, og Lubell, 1998). Slík frelisskerðin er á umdeild og telja sumir fræðimenn að svona innlögð geti unnið gegn bata (Pescosolido o.fl. 1999).

Í framhaldinu verður sjónum beint að hugmyndum almennings um það hvaða aðilar eru gagnlegastir til að hjálpa þeim sem stríða við geðklofa eða þunglyndi. Enn fremur verða viðhorf almennings um frelisskerðingu þessa hóps könnuð. Eins og áður verða niðurstöður settar í alþjóðlegt samhengi.

### 4.1. Viðhorf til úrræða

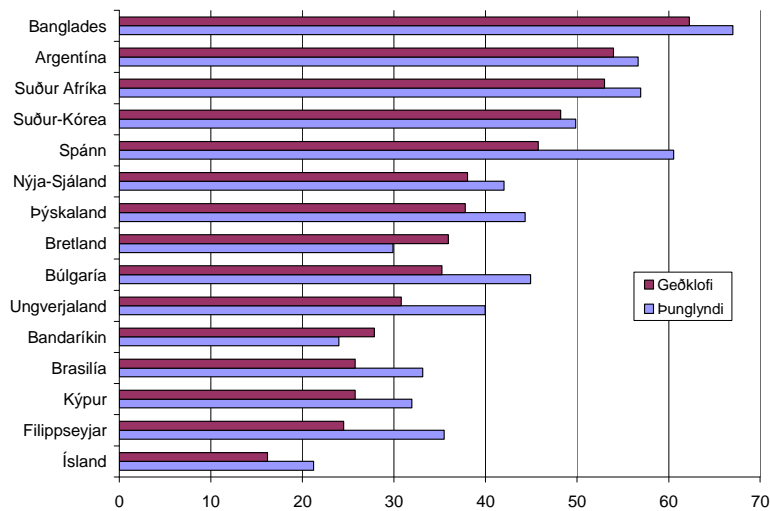
Þátttakendur voru spurðir um hvað þeir teldu best að gera varðandi ástand einstaklings sem lýst er í persónulýsingu. Spurningin var höfð opin, það er engir svarmöguleikar voru gefnir. Þess má geta að rannsóknir hafa bent til þess að það sé betra sé að nota opnar en lokaðar spurningar til að spyrja um viðhorf til meðferðaraðila (Sigrún Ólafsdóttir og Pescosolido, 2009).

Tafla 4.1 sýnir svör íslensku þátttakendanna eftir því hvort þeir fengu lýsingu af einstaklingi með einkenni þunglyndis eða geðklofa. Fram kemur að afar fáir telja rétt að aðhafast ekkert vegna ástandsins. Umtalsverður minnihluti nefnir að það sé mikilvægt að tala við fjölskyldu og vini. Þegar aðilar innan heilbrigðisgeirans eru skoðaðir kemur í ljós að algengustu tillögurnar eru að leita til læknis, geðlæknis eða ráðgjafa (t.d. félagsráðgjafa, iðjuþjálfara eða sálfræðings). Innan við helmingur nefnir heimilislækni þegar einstaklingur á við geðklofa eða þunglyndi að stríða. Fleiri telja mikilvægt að einstaklingur með geðklofa leiti til geðlæknis en einstaklingur með þunglyndi, en virðast almennt á því einstaklingurinn eigi að leita til ráðgjafa sem hefur sérhæft sig í geðheilbrigðismálum.

**Tafla 4.1. Svör íslenskra þátttakenda við opinni spurningu um hvað best sé að gera vegna ástands Jóns/Önnu (taflan sýnir % sem nefna viðkomandi atriði)**

