

ISTRAŽIVANJE STAVOVA JAVNOSTI O OSOBAMA SA MENTALNIM POREMEĆAJIMA

Finalni izvještaj za Federaciju Bosne i Hercegovine



FEDERALNO MINISTARSTVO ZDRAVSTVA
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO FEDERACIJE BIH
PROJEKAT MENTALNOG ZDRAVLJA BIH

Izvještaj istraživanja za Federaciju BiH

Sarajevo, august 2012

Implementacija i koordinacija istraživanja:
Zavod za javno zdravstvo FBiH

Podrška istraživanja:
Federalno ministarstvo zdravstva
Projekat mentalnog zdravlja BiH

Istraživački tim:
Iskra Vučina
Sanjin Musa
Adnana Dizdarević-Maksumić
Milka Dančević-Gojković
Nina Bosankić
Boro Đukanović
Alija Muratović

Terenski rad:
Ivana Prlić
Ivica Čuljak
Almira Malićbegović
Ismar Mutap
Senida Bekto
Eldin Prguda
Boris Lužanović
Kenan Ovcina

Unos podataka:
Azra Reko
Elma Skalonja

Izrada baze i statistička obrada rezultata:
Sanjin Musa

Analiza medijskih prikaza:
Selma Porobić

Autori izvještaja:
Iskra Vučina
Sanjin Musa
Adnana Dizdarević-Maksumić

SADRŽAJ

1. Uvod.....	1
2. Ciljevi.....	6
2.1. Specifični ciljevi	6
3. Metoda.....	7
3.1. Instrumenti	7
3.1.1. Kvanitativna linija.....	7
3.1.2. Kvantitativna linija	8
3.2. Uzorak	9
3.2.1. Uzorak za opštu populaciju.....	9
3.2.2. Uzorak za fokus grupe	10
3.2.3. Uzorak za analizu medijskih prikaza	11
3.3. Statistička analiza.....	13
3.4. Postupak terenskog rada i organizacija istraživanja.....	13
4. Rezultati	15
4.1. Opća populacija.....	15
4.2. Fokus grupe	44
4.3. Analiza medijskih prikaza.....	50
5. Diskusija	60
6. Zaključci.....	62
7. Preporuke.....	66
8. Literatura.....	68

1. Uvod

Stigma osoba s mentalnim poremećajem može se razumjeti kao kombinacija problema neznanja (neinformiranosti), stavova (predrasuda) i ponašanja(diskriminacije). Stigma postoji na različitim razinama funkcioniranja osobe s mentalnim poremećajem, od socijalnog kontakta s obitelji i prijateljima, preko odnosana radnom mjestu do lokalne zajednice i države (Thornicroft i sur., 2008, prema Gruber 2011).

Stigmatizacija osoba s mentalnim poremećajem definira se kao negativno obilježavanje, marginaliziranje ili izbjegavanje osoba zato što imaju mentalni poremećaj, a temelji se na unaprijed oblikovanim negativnim stavovima koje nazivamo predrasudama. Stigmatizirane su sve osobe s mentalnim poremećajima, bez obzira na dijagnozu, i to mnogo više od bolesnika koji boluju od tjelesnih bolesti (Corrigan, 2000, prema Gruber 2011), dok su bolesnici koji boluju od psihoze mnogo jače stigmatizirani od onih koji boluju od depresije i anksioznih poremećaja (Pescosolido i sur., 1999, prema Gruber 2011). Stav društva jest faktor koji može pospješiti ili omesti ostvarivanje uključenosti osobe s mentalnim 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 mentalne poremećaje (Caltaux, 2003, Fung i sur., 2007, Vogel i sur., 2006, prema Gruber 2011).

Uobičajeni stereotipi o ljudima s mentalnim poremećajima uključuju da su ti ljudi opasni, nepredvidivi (Angermayer 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).

Premda tijekom života ljudi dolaze u dodir s medicinskom koncepcijom mentalnog poremećaja i imaju drugačije interpretacije težine i dubine nečijeg poremećaja nego profesionalci (Prior i sur., 2003, prema Gruber 2011), 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 stigu opasnosti (Magli i sur., 2004, prema Gruber 2011) jer prikazuju većinom loše vijesti (Stuart, 2003, prema Gruber 2011), a to čine i nedokazanom ili neopravdanom

upotrebom metafore „shizofreničar“ ili „luđak“ u novinskim člancima (Duckworth i sur., 2003, Hoffmann- Richter i sur., 2003 prema Gruber 2011).

Stigma može da se odnosi na samu stigmatizovanu osobu, ali i na osobe koje su blisko povezane sa njom, kao što su članovi porodice ili zdravstveni radnici (Ostman i Kjellin, 2002, prema Milačić-Vidojević i Dragojević, 2011) koji se doživljavaju kao ljudi koji imaju kontakt sa mentalnim poremećajem drugačije iskustvo od većine ljudi (George, 2002, prema Milačić-Vidojević i Dragojević, 2011).

Zajednički nalaz istraživanja sprovedenih u različitim zemljama o stigmi i mentalnim poremećajima ukazuju na visok nivo ispoljenog neznanja i pogrešnih informacija o mentalnim poremećajima. Rezultati su takođe pokazali da ne postoji zemlja, društvo ili kultura u kojoj se osobe sa mentalnom poremećajem smatraju podjednako vrijednim i na isti način prihvaćenim kao osobe bez mentalnog poremećaja. Treći zajednički nalaz je da se u poređenju sa drugim oboljenjima, mentalni poremećaj više stigmatizira. Izbjegavanje i odbijanje osoba sa mentalnim poremećajem je univerzalan fenomen (Thornicroft, 2006, prema Milačić-Vidojević i Dragojević, 2011).

Ljudi stiču saznanja o osobama sa mentalnim poremećajem putem ličnog kontakta ili preko sredstava masovne komunikacije (Wahl, 1992, prema Milačić-Vidojević i Dragojević, 2011). Prikazi osoba sa mentalnim poremećajem na televiziji i u drugim sredstvima javnog informisanja su veoma važni jer predstavljaju glavni, a za neke ljude i jedini izvor informacija o mentalnim poremećajima. Istraživanje u SAD je pokazalo da 87% ljudi kaže da je televizija glavni izvor informacija, u odnosu na informacije dobijene od prijatelja (51%) i medicinskih stručnjaka (29%) (Yankelovich, 1990, prema Milačić-Vidojević i Dragojević, 2011). Rezultati australijskog istraživanja pokazuju da su ključne teme u više od polovine analiziranih novinskih članaka percepcija javnosti osoba sa mentalnim poremećajem kao opasnih (61%), kao izvršilaca kriminalnih radnji (47%) i kao nepredvidljivih (24%) (Williams i Taylor, 1995, prema Milačić-Vidojević i Dragojević, 2011). Prikazivanje mentalnog poremećaja na televiziji se ne razlikuje mnogo od prikazivanja u novinskim člancima. Analiza reprezentativnog broja dokumentarnih emisija je pokazala da većina njih (66%) govori o povredama koje su osobe sa mentalnim poremećajima nanijele drugim ljudima, a mali broj govori o tretmanu i oporavku od mentalnog poremećaja (18%). Svega 2% analiziranih emisija se odnosi na komično predstavljanje osoba sa mentalnim poremećajem ili na kritike definicija mentalnog poremećaja (Philo i sur., 1996, prema Milačić-Vidojević i Dragojević, 2011).

Opsežan pregled međunarodne literature vezano za medije i njihovo izvještavanje o mentalnom zdravlju i mentalnim poremećajima je rađen 2001 godine (Francis, Pirkis, Dunt i Blood, 2001, prema Priebe, Frottier i sur. 2008). Kratki sažetak ishoda istraživanja u periodu 2002-2006:

Sudionici istraživanja u Južnoafričkoj Republici sa dijagnosticiranom shizofrenijom su osjetili visok stepen stigmatizacije i bili su u nekom obliku diskriminirani. Obrazovaniji sudionici su izjavili da mediji imaju negativan utjecaj na precepciju javnosti o mentalnim poremećajima (Botha, Koen i Niehaus 2006, prema Priebe, Frottier i sur. 2008).

Studija iz Ujedinjenog Kraljevstva (Paterson, 2006, prema Priebe, Frottier i sur. 2008) koja se bavila pregledom novinskih prikaza o mentalnim poremećajima zagovara „kadriranje“ kao način na koji zdravstveni sistem može izazvati dominantni koncept i samim tim politike da se fenomen promjeni iz privatnog problema u javni problem.

Studija rađena u Njemačkoj je pokazala da studenti koji su čitali negativne članke o mentalnim poremećajima ispoljavaju negativnije stavove prema ljudima sa mentalnim poremećajima. Također, autori su uočili trend povećanja želje za socijalnom distancicom među studentima koji su više vremena provodili gledajući televiziju (Dietrich, Heider, Matschinger i Angermeyer 2006, prema Priebe, Frottier i sur. 2008).