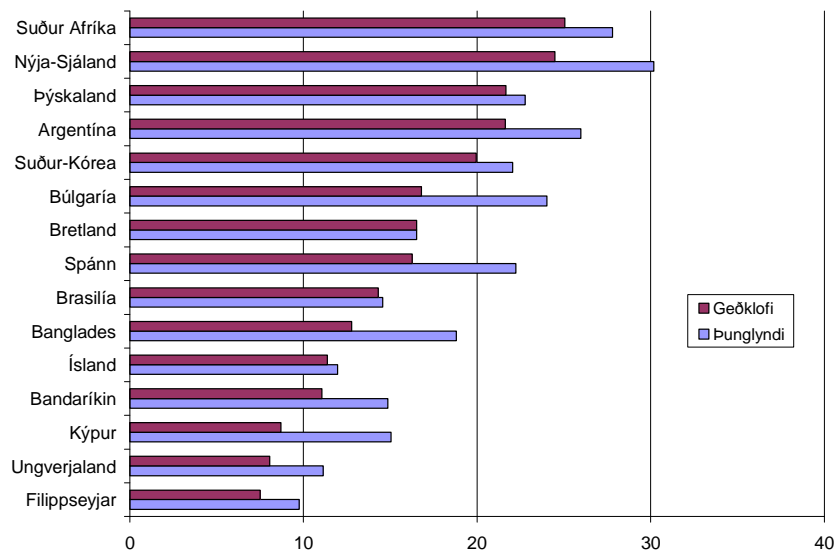
	<b>Þunglyndi</b>	<b>Geðklofi</b>
<i>Ekkert</i>	1,5	0,6
<i>Nánastu aðstandendur</i>		
Tala við fjölskyldu	21,2	16,2
Tala við vini	12,0	11,38
<i>Heilbrigðiskerfið</i>		
Leita til læknis	46,7	40,4
Læta til geðlæknis	20,5	40,1
Leita til ráðgjafa	51,4	46,4
Lyfseðilsskyld lyf	1,9	0,6
Leggjast inn á spítala	0,8	0,3
<i>Aðrar lausnir</i>		
Tala við trúarleiðtoga	1,5	1,2
Leita til andlegs ráðgjafa	0,0	0,3
Biðja bænir	0,4	0,6
Breyta lífsstíl	3,9	2,4
Breyta mataræði	0,8	0,6
Æfa íþróttir	3,5	0,9
Ólyfseðilsskyld lyf	0,0	0,0
Taka náttúrulyf	0,0	0,0
Reyna að gleyma því	0,0	0,6
Taka þátt í áhugamálum	1,5	1,2
Taka þátt í hópmeðferð	0,0	0,9
Flytja	0,8	0,3

Myndir 4.1 til 4.5 bera saman viðhorf íslensku þátttakendanna við viðhorf þátttakenda í hinum þáttökulöndunum. Myndirnar sýna hve hátt prósentuhlutfall þátttakenda nefnir tiltekið úrræði vegna ástands Jóns/Önnu. Mynd 4.1 sýnir að Íslendingar eru frekar ólíklegir til að leggja til að einstaklingurinn tali við fjölskyldu sína um vandamálið, en heldur líklegri til að leggja það til vegna þunglyndis en geðklofa. Þátttakendur á Filippseyjum og Kýpur eru einnig frekar ólíklegir til að nefna fjölskyldu, en mjög hátt hlutfall svarenda í Banglades, Argentínu og Suður-Afríku leggur til að einstaklingur tali við fjölskyldu sína. Þátttakendur eru líklegri að leggja til fjölskyldu fyrir þunglyndi en geðklofa í öllum löndum nema Bretlandi.



**Mynd 4.1. Hundraðshlutfall þátttakenda í 15 löndum sem leggur til að Jón/Anna tali við fjölskyldu**

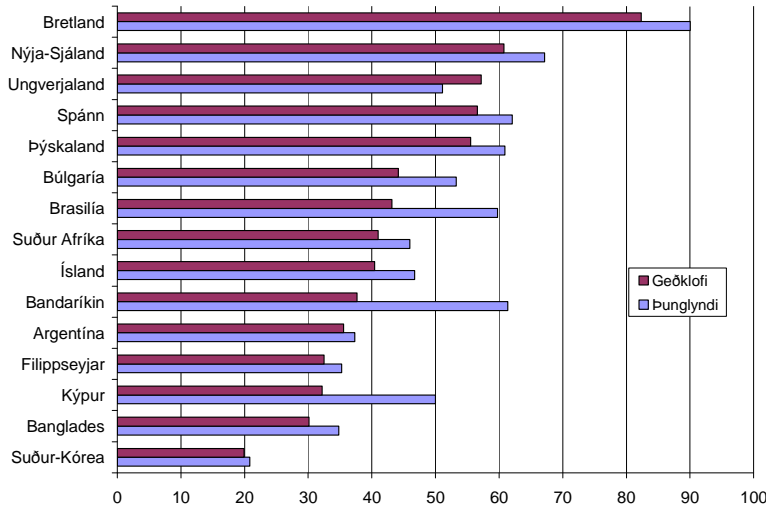
Mynd 4.2 sýnir hlutfall þátttakenda sem leggja til að Jón/Anna tali við vini sína. Aftur eru íslensku þátttakendurnir ólíklegir til að leggja þá lausn til, miðað við almenning í öðrum löndum. Þátttakendur á Filippseyjum og Ungverljalandi eru ólíklegastir til að nefna vini vegna geðklofa, en hærra hlutfall almennings leggur slíkt hið sama til í Suður Afríku, á Nýja-Sjálandi og í Þýskalandi. Íslendingar eru fyrir neðan miðju varðandi að leggja til aðstoð vina. Líkt með fjölskylduna eru svarendur líklegri til að leggja til samræður við vini fyrir einstakling með þunglyndi en einstakling sem stríðir við geðklofa.



**Mynd 4.2. Hundraðshlutfall þátttakenda í 15 löndum sem leggur til að Jón/Anna tali við vini**

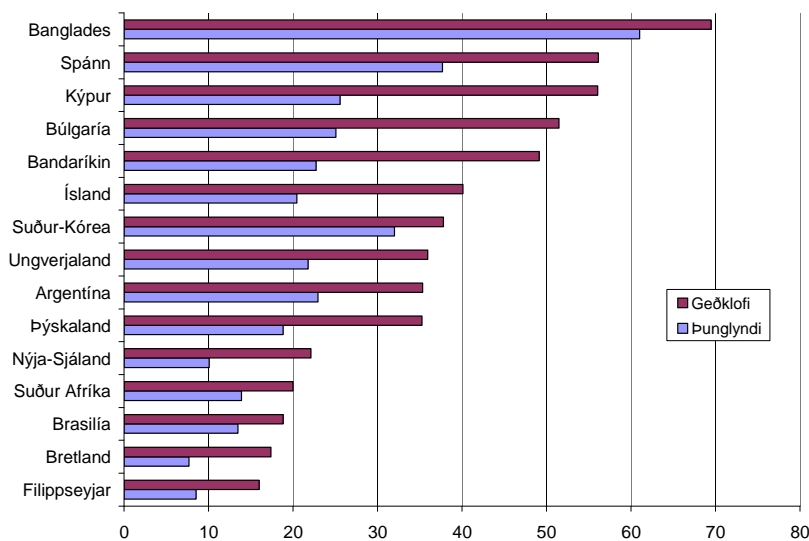
Mynd 4.3 sýnir að verulegur hluti svarenda í öllum löndum leggur til að einstaklingar með geðklofa og þunglyndi leiti til læknis, en það er engu að síður mikill breytileiki á milli

landa. Rétt um fimmtungur svarenda í Suður-Kóreu leggur til læknisþjónustu, en fjórir af hverjum fimm þátttakendum leggja til lækni í Bretlandi. Íslendingar eru rétt fyrir neðan miðju; innan við helmingur íslensku þátttakendanna leggur til læknisþjónustu fyrir geðklofa eða þunglyndi.



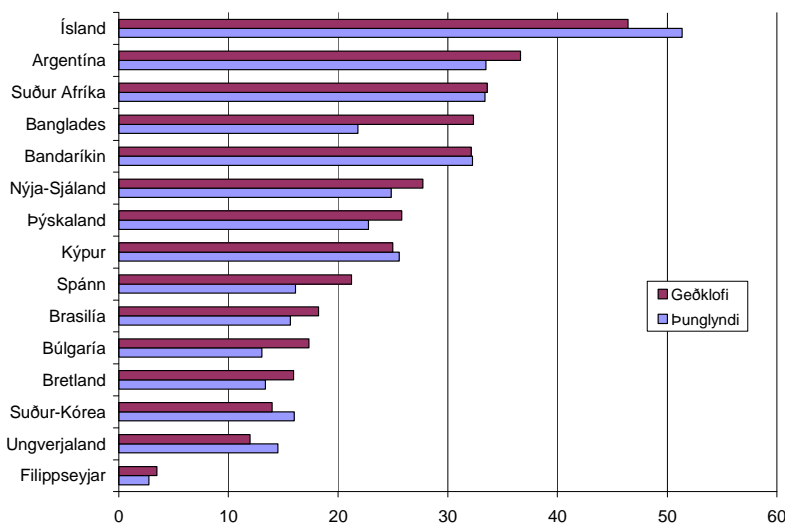
**Mynd 4.3. Hundraðshlutfall þátttakenda í 15 löndum sem leggur til að Jón/Anna leiti til læknis**

Mynd 4.4 bendir til þess að almenningur í þróuðustu iðnríkjunum sé ólíklegri til að leggja til að einstaklingur sem þjáist af geðrænu vandamáli leiti til geðlæknis, miðað við almenning í löndum eins og Banglades og á Kýpur. Minna en 20% af þátttakendum í Bretlandi leggja til geðlækni vegna geðklofa, samanborið við 70% þátttakenda í Banglades. Íslensku þátttakendurnir eru fyrir ofan miðju, en um helmingi fleiri leggja til geðlækni vegna geðklofa en vegna þunglyndis.