Još jedna Njemačka studija je istraživala vezu između konzumiranja medija i željene socijalne distance prema osobama sa mentalnim poremećajima u općoj populaciji. Autori su došli do zaključka da priče o ljudima koji dobro žive i funkcioniраju sa mentalnim poremećajem trebaju biti učestalije u medijskim izvještavanjima jer mogu imati pozitivan utjecaj na stavove čitatelja prema oboljelim osobama (Angermeyer, Dietrich, Pott i Matschinger 2005, Priebe, Frottier i sur. 2008).

Autori sa Novog Zelanda su pregledavali novine duži vremenski period i našli su samo 5 od 600 članaka koji se bave mentalnim zdravljem i mentalnim poremećajima koji su pisani u prvom licu ili u vidu intervjua sa osobom koja živi sa mentalnim poremećajima. Autori navode da ovi sagovornici nude kvalitativno drugačije prikaze mentalnih poremećaja u novinama (Nairn i Coverdale 2005, Priebe, Frottier i sur. 2008).

Australski autori su pregledali veliki broj članaka/prikaza iz različitih medija u periodu od 12 mjeseci. Rezultati ukazuju da je depresija mnogo više zastupljena u njihovim medijima od bilo kojeg drugog mentalnog poremećaja (Francis, Pirkis, Blood i sur. 2005, Priebe, Frottier i sur. 2008).

Stout, Villegas, i Jennings (2004), prema Locke 2010 izvještavaju u svom sveobuhvatnom pregledu nedostataka u istraživanjima o medijima i stigmi da postoje tri glavna područja kojima nije dato dovoljno pozornost: kako su mentalni poremećaji portretirani u medijima, kako medijski prikazi utječu na stavove o mentalnim poremećajima i kako se mediji mogu iskoristiti da bi reducirali stigmu.

Wahl (2003), prema Locke 2010, ističe da su novine vrsta medija koji je jedan od najjačih saradnika stigme i zaključio je, nakon pregledanih gotovo 2.000 različitih novinskih članaka koji se dotiču mentalnih poremećaja, da je opasnost jedna od najčešćih tema. Prema Wahl-u (1996) novinski članci imaju potencijal da šire informacije javnosti o novim i inovativnim tretmanima i pristupima koje bi u drugom slučaju bile ograničene samo na prikaz u stručnoj literaturi.

Zbog evidentne važnosti i utjecaja medija kada je u pitanju kreiranje mišljenja i svijesti javnosti o mentalnim oboljenjima, u ovom istraživanju samo se odlučili detaljnije baviti stavovima medija te analizom sadržaja koji se upućuje javnosti putem štampanih i elektronskih medija.

2. Ciljevi

Opći cilj istraživanja je utvrditi zastupljenost stigmatizacije i diskriminacije među odraslim stanovništvom imedijima prema osobama oboljelim od mentalnih poremećaja kako bi se razvili efikasne kampanje i aktivnosti usmjerene na smanjenje stigme i socijalne isključenosti lica sa mentalnim poremećajima.

2.1. Specifični ciljevi

1. Procijeniti stavove i percepciju javnosti i medija o mentalnim poremećajima
2. Ispitati povezanost znanja o mentalnim poremećajima sa karakteristikama stavova i distancem prema osobama sa mentalnim poremećajima
3. Ispitati postojanje i stupanj socijalne distance javnosti prema osobama sa specifičnom vrstom mentalnog poremećaja
4. Ispitati frekvenciju pojavljivanja tema vezanih za mentalne poremećaje u printanim i elektronskim medijima
5. Ispitati kako mediji portretiraju osobe sa mentalnim poremećajima

3. Metoda

3.1. Instrumenti

U istraživanju su se koristile kvalitativne i kvantitativne metode/tehnike prikupljanja podataka. Od kvantitativnih metoda primjenjeni su standardizovani mjerni instrumenti koji su primjenjivani u dosadašnjim istraživanjima iz oblasti stigmatizacije i diskriminacije, dok su se za produbljivanje određenih tema u oblasti atribucije mentalne bolesti i modaliteta diskriminacije mentalno oboljelih lica primjenile kvalitativne metode-fokus grupe sa predstavnicima medija i analiza medijskih prikaza.

3.1.1. Kvantitativna linija

Skala za mjerjenje znanja o mentalnim oboljenjima

Skala je konstruisana za potrebe ovog istraživanja i sastoji se od 9 tvrdnji putem kojih se mjeri nivo znanja o mentalnim oboljenjima. Na svakoj od tvrdni ispitanik može odgovoriti tačno/netačno/ne znam.

Stavovi zajednice prema mentalnim oboljenjima (Community Attitudes Toward the Mental Ill-CAMI)

CAMI skala je prevedena i adaptirana za ovo istraživanje. Skala je konstruirana 1979 godine od autora Taylor, Dear i Hall-a. Prethodne studije su pokazale da skala ima prihvatljivu pouzdanost ($\alpha = .68-.88$) i konkurentnu valjanost (Sevidny i sur., 1993). Skala sadrži 40 tvrdnji koje mjeru 4 dimenzije: 1.) Autoritarnost, 2.) Dobronamjernost, 3.) Socijalna ograničenja, 4.) Stav zajednice prema mentalnom zdravlju. Skala će sadržavati i devet pitanja o socio-demografskim podacima.

Na svakoj od navedenih pitanja ispitanici vrše procjenu na Likertovoj skali (1- potpuno se ne slaže do 5- potpuno se slaže). Veći sumarni skor na skalama upućuje na veću zastupljenost pozitivnih stavova i obratno.

Skala za mjerjenje socijalne distance

Modifikovana Bogardusova skala za mjerjenje socijalne distance će biti prilagođena predmetu istraživanja. Putem skorova na skali pokušat će se utvrditi stepen zastupljenosti distance prema mentalno oboljelim licima (živi u susjedstvu, radi na istom poslu, član je porodice i

sl.). Što je vrijednost na skali manja veća je socijalna distanca prema osobama sa mentalnim poremećajima i obratno.

3.1.2. Kvalitativna linija

Vodič za fokus grupe

Fokus grupa je specijalna grupa kada je u pitanju svrha, veličina, kompozicija i procedura. Fokus grupe su nestruktuirani intervjuji sa malim brojem ljudi koji su međusobno u interakciji kao i sa moderatorom grupe. Svrha fokus grupe je da se iskoristi grupna dinamika da bi se stimulirala diskusija, dobilo mišljenje i generiralo ideje da bi istražili temu što detaljnije. To je korisna tehnika za istraživanje uvjerenja o zdravlju i bolestima te da se bolje razumije kako ljudi razmišljaju ili šta osjećaju o nekom problemu.

Za istraživanje je napravljen protokol za fokus grupe sa vodičem koji je sadržavao 11 pitanja pomoću kojih se pokušalo doći do traženih odgovora o stavovima i znanju predstavnika medija o mentalnim poremećajima te o mogućim akcijama i preporukama za smanjenje stigmatizacije i diskriminacije mentalno oboljelih. Na osnovu zapisnika i transkripta moderator je napravio analizu sadržaja tj. dobivenih podataka.

Analiza medijskih prikaza

Analiza se temelji na jednomjesečnom monitoringu štampanih medija i informativnih portala, aktuelnih za područje FBiH i konceptualnoj analizi sadržaja u ovim medijima koja obuhvata pregled svih relevantne tematika vezanih za oblast mentalnog zdravlja. Metoda rada se zasniva na kombinaciji kvantitativnih i kvalitativnih instrumenata, uzimajući u obzir frekventnost i kvalitetu medijskog sadržaja, podvrgnutog monitoringu i analizi. Osnovni cilj ove analize je predstaviti koliko frekventno i kako štampani mediji i informativni portali izvještavaju o sferi mentalnog zdravlja, uključujući informativne izvještaje, događaje, diskusije i komentare vezane za ovu oblast, sadržane u novinarskim produktima. Rezultati analize su u ovom izvještaju prezenterani po određenim varijablama posmatranja i analize relevantnim za frekventnost i kvalitetu sadržaja vezanog za koncept "mentalnog zdravlja". U rezultatima je detaljno opisan suštinski sadržaj ovih dvaju centralnih kategorija, prikazan po varijablama analize, kao i cjelokupan uzorak analize (štampani mediji i info portali).

3.2. Uzorak

3.2.1. Uzorak za opštu populaciju

Uzorak za opštu populaciju sačinjava 1200 domaćinstava iz četiri kantona: Kantona Sarajevo, Hercegovačko-neretvanski kanton, Tuzlanski kanton i Zeničko-dobojski kanton. Sudionici su heterogeni po dobi i spolu. Po starosti sudionici su bili raspoređeni u tri starosne grupe: od 18-30 godina, 31-59 i 60 i više.

Varijanta se bazira na stratifikaciji opština unutar svakog kantona u tri stratuma prema broju stanovnika. Prvi stratum (S1) čine opštine sa manje od 30000 stanovnika, drugi (S2) opštine sa brojem stanovnika od 30001-50000 i treći (S3) opštine sa preko 50000 stanovnika. Iz svakog stratuma slučajnim odabirom je izabrana po jedna opština što čini ukupno 12 opština koje su ušle u uzorak za terenski rad.