**Mynd 4.4. Hundraðshlutfall þátttakenda í 15 löndum sem leggur til að Jón/Anna leiti til geðlæknis**

Á mynd 4.5 kemur fram að íslensku þátttakendurnir eru líklegri til að leggja til ýmis konar ráðgjafa innan geðheilbrigðisgeirans (t.d. félagsráðgjafa, iðjuþjálfara eða sálfræðinga), samanborið við almenning í öðrum löndum. Rúmlega helmingur íslensku þátttakendanna leggur til að einstaklingur sem þjáist af þunglyndi leiti til ráðgjafa, en hæsta hlutfallið í næsta landi er um 35%. Almenningur í Argentínu, Suður Afríku og Bandaríkjunum er einnig líklegur til að leggja til ráðgjafa, en hlutfall þeirra sem leggja til slíkt hið sama er mun lægra í Suður-Kóreu, Ungverjalandi og Filippseyjum.

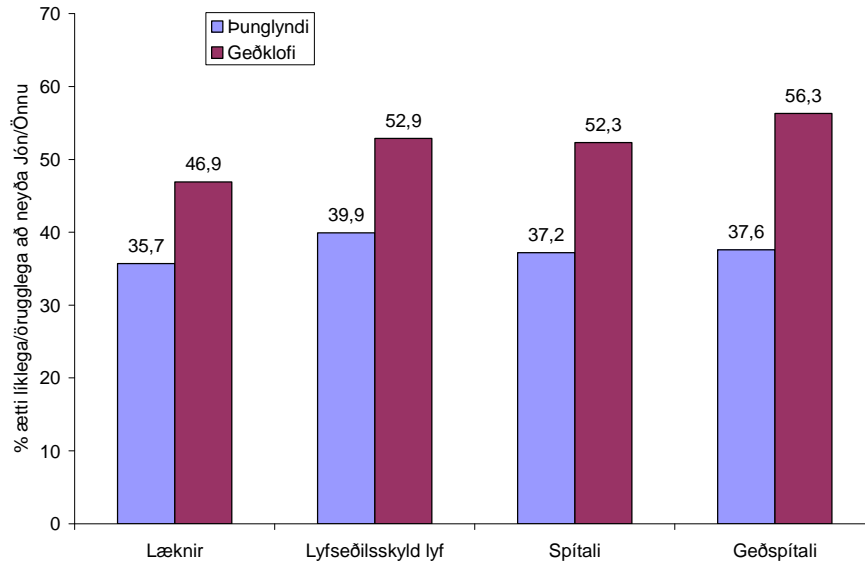


Mynd 4.5. Hundraðshlutfall þátttakenda í 15 löndum sem leggur til að Jón/Anna tali við ráðgjafa

## 4.2. Á að neyða fólk í meðferð?

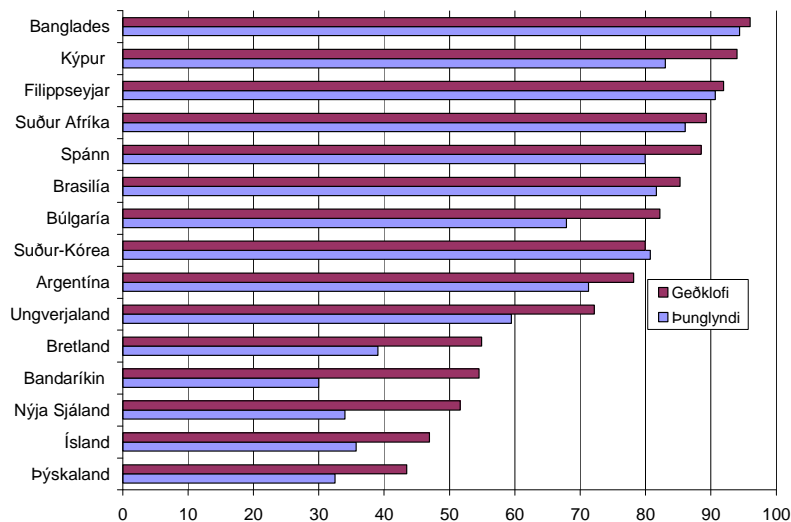
Þátttakendur voru spurðir um það hvort þeir teldu að neyða ætti Jón/Önnu til þess að gangast undir meðferð eða leita annarra úrræða. Mynd 4.6. sýnir viðbrögð íslensku þátttakendanna við þessum spurningum. Fram kemur að flestir eru tilbúnir til þess að neyða einstakling sem á við geðklofa að stríða í meðferð, en um það bil helmingur er tilbúinn að neyða einstaklinginn til að leita til læknis, taka lyfseðisskyld lyf, leggjast inn á spítala eða geðspítala. Lægra hlutfall svarenda vill neyða einstakling með þunglyndi í meðferð.<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Munurinn sem fram á milli hópa er í öllum tilfellum tölfræðilega marktækur ( $\alpha = 0,05$ ).