Okvir za izbor uzorka za osnovnu populaciju čine podaci o nazivima i tipu naseljenih mesta po opštinama Federacije Bosne i Hercegovine, podaci Federalnog zavoda za statistiku o procjenama stanovnika po opštinama i podaci iz Ankete o potrošnji domaćinstava u BiH koji su korišteni za izračun veličine uzorka po kantonima i učešća urbanog i neurbanog stanovništva u njima i u opštinama.

Tabela 1. Alokacija uzorka domaćinstava po kantonima i tipu naseljenih mesta

Kanton	Broj domaćinstava u uzorku			% domaćinstava u uzorku		
	Ukupno	Gradska	Negradska	Ukupno	Gradska	Negradska
Tuzlanski kanton	352	114	238	100,0	32,4	67,6
Zenicko-dobojski kanton	320	106	214	100,0	33,1	66,9
Hercegovacko-neretvanski kanton	208	77	131	100,0	37,0	63,0
Sarajevski kanton	320	271	49	100,0	84,7	15,3
Ukupno	1200	568	632	100,0	47,3	52,7

Tabela 2. Alokacija uzorka po opštinama i tipu naseljenih mjesto

	Opština	Gradsko	Negradska	Ukupno
Tuzlanskikanton	Sapna	38	79	117
	Živinice	26	91	117
	Tuzla	65	53	118
	K3 ukupno	129	223	352
Zeničko-dobojski kanton	Breza	35	71	106
	Žepče	10	96	106
	Zenica	64	44	108
	K4 ukupno	110	210	320
Hercegovačko-neretvanski kanton	Prozor	27	42	69
	Konjic	18	51	69
	Mostar	29	41	70
	K7 ukupno	74	134	208
Sarajevski kanton	Vogošća	63	43	106
	Ilići	90	16	106
	Novi Grad	97	11	108
	K9 ukupno	249	71	320
	UKUPNO	561	639	1200

Uzorak se bazira na kvotnom izboru uzorka domaćinstava sa elementima probabilističkog pristupa kako bi se otklonila pristrasnost u izboru domaćinstava na terenu.

3.2.2. Uzorak za fokus grupe

Na osnovu ranije opisanih stratuma formirano je 5 fokus grupa sa predstavnicima medija, po jedna fokus grupa u HNK, ZE-DO i Tuzlanskom kantonu, dok su u Kantonu Sarajevo, zbog većeg broja medijskih kuća sa sjedištem u spomenutom kantonu, organizirane po dvije fokus grupe. Članovi su se sastojali od po jednog predstavnika svakog medija sa sjedištem u izabranom kantonu. Ukupno je sudjelovalo 29 predstavnika medija.

Tabela 3. Pregled medija koji su sudjelovali u fokus grupama

Grad	Medij	Broj sudionika
Sarajevo-prva grupa	DnevniAvaz	1
	BHT1	1
	BH Radio	1
	Magazin Gracia	1
	FACE TV	1
	TV1	1
Sarajevo-druga grupa	TV KISS	1
	Magazin Extra	1
	Dnevni list	1
	FTV	1
	Online magazin Journal	1
	TV SA	1
Zenica	Novinska agencija ZEDA	1
	BM radio	1
	RTV Zenica	1
	Radio Zenica	1
	Radio FBiH	1
Mostar	Sutra.ba	1
	FTV	1
	Obični radio	1
	Radio Herceg-Bosne	1
	Bljesak.info	1
	Večernji list	1
Tuzla	Radio Studio 88	1
	RTV Slon	1
	Portal TIP.ba	1
	RTV TK	1
	KB Tuzla	2
UKUPNO		29

3.2.3. Uzorak za analizu medijskih prikaza

Uzorak za analizu medijskog sadržaja je u cijelosti baziran na tekstualnom sadržaju, to jeste novinarskom produktu odabranih medija – novinama: dnevnim, sedmičnim, dvosedmičnim i mjesечно magazinima i vodećim informativnim portalima. Ovi medijski sadržaji su bili podvrgnuti sistematskom monitoringu i analizi u skladu sa baznim principima konceptualne analize medijskog sadržaja.

U analizu štampanih medija uvrštene su sve dnevne/sedmične/dvosedmične/ novine aktuelne za područje FBiH kao i mjesечно magazini koji imaju široku lepezu informativnih sadržaja ili se izričitio bave "zdravljem" kao jednim širim psihofizičkim konceptom.

U izboru portala za monitoring i analizu akcenat je na najposjećenijim portalima u BiH. Radi se o portalima informativnog karaktera sa rubrikama najaktuelnijih dnevnih vijesti u zemlji i svijetu, te dodatnim specijalizovanim izvještačkim i informativnim kategorijama.

Tabela 4. Štampani mediji koji su ušli u analizu

Tip novina	Broj	
	DnevniAvaz	30
	Dnevni list	30
	Oslobođenje	30
	Večernji list	30
	UKUPNO	120
	SlobodnaBosna	5
	Start	2
	Dani	5
	San	5
Sedmične i dvosedmične	Azra	5
	Gracija	3
	Aura	3
	Preporod	3
	Katoličkijesnik	4
	UKUPNO	35
	Zdravlje u kući	2
	Ljepota i zdravlje	2
	Magazine	1
	Srce i Šećer	1
Mjesečne	UKUPNO	6
Ukupan broj analizirane štampe:		17
Ukupan broj analiziranih novina:		161

Tabela 5. Informativni portali koji su ušli u analizu

Naziv portala	Period 16. april – 16. maj, 2012. Broj dana
Klix.ba	30
Depo.ba	30
Source.ba	30
Sutra.ba	30
Mediainfo.ba	30
Cafe.ba	30
Topvijesti.info.ba	30
24sata.info.ba	30
Ukupan broj portala	8
Ukupan broj monitoring dana	30

3.3. Statistička analiza

Nakon unosa sakupljenih podataka sa terena u bazu, urađena je njihova obrada pomoću statističkog programa SPSS verzija 17.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). Korištena je deskriptivna statistička analiza, a rezultati su prikazani tabelarno i grafički. Statistička analiza podataka je uključivala parametrijske (t-test i ANOVA) i neparametrijske (χ^2 , Mann-Whitney U i Kruskal-Wallis test) testove radi utvrđivanja veze između stavova i socio-demografskih karakteristika. Statistička značajnost definisana kaše 0.05 (uz primjenu Bonferroni korekcije).

Faktorska analiza je urađena na CAMI skali korištenjem Varimax metode. Korelacije su utvrđivane Spearmanovim testom. Multipla regresija (stepwise) je izvedena da bi se utvrdila veza između skorova faktorske analize i socio-demografskih karakteristika. Izračunate su i veličine utjecaja.

3.4. Postupak terenskog rada i organizacija istraživanja

Za provođenje istraživanja u Federaciji BiH zadužen je bio Zavod za javno zdravstvo FBiH. Terenski dio istraživanja je obavljen od strane anketara sa prethodnim iskustom u terenskom radu. Anketiranje je rađeno na prethodno navedenim lokacija u periodu od 27.04.-27.05.2012. godine.

Prije samog početka procesa rada svi anketari su prošli jednodnevnu obuku na kojoj su upoznati sa procedurom rada, protokolom istraživanja, upitnikom i uzorkom.

Na osnovu uzorkom zadatih domaćinstava obavljeno je anketiranje osoba starijih od 18 godina unutar samih domaćinstava. Sudionici su sami popunjavali anketu nakon čega su je vlastoručno stavljali u neoznačene bijele koverte i predavali anketaru. Po preuzimanju anketar je iste dostavljao osobi zaduženoj za logičku kontrolu upitnika na pregled.

Sudjelovanje u istraživanju je bilo dobrovoljno i anonimno, a sudionici iz opće populacije su informirani o detaljima istraživanja od strane educiranih anketara te im je po završetku anketiranja dato pismo direktora ZZJZFBiH koje sadrži detaljnije informacije o samom istraživanju.

Terenski timovi su bili sačinjeni od po dva anketara po kantonu. Za vrijeme terenskog rada obavljano je redovno praćenje procesa rada te su se po potrebi otklanjale sve poteškoće u izvršavanju anketiranja.

Medijske kuće koje su sudjelovale u kvalitativnom dijelu istraživanja su bile pismeno upoznate sa svrhom istraživanja od strane Zavoda za javno zdravstvo FBiH te su naknadno ponosob zvane od strane moderatora fokus grupe radi usaglašavanja vremena i mjesta za održavanje fokus grupe.

Fokus grupe su održane paralelno u periodu anketiranja u vremenu od 04.05.-20.05.2012.

Fokus grupe u Kantonu Sarajevo i Hercegovačko-neretvanskom kantonu su se održale u prostorijama Zavoda za javno zdravstvo FBiH dok su se u Tuzlanskom kantonu i Zeničko-dobojskom održale u prostorijama kantonalnih zavoda za javno zdravstvo.

Analiza medijskih prikaza je rađena od strane stručne osobe angažirane za analizu sadržaja štampanih i elektronskih medija aktuelnih u Bosni i Hercegovini. Period monitoringa medija je trajao kontinuirano svaki dan u vremenu od 16.04.-16.05.2012. godine.