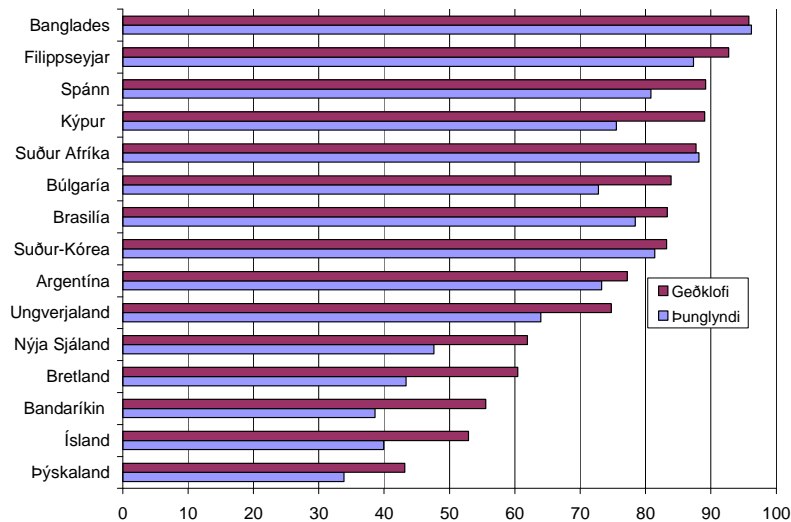


**Mynd 4.6. Hlutfallslegur fjöldi íslenskra þátttakenda sem telur að neyða eigi Jón/Önnu í meðferð**

Mynd 4.7 sýnir samanburð á milli landa á fjölda þátttakenda sem vill neyða einstakling til að leita sér hjálpar hjá lækni. Hér má sjá greinilegan mun eftir því hvort um er að ræða vestræn ríki eða ekki. Mikill meirihluti almennings í Banglades, Kýpur, Filipseyjum og Suður Afríku vill neyða einstakling sem þjáist af geðklofa eða þunglyndi í meðferð. Aftur á móti er innan við helmingur svarenda í Bretlandi, Íslandi, Nýja Sjálandi, Þýskalandi og Bandaríkjunum tilbúin að gera slíkt hið sama. Enn fremur kemur fram greinilegur munur á viðhorfum til geðklofa og þunglyndis. Almennungur er frekar tilbúinn að neyða einstakling sem hefur geðklofaeinkenni í meðferð. Svipaðar niðurstöður koma í ljós á mynd 4.8 fyrir lyfseðilsskyld lyf en afar hátt hlutfall svarenda í löndum sem ekki teljast til Vesturlanda er tilbúið að neyða einstaklinginn til að taka lyfseðilsskyld lyf, en hlutfallið er mun lægra í vestrænum ríkjum. Hlutfallið er lágt á Íslandi í þessum samanburði en aðeins Þjóðverjar eru ólíklegri til að vilja neyða einstaklinga til að taka lyf.