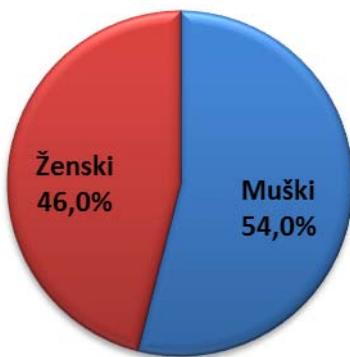
4. Rezultati

4.1. Opća populacija

Socio-demografske karakteristike

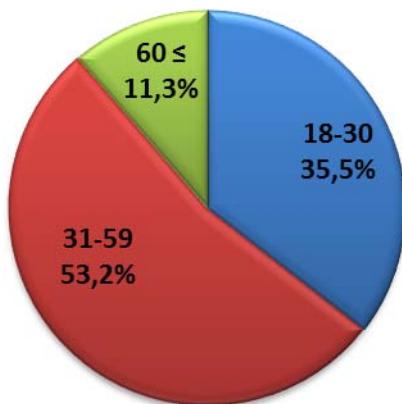
U istraživanju je učestvovalo 1184 sudionika. Od 1171 sudionika koji su naveli podatak o spolu, bilo je 54% muškaraca i 46% žena.

Grafikon 1. Struktura sudionika prema spolu (N=1171)



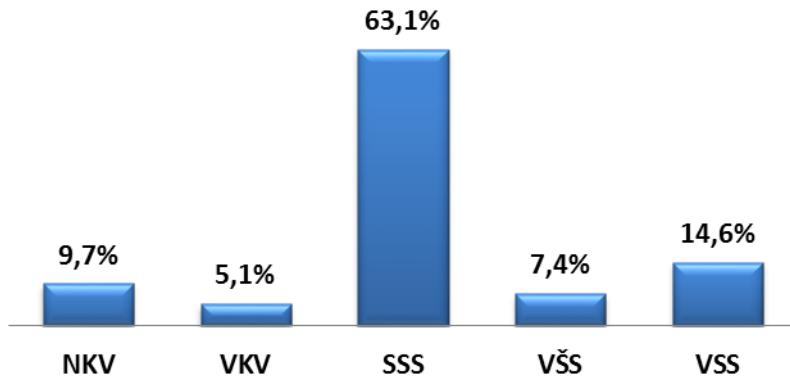
Prema dobnim skupinama, u istraživanju je učestvovalo 35,5% osoba starosti 18-30 godina, 53,2% iz starosne grupe 31-59 godina i 11,3% starijih od 60 godina.

Grafikon 2. Struktura sudionika prema dobnim skupinama (N=1137)



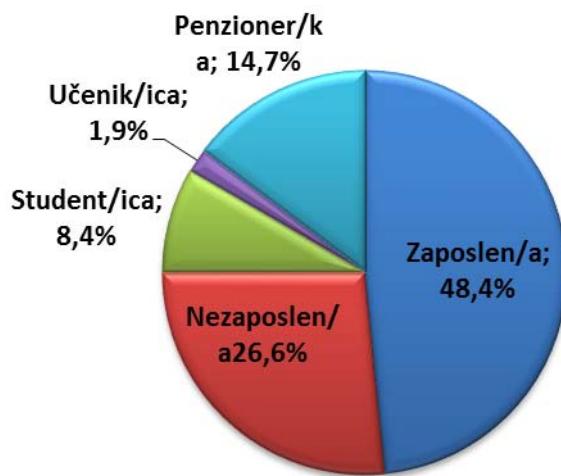
Najviše sudionika je bilo sa SSS 63,1%, potom VSS 14,6%, zatim NKV 9,7%, VŠS 7,4%, te VKV 5,1%.

Grafikon 3. Struktura sudionika prema stepenu stručne spreme (N=1171)



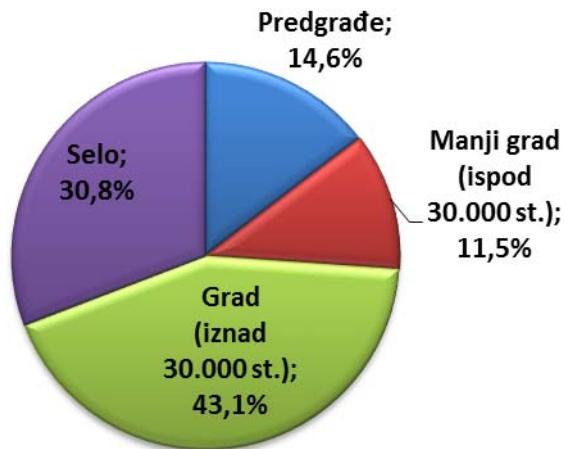
Iz grafikona 4, vezano za zanimanje sudionika, vidi se da je 48,4% zaposlenih, 26,6% nezaposlenih, penzionera 14,7%, studenata 8,4% i učenika/ca 1,9%.

Grafikon 4. Struktura sudionika prema zanimanju (N=1178)



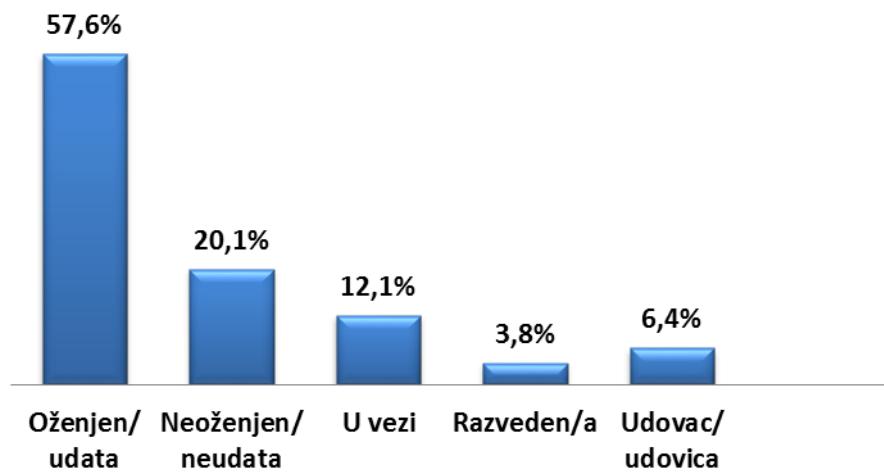
Što se tiče mjesta stanovanja, najveći broj sudionika je iz grada većeg od 30.000 stanovnika 43,1%, sela 30,8% predgrađa 14,6% i iz manjeg grada koji ima manje od 30.000 stanovnika 11,5%.

Grafikon 5. Struktura sudionika prema mjestu stanovanja (N=1175)



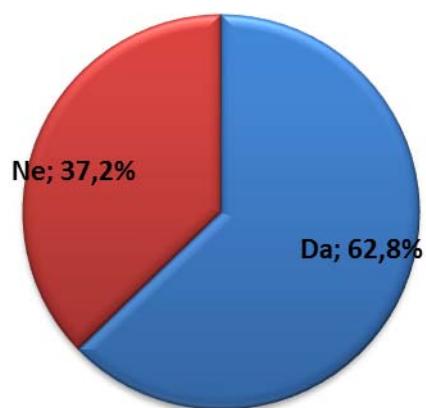
Prema bračnom statusu sudionika oženjenih/udatih je bilo 57,6%, neoženjenih/neudatih 20,1%, da su u vezi reklo je 12,1% ispitanika, udovaca/udovica je bilo 6,4% i razvedenih 3,8%.

Grafikon 6. Struktura sudionika prema bračnom statusu (N=1170)



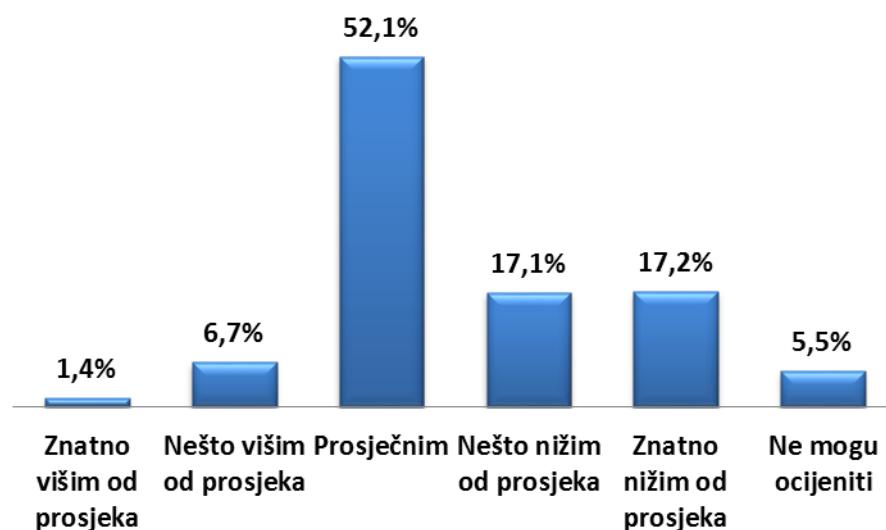
Od 1166 sudionika, 62,8% je navelo da imaju djecu, dok njih 37,2% nemaju djecu.