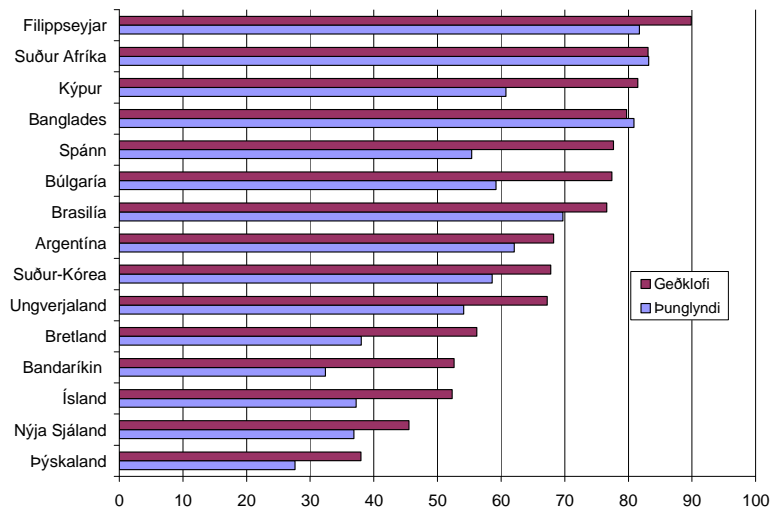


**Mynd 4.7. Hundraðshlutfall þátttakenda í 15 löndum sem telur að neyða eigi Jón/Önnu til að leita læknis.**

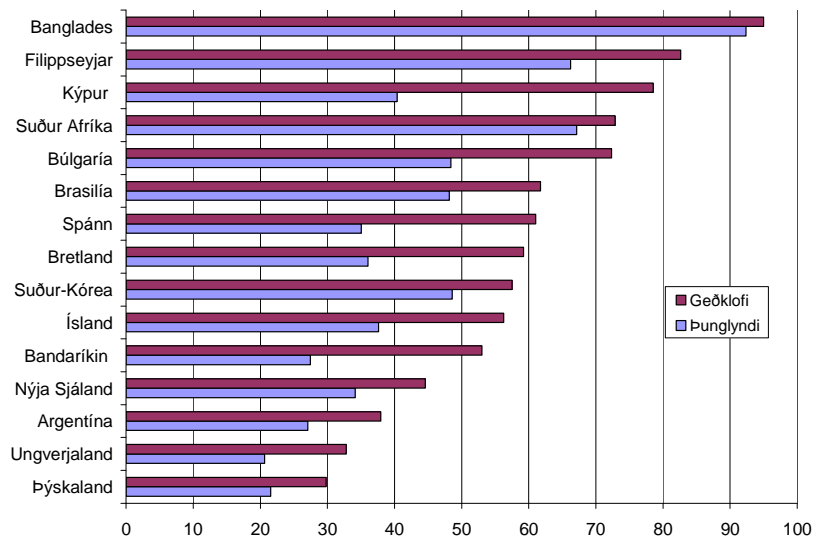


**Mynd 4.8. Hundraðshlutfall þátttakenda í 15 löndum sem telur að neyða eigi Jón/Önnu til að taka lyfseðisskyld lyf.**

Svipað mynstur kemur fram á myndum 4.9 og 4.10 sem sýna hlutfall þátttakenda sem telja rétt að neyða einstaklinginn til að leggjast á spítala eða geðspítala. Meirihluti þátttakenda í Filippseyjum, Suður Afríku og Kýpur telur rétt að neyða einstakling til þess að leggjast inn á spítala, en mun lægra hlutfall í vestrænum ríkjum. Enn kemur upp sama mynstrið á mynd 4.10 þegar spurt er um nauðungarvist á geðspítala, með nokkrum undantekningum þó. Hér hafa lönd eins og Ísland og Bretland færst upp á listanum og lönd eins og Argentína og Ungverjaland færst niður. Þetta gæti tengst því hvernig heilbrigðisþjónustan er skipulögð í hverju landi, þar sem sum lönd hafa sérstaka geðspítala en aðrar þjóðir setja geðheilbrigðismál frekar undir almenna heilbrigðiskerfið.



**Mynd 4.9. Hundraðshlutfall þátttakenda í 15 löndum sem telur að neyða eigi Jón/Önnu til að leggjast á spítala**



**Mynd 4.10. Hundraðshlutfall þátttakenda í 15 löndum sem telur að neyða eigi Jón/Önnu til að leggjast inn á geðspítala**

## 5. LOKAORÐ

Í þessari skýrslu koma fram niðurstöður úr alþjóðlegri könnun á viðhorfum almennings til geðrænna vandamála. Þær benda til þess að almenningur á Íslandi hafi tilhneigingu til þess að kjósa félagslega fjarlægð frá einstaklingum með geðræn vandamál. Niðurstöður benda enn fremur til þess að á Íslandi séu til staðar útbreiddir neikvæðir fordómar gagnvart einstaklingum með geðræn vandamál. Íslenskir svarendur höfðu til að mynda tilhneigingu til þess að gera ráð fyrir því að einstaklingar með geðræn vandamál séu erfiðari í samskiptum en aðrir, að ekki sé hægt að treysta þeim og að þeir séu líklegri en aðrir til þess að beita ofbeldi eða vinna öðrum mein. Þá sýna niðurstöður að viðhorf eru neikvæðari gagnvart geðklofa en þunglyndi. Að þessu leyti benda niðurstöður til þess að erlendar rannsóknir á þessu málefni megi heimfæra á íslenskt samfélag að verulegu leyti (Link og Phelan, 2001; Martin, Pescosolido og Tuch, 2000; Phelan o.fl., 2000). Niðurstöður úr samanburði þáttökulandanna benda þó til þess að neikvæð viðhorf almennings hérlendis gagnvart fólki með geðræn vandamál séu ekki eins útbreidd hérlendis eins og þau eru í mörgum öðrum löndum. Ísland var undir meðaltali fimmtán þáttökulanda á flestum mælikvörðum sem notaðir voru til þess að meta neikvæða fordóma almennings í garð einstaklinga með geðræn vandamál.

Niðurstöðurnar sýna að fáir Íslendingar leggja til að einstaklingur sem þjáist af geðrænu vandamáli ætti að leita til fjölskyldu og vina, í samanburði við almenning í öðrum löndum. Þeir eru enn fremur ólíklegir í alþjóðlegum samanburði til þess að leggja til að viðkomandi leiti til lækna eða geðlækna, sem kemur nokkuð á óvart í ljósi þess hversu þróuð heilbrigðisþjónusta á Íslandi er. Aftur á móti virðist fólk hérlendis einna líklegast til að leggja til að einstaklingar með geðræn vandamál leiti til ráðgjafa, sem bendir til þess að almenningur telji að meðferðaraðilar svo sem félagsráðgjafar, iðjuþjálfar og sálfræðingar þjóni gagnlegum hlutverkum innan geðheilbrigðisþjónustunnar. Svipaðar niðurstöður hafa komið fram í Bandaríkjunum (Swidle o.fl., 2000). Ein skýring á jákvæðum viðhorfum til ráðgjafa virðist vera sú að almenningur telur þessa aðila einna best til þess fallna að meðhöndla vandamál sem spretta af álagi og streitu (Sigrún Ólafsdóttir og Pescosolido, 2009). Loks benda niðurstöður til þess að umtalsverður hluti Íslendinga sé tilbúinn til að neyða einstaklinga með geðræn vandamál í meðferð, en þó er sú skoðun útbreiddari í flestum hinna þáttökulandanna. Í stórum dráttum virðist almenningur í vestrænum ríkjum síður styðja það sjónarmið að neyða eigi einstaklinga í meðferð.

Þrátt fyrir að fordómar á Íslandi séu ekki eins útbreiddir eins og í mörgum öðrum þáttökulöndum er greinilegt að fordómar og neikvæðar staðalmyndir eru hluti af íslenskum veruleika og hafa að öllum líkindum veruleg áhrif á líf margra þeirra sem eiga við geðræn vandamál að stríða. Tilvist fordóma og neikvæðra staðalmynda getur leitt af sér höfnun og mismunun, auk þess sem útbreiddir fordómar geta leitt til þess að fólk dragi sig úr samfélaginu af ótta við höfnun og mismunun. Fordómar gera það að verkum að fólk gerir sér oft hugmyndir um neikvæð einkenni á fólki með geðræn vandamál í stað þess að byggja viðmót sitt á eigin reynslu af samskiptum við þessa einstaklinga. Brýnt er að stefnumótendur, heilbrigðisstarfsmenn, fræðimenn, notendur geðheilbrigðisþjónustu og almenningur vinni saman að því að draga úr fordómum gagnvart geðrænum vandamálum á Íslandi.