Grafikon 7. Struktura sudionika prema djeci (N=1166)



Što se tiče samoprocijene životnog standarda, 52,1% sudionika je izjasnilo da žive prosječnim životom, 17,2% je reklo da je njihov standard znatno niži od prosjeka, 17,1% nešto nižim od prosjeka, 6,7% nešto višim od prosjeka, 5,5% je reklo da ne mogu ocijeniti kakav im je životni standard, a svega 1,4% je reklo da živi standardom znatno višim od prosjeka.

Grafikon 8. Struktura sudionika prema samoprocjeni životnog standarda (N=1184)



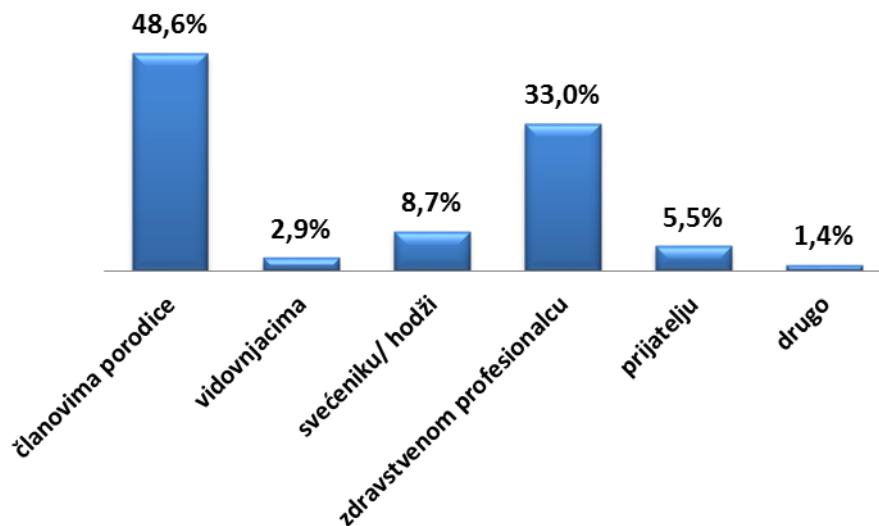
Na pitanje da li u okruženju imaju osobu sa mentalnim poremećajem, potvrđeno je odgovorilo 45,2%, negativno 40,3% sudionika, odgovor ne znam dalo je 12,8%, a nije željelo odgovoriti 1,8% ispitanika.

Grafikon 9. Struktura sudionika prema činjenici da u okruženju imaju osobu s mentalnim poremećajem (N= 1184)



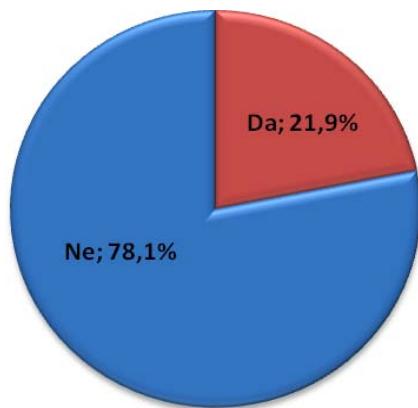
Na pitanje kome se obraćaju osobe iz okruženja kada imaju mentalne poremećaje odgovori su bili sljedeći: 48,6% je reklo da su to članovi porodice, 33,0% da su to zdravstveni radnici, svećeniku/hodži 8,7%, dok je 5,5% ispitanih reklo da se osobe sa mentalnim poremećajima obraćaju prijatelju, 2,9% vidovnjacima i 1,4% je odgovorilo sa drugo/ostalo.

Grafikon 10. Odgovori na pitanje kome se obraćaju osobe iz okruženja kada imaju mentalne poremećaje (N=1183)



Na pitanje da li su ikada posjetili zdravstvenu ustanovu zbog mentalnog poremećaja, negativno je odgovorilo 78,1% sudionika, dok je potvrđan odgovor dalo njih 21,9%.

Grafikon 11. Odgovori na pitanje o posjeti zdravstvenih ustanova zbog mentalnog poremećaja (N=1183)

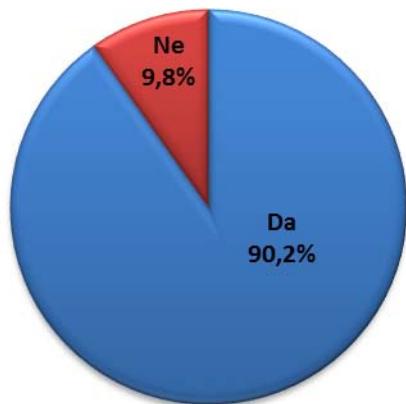


U strukturi osoba koje su posjećivale zdravstvene ustanove zbog mentalnog poremećaja, muški spol je zastupljen sa 24,4%, ženski spol sa 19,1% ($\chi^2=4,757$, df=1, p=0,029); prema stupnju obrazovanja najzastupljeniji su NKV 37,7% i VKV 31,7% ($\chi^2=26,989$, df=4, p=0,000); prema mjestu stanovanja ispitanici koji žive na selu (35,6%) ($\chi^2=63,645$, df=3, p=0,000), razvedeni (29,5%) ($\chi^2=10,636$, df=4, p=0,031), osoběžikojni standard ocjenjuju znatno nižim od prosječnog (30,9%) ($\chi^2=15,303$, df=, p=0,009).

Raspodjela prema dobnim skupinama je izgledala 18-30 (20,1%), 31-59 (22,3%), više od 60 godina (28,1%), razlika nije statistički značajna.

Među onima koji nisu posjećivali zdravstvene ustanove, stručnu pomoć ukoliko bi osjetili psihičke poteškoće zatražilo bi 90,2% sudionika, a negativan odgovor na isto pitanje dalo je njih 9,8%.

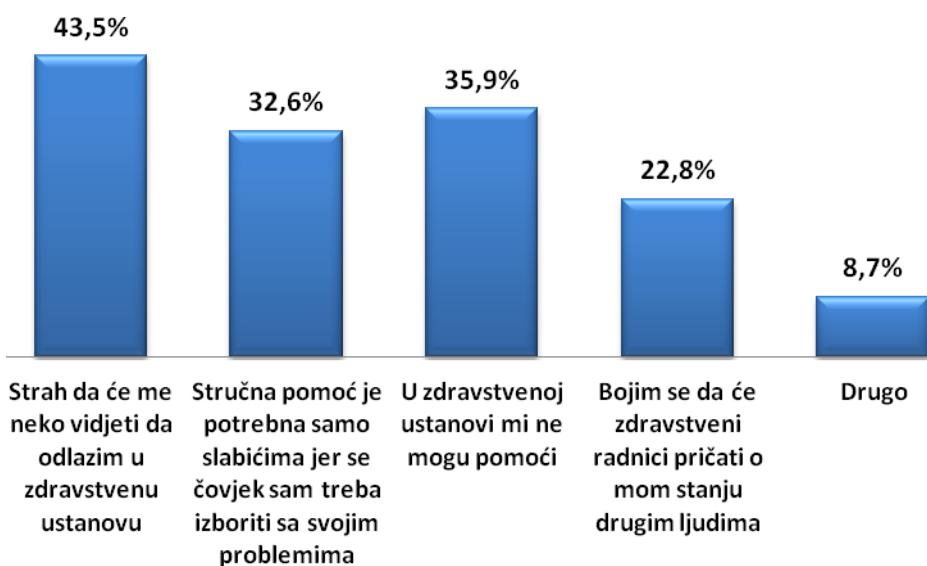
Grafikon 12. Odgovori na pitanje o traženju stručne pomoći ukoliko bi osjetili psihičke poteškoće (N=922)



Stručnu pomoć bi prije potražili ispitanici ženskog spola (94,3%) ($\chi^2=12,617$, df=1, p=0,000), osobe sa VŠS (97,3%) i VSS (95,2%) ($\chi^2=19,404$, df=4, p=0,001), odnosno znatno manje prema statusu učenici (64,7%) ($\chi^2=13,875$, df=4, p=0,005), sudionici koji žive na selu (83,6%) ($\chi^2=20,209$, df=3, p=0,000), sudionici koji navode standard znatno višim od prosjeka (71,4%) i znatno nižim od prosjeka (77,9%) ($\chi^2=38,082$, df=5, p=0,000). Razlike među drugim socio-demografskim karakteristikama nisu statistički značajne.

Razlozi zbog kojih ne bi tražili stručnu pomoć ukoliko bi imali psihičke poteškoće (N=92) su sljedeći: strah da će ih neko vidjeti 43,5%, da im u zdravstvenim ustanovama ne mogu pomoći misli 35,9% sudionika, da se sa psihičkim poteškoćama sam treba izboriti misli 32,6% sudionika, a njih 22,8% je izjavilo da se boji da će zdravstveni radnici pričati o njihovom stanju drugim ljudima, dok je odgovor drugo/ostalo odabralo njih 8,7%.

Grafikon 13. Razlozi za netraženje pomoći (N=92)



Drugi razlozi – komšije bi ogovarale, korupcija, ne vjerujem u stručnu pomoć, nikome ne vjerujem, poteškoće rješavam u razgovoru sa suprugom, selo priča, star sam.

Tvrđnje

Na ponuđene tvrdnje ispitanici su odgovarali sa Da, Ne i Ne znam i procent tačnih odgovora na ponuđene tvrdnje je sljedeći:

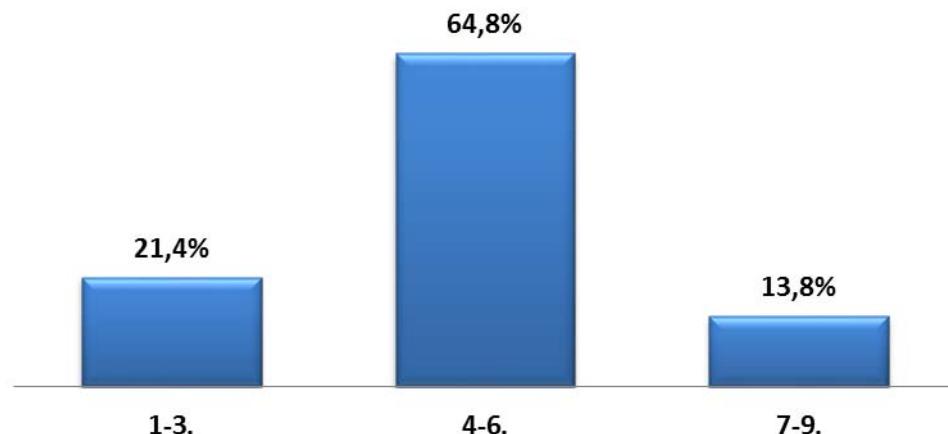
- Najviše tačnih odgovora dato je na ponuđenu tvrdnju „Stres može uzrokovati druge bolesti kao što su rak, visok pritisak, mentalne poremećaje“ 82,6% .
- „Psihijatrijski poremećaji se mogu liječiti kao i sve druge medicinske bolesti (bolesti srca, dijabetes i sl.) „, sa 69,6% tačnih.
- Na tvrdnju „Poremećaji ishrane (anorexia nervosa, bulimia nervosa) su mentalni poremećaji“ tačno je odgovorilo 66,2% sudionika, slijedi 50,6% tačnih odgovora koje su sudionici dali na dvije tvrdnje, i to „Osobe koje su se oporavile od mentalnih poremećaja nisu sposobne da se vrate na posao“ i „Osobe oboljele od shizofrenije imaju „podvojenu /dvostruku ličnost“.
- Na tvrdnju „Djeca ne mogu oboljeti od anksioznosti i depresije“ tačno je odgovorilo 50,2% sudionika.
- Na tvrdnju „Tokom psihoterapije klijenti uglavnom leže na kauču i govore prvo što im padne na pamet“ tačno je odgovorilo 37,6% sudionika.

- Na tvrdnju „Mentalno zdravlje je samo odsustvo mentalnog poremećaja“ tačno je odgovorilo svega 27,7%
- Najmanji procenat tačnih odgovora vezan je za tvrdnju „Psihijatrijski lijekovi tokom liječenja najčešće stvaraju ovisnost“ 21,8% tačnih odgovora.

Tabela 6. Distribucija (%) tačnih odgovora na tvrdnje o mentalnim poremećajima

Tvrđnja	% Tačnih odgovora
Poremećaji ishrane (anorexia nervosa, bulimia nervosa) su mentalni poremećaji	66,2 (770/1165)
Psihijatrijski poremećaji se mogu liječiti kao i sve druge medicinske bolesti (bolesti srca, dijabetes i sl.)	69,6 (810/1165)
Mentalno zdravlje je samo odsustvo mentalnog poremećaja	27,7 (322/1165)
Tokom psihoterapije klijenti uglavnom leže na kauču i govore prvo što im padne na pamet	37,6 (437/1163)
Djeca ne mogu oboljeti od anksioznosti i depresije	50,2 (585/1165)
Stres može uzrokovati druge bolesti kao što su rak, visok pritisak, mentalne poremećaje	82,6 (963/1166)
Osobe koje su se oporavile od mentalnih poremećaja nisu sposobne da se vrate na posao	50,6 (589/1164)
Osobe oboljele od šizofrenije imaju „podvojenu /dvostruku ličnost“	50,6 (590/1165)
Psihijatrijski lijekovi tokom liječenja najčešće stvaraju ovisnost	21,8 (254/1165)

Agregirani tačni odgovori čine sljedeću raspodjelu: 1-3 tačna odgovora ima 21,4% sudionika, 4-6 tačna odgovora ima 64,8% sudionika i 7-9 tačnih odgovora ima 13,8% sudionika.

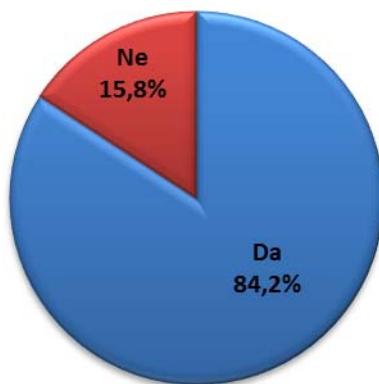


Razlike u tačnim tvrdnjama testirane su s obzirom na spol, dob i stupanj stručne spreme.

Manje znanje, odnosno veći postotak samo 1-3 tačna odgovora imaju osobe muškog spola (M: 25,0%, Ž: 17,1%) ($\chi^2=9,648$, df=1, p=0,002), preko 60 godina (32,5%) ($\chi^2=11,588$, df=2, p=0,003); i NKV (27,8%) i VKV (28,1%) ($\chi^2=11,817$, df=4, p=0,019).

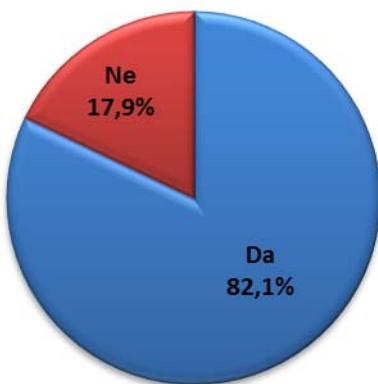
Niti jedan tačan odgovor na tvrdnje o mentalnom zdravlju imalo je 3,2% ispitanika, a sve tačne odgovore 0,6% ispitanika.

Grafikon 15. Da li ljudi koji su se oporavili od mentalnih poremećaja mogu pomoći drugim osobama u oporavku od mentalnih problema/poremećaja? (N=1184).



Da ljudi koji su se oporavili od mentalnih poremećaja mogu pomoći drugima osobama u oporavku smatra 84,2% sudionika. Značajna statistička razlika u odgovorima je zabilježena u odnosu na nivo stručne spreme (najmanje NKV 71,9%) ($\chi^2=20,869$, df=4, p=0,000), zanimanje (najmanje učenici 68,2%) ($\chi^2=16,801$, df=4, p=0,002), mjesto stanovanja (najmanje selo 72,9%) ($\chi^2=54,780$, df=3, p=0,000), bračni status (najmanje razvedeni 69,8%) ($\chi^2=11,612$, df=4, p=0,020); i standard (znatno viši od prosjeka 70,6%, znatno nižim od prosjeka 77,2%) ($\chi^2=23,523$, df=5, p=0,000).

Grafikon 16. Da li biste željeli dobiti više informacija o mentalnom zdravlju? (N=1176)