## HEIMILDASKRÁ

- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2005). Causal Beliefs and Attitudes to People with Schizophrenia: Trend Analysis based on Data from Two Population Surveys in Germany. *The British Journal of Psychiatry*, 186(4), 331-334.
- Cumming, E., & Cumming, J. (1957). *Closed Ranks: An Experiment in Mental Health Education*. Cambridge, MA: The Commonwealth Fund, Harvard University Press.
- Dietrich, S., Beck, M., Bujantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2004). The Relationship between Public Causal Beliefs and Social Distance toward Mentally Ill People. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(5), 348-354.
- Dietrich, S., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2006). The Relationship between Biogenetic Causal Explanations and Social Distance toward People with Mental Disorders: Results from a Population Survey in Germany. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(2), 166-174.
- Hopper, K., & Wanderling, J. (2000). Revisiting the Developed Versus Developing Country Distinction in Course and Outcome in Schizophrenia: Results From ISoS, the WHO Collaborative Followup Project. *Schizophr Bull*, 26(4), 835-846.
- J.G. Bernburg & Sigrún Ólafsdóttir. 2008. Sjúkdómsvæðing og Viðhorf Íslendinga til Geðræna Vandamála. Pp. 268-279 í *Rannsóknir í Félagsvísindum IX*, ritstýrt af Gunnari T. Jóhannessyni og Helgu Björnsdóttur. Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Kulhara, P., & Chakrabarti, S. (2001). Culture and Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(3), 449-464.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Review*, 54(3), 400-423.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- 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 Behavior*, 39(4), 335-347.
- Martin, J. K., Pescosolido, B. A., & Tuch, S. A. (2000). Of Fear and Loathing: The Role of 'Disturbing Behavior,' Labels, and Causal Attributions in Shaping Public Attitudes Toward Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 208-223.
- Pescosolido, B. A., Carol Brooks Gardner, and Keri M. Lubell. (1998). How People Get Into Mental Health Services: Stories of Choice, Coercion and "Muddling Through" From "First-Timers". *Social Science in Medicine*, 46(2), 275-268.
- Pescosolido, B. A., John Monahan, Bruce G. Link, Ann Stueve, and Saeko Kikuzawa. (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, 1339-1345.
- Pescosolido, B. A., Ólafsdóttir, S., Martin, J. K., & Long, J. S. (2008). Cross-Cultural Issues on the Stigma of Mental Illness. In J. Arboleda-Florez & N. Sartorius (Eds.), *Understanding the Stigma of Mental Illness: Theory and Interventions* (pp. 19-35). West Sussex, England: John Wiley and Sons.

- Phelan, J. C. (2005). Geneticization of Deviant Behavior and Consequences for Stigma: The Case of Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(4), 307-322.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (2000). Public Conceptions of Mental Illness in 1950 and 1996: What is Mental Illness and Is It To Be Feared? *Journal of Health & Social Behavior*, 41(2), 188-207.
- Remschmidt, H., Nurcombe, B., Belfer, M. L., Sartorius, N., & Okasha, A. (2007). *The Mental Health of Children and Adolescents: An Area of Global Neglect*. Chichester: Wiley.
- Sartorius, N., Gulbinat, W., Harrison, G., Laska, E., & Siegel, C. (1996). Long-Term Follow-Up of Schizophrenia in 16 Countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31(5), 249-258.
- Sartorius, N., Jablensky, A., & Shapiro, R. (1978). Cross-Cultural Differences in the Short-Term Prognosis of Schizophrenic Psychoses. *Schizophrenia Bulletin*, 4(1), 102-113.
- S. Ólafsdóttir & Pescosolido, B. A. (2009). Drawing the Line: The Cultural Cartography of Utilization Recommendations for Mental Health Problems. *Journal of Health and Social Behavior*, 50, 228-244.
- Starr, S. A. (1955). *The Public's Ideas About Mental Illness*. Chicago, IL: National Opinion Center.
- Swindle, R., Jr., Heller, K., Pescosolido, B., & Kikuzawa, S. (2000). Responses to Nervous Breakdowns in America over a 40-Year Period: Mental Health Policy Implications. *American Psychologist*, 55(7), 740-749.
- Wahl, O. F. (1999). Mental Health Consumers' Experience of Stigma. *Schizophrenia Bull*, 25(3), 467-478.

## UM HÖFUNDA

Sigrún Ólafsdóttir er lektor í félagsfræði við Boston University. Hún útskrifaðist með doktorspróf í félagsfræði frá Indiana University árið 2007. Rannsóknarsvið hennar eru heilsufélagsfræði, geðheilsufélagsfræði, stjórnmalafélagsfræði og félagsfræði menningar. Sigrún hefur birt greinar í alþjóðlegum, ritrýndum tímaritum á borð við *Journal of Health and Social Behavior*, *Sociological Perspectives* og *Social Science & Medicine*.

Jón Gunnar Bernburg er dósent í félagsfræði við félags- og mannvísindadeild Háskóla Íslands. Hann útskrifaðist með doktorspróf í félagsfræði frá State University of New York árið 2002. Rannsóknasvið hans eru frávikshegðun og félagsleg lagskipting. Jón Gunnar hefur birt greinar í alþjóðlegum, ritrýndum fagtímaritum á borð við *Social Forces*, *Criminology* og *Social Science & Medicine*.