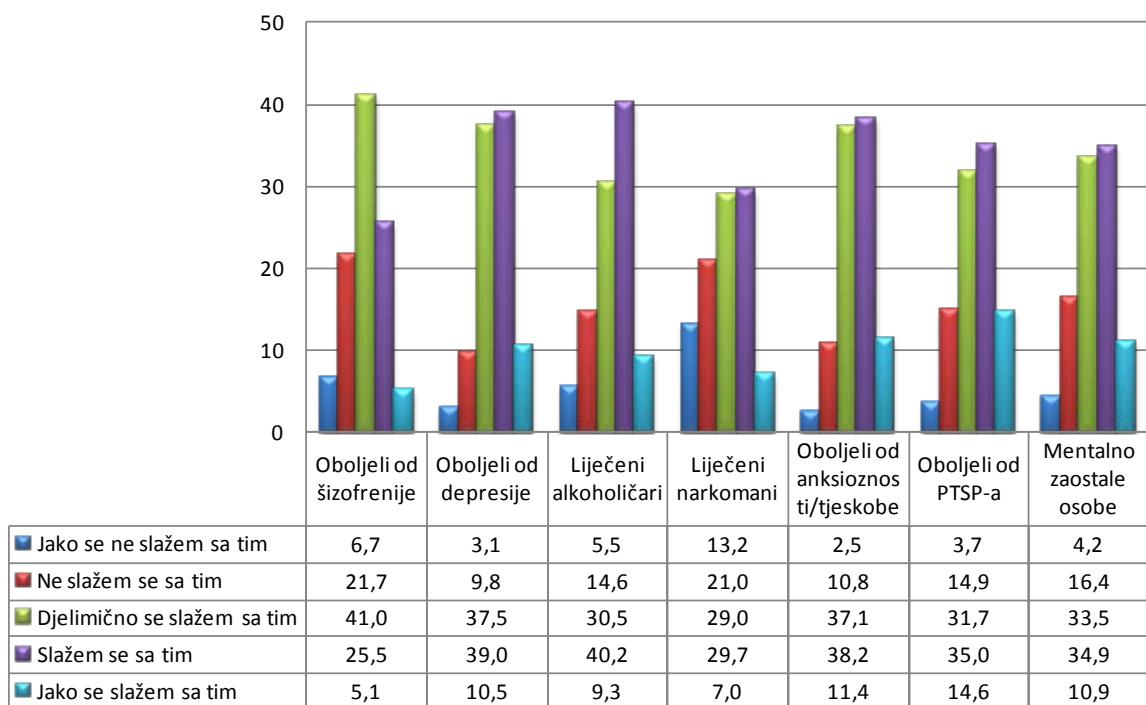


Statistička značajnost je utvrđena: Više informacija žele osobe ženskog spola (\check{Z} 85,0%, M 80,3%) ($\chi^2=4,359$, df=1, p=0,037). dok potrebu za više informacija ne žele VKV (67,2%) ($\chi^2=10,451$, df=4, p=0,033) i osobe sa standardom znatno višim od prosjeka 64,7% ($\chi^2=21,937$, df=5, p=0,001).

Socijalna distanca prema osobama s mentalnim poremećajem

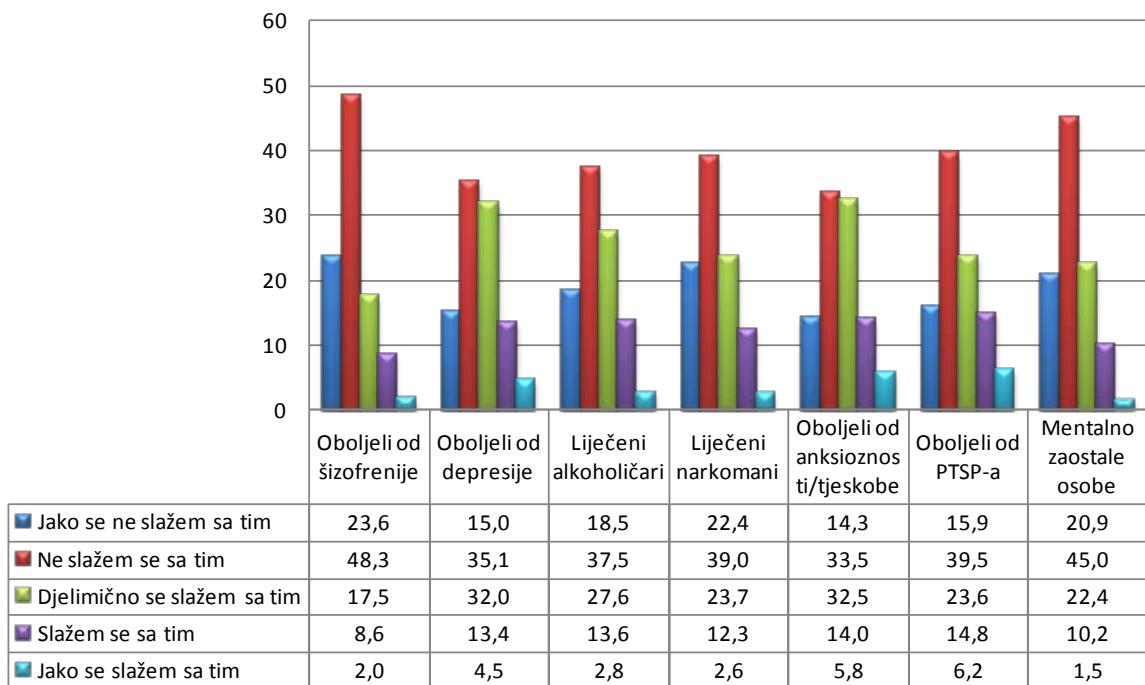
Socijalna distanca prema osobama s mentalnim poremećajima je mjerena pomoću modificirane Bogardus skale. Ispitivan je odnos prema osobama sa sedam tipova mentalnih poremećaja: oboljeli od shizofrenije, oboljeli od depresije, liječeni alkoholičari, liječeni narkomani, oboljeli od anksioznosti/tjeskobe, oboljeli od PTSP-a i mentalno zaostale osobe.

Grafikon 17. Bio/bila bih (%) u istom društvu (N=1179)



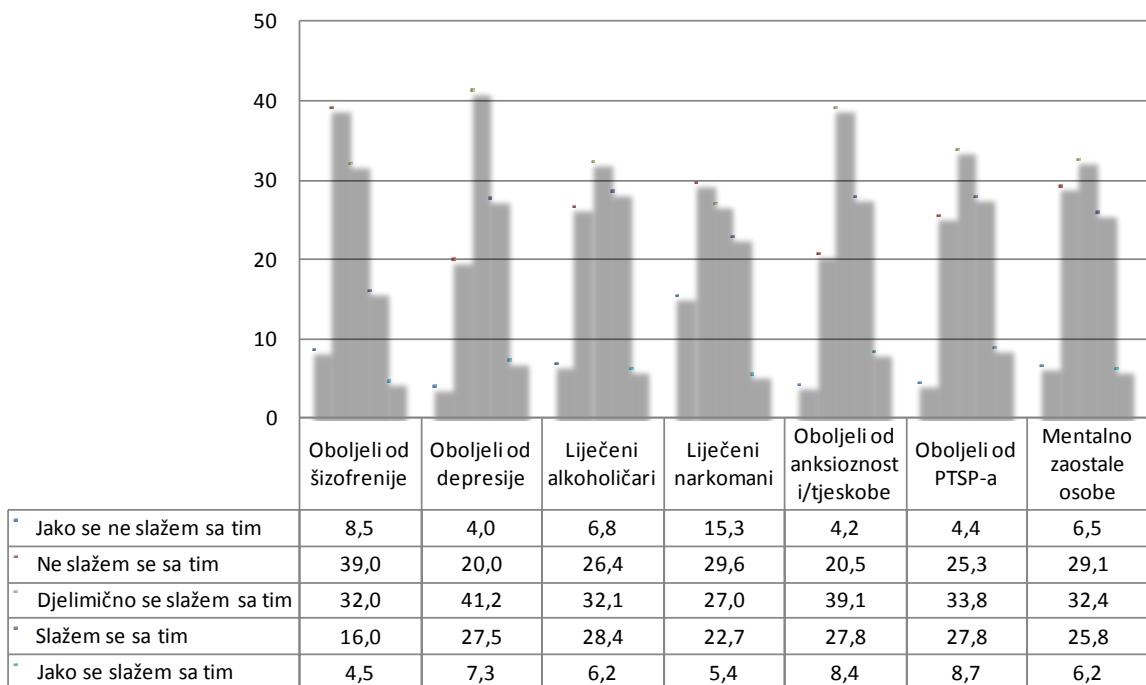
Ukupan broj upitnika uzetih u analizu na pitanje „Bio/la bih u istom društvu sa oboljelim od“ najveća socijalna distanca ispoljena je prema liječenim narkomanima (13,2%), potom oboljelim od shizofrenije (6,7%), a najmanja prema oboljelim od anksioznosti/tjeskobe (2,5%) i oboljelim od depresije (3,1%).

Grafikon 18. Nemam ništa (%) protiv stupanja u brak mene ili meni nekog bliskog (N=1179)



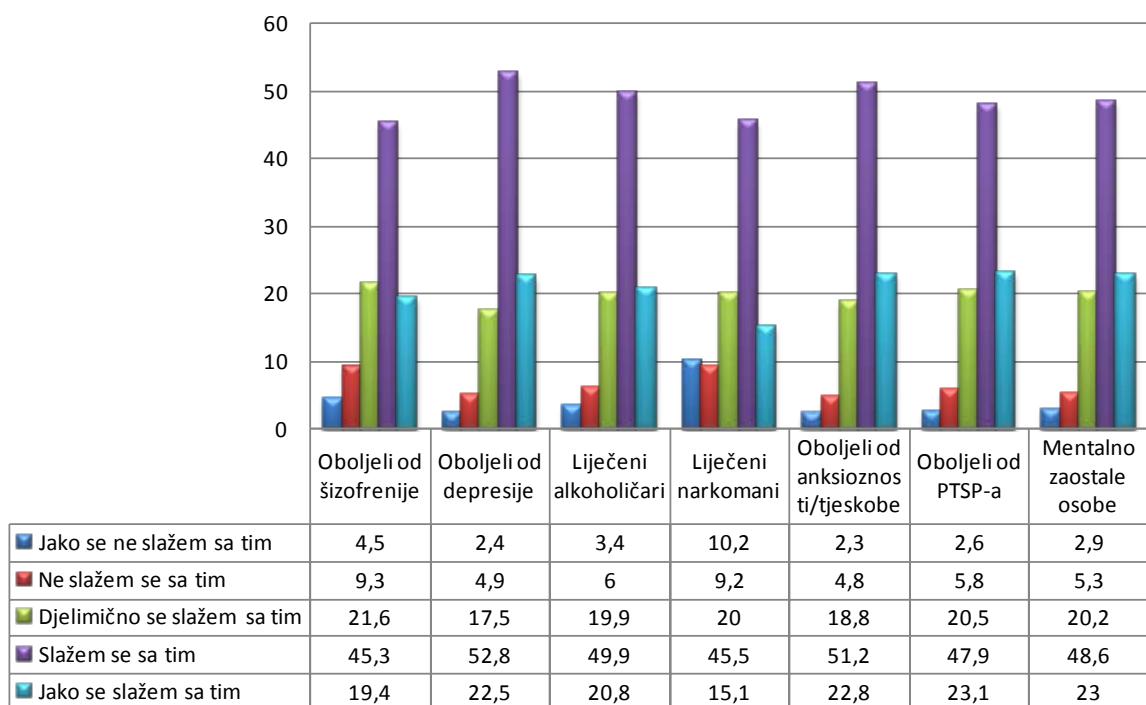
Sa izjavom „Nemam ništa protiv stupanja u brak mene ili meni nekog bliskog sa oboljelim od ...“ ukupno je odgovorilo 1179 sudionika i od tog broja najveću socijalnu distancu sudionici su iskazali prema oboljelim od shizofrenije (23,6%), potom liječenim narkomanima (22,4%), a najmanju socijalnu distancu iskazali su prema oboljelim od anksioznosti/tjeskobe (14,3%) i depresije (15,0%).

Grafikon 19. Bio/bila bih (%) u prisnom prijateljstvu (N=1174)



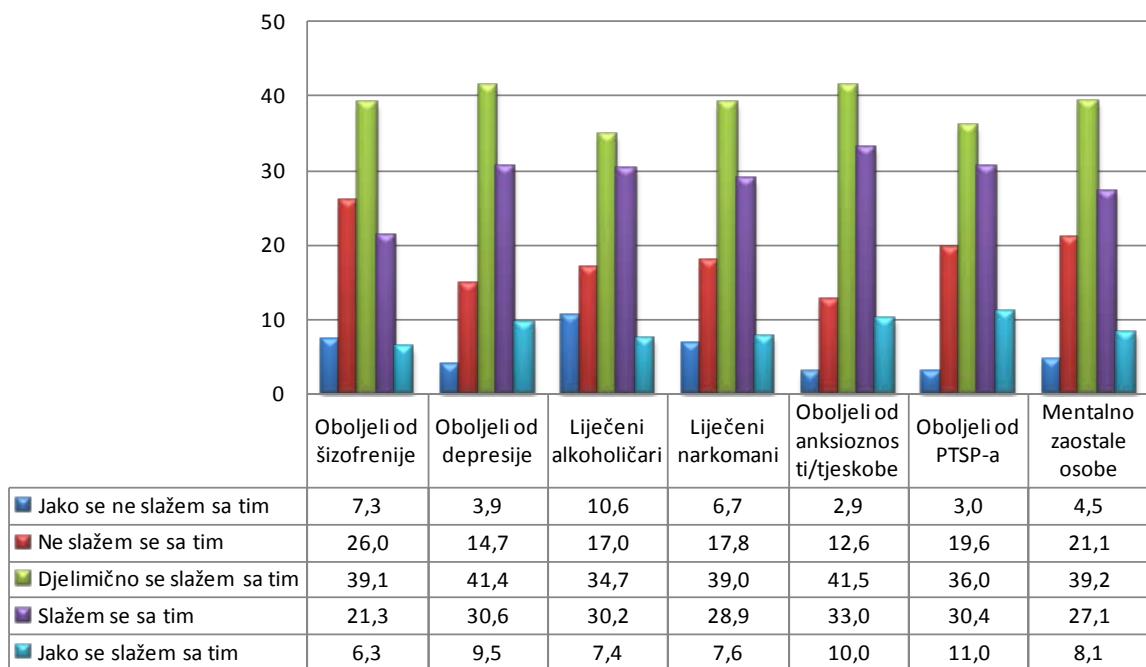
Sa izjavom „Bio/la bih u prisnom prijateljstvu sa oboljelim od ...“ odgovorilo je 1173 osobe i tom prilikom najveću socijalnu distancu ispoljili su prema liječenim narkomanima (15,3%), zatim prema oboljelim od shizofrenije (8,5%), a najmanja distanca iskazana je prema oboljelim od depresije (4,0%) i anksioznosti/tjeskobe (4,2%).

Grafikon 20. Ne bih imao/imala (%) ništa protiv da živim u istoj ulici (N=1174)



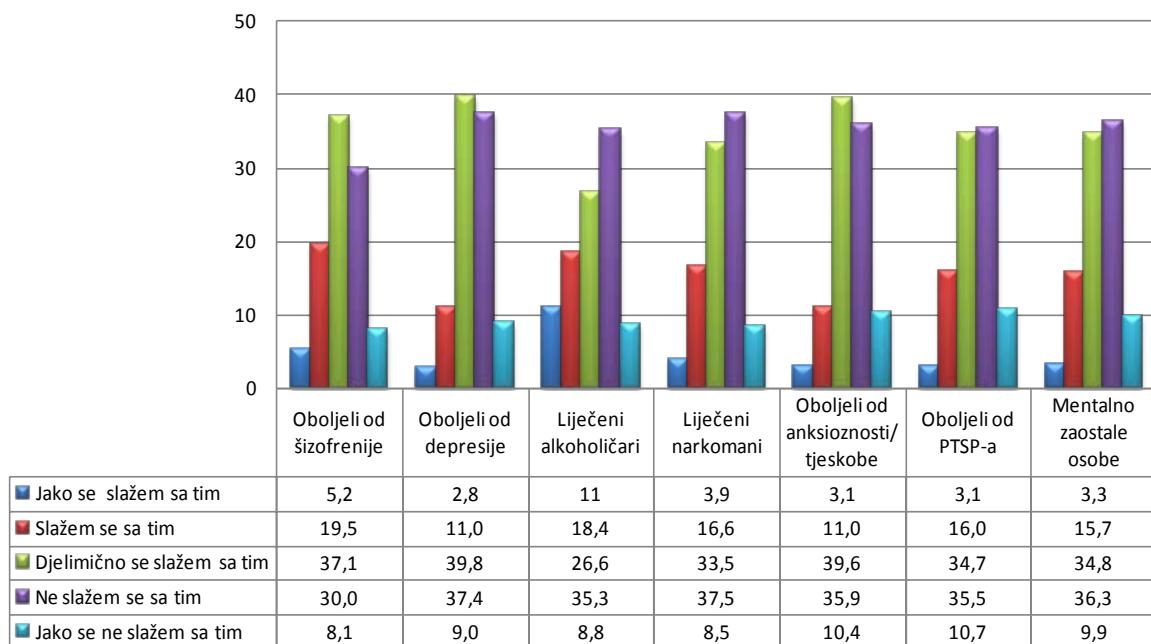
Sa izjavom „Nemam ništa protiv da živim u istoj ulici sa oboljelim od ...“ ukupno je odgovorilo 1174 ispitanika i tom prilikom ispoljili najveću socijalnu distancu prema liječenim narkomanima (10,2%) i prema oboljelim od šizofrenije (4,5%), dok su najveću socijalnu toleranciju iskazali prema oboljelim od anksioznosti/tjeskobe (2,3%) i oboljelim od depresije (2,4%).

Grafikon 21. Ne bih imao/imala ništa (%) protiv da radim na istom poslu (N=1169)



Na izjavu „Nemam ništa protiv da radim na istom poslu sa oboljelim od ...“ ukupno je odgovorilo 1169 sudionika. Od ukupno 1169 sudionika najveću socijalnu distancu ispoljili su prema liječenim alkoholičarima (10,6%) i oboljelim od shizofrenije (7,3%), a najmanju distancu iskazali su prema oboljelim od anksioznosti/tjeskobe (2,9%) i oboljelim od PTSP-a (3,0%).

Grafikon 22. Odgovara mi (%) da nisam u kontaktu (N=1164)



Na izjavu „Odgovara mi da nisam u kontaktu...“ ukupno je odgovorilo 1164 osoba. Najveću socijalnu distancu ispoljili su prema liječenim alkoholičarima (11,0) i oboljelim od shizofrenije (5,2%), a najmanju distancu iskazali su prema oboljelim od depresije (2,8).

Rezultati pokazuju da je najveća distanca zabilježena u tipovima odnosa: *stupanje u brak mene ili nekog bliskog* (medijan=2, osim za oboljele od anksioznosti/tjeskobe medijan=3). Tip odnosa: *prisno prijateljstvo, isto društvo, isti posao, kontakt* imaju medijan 3, a najmanja distanca je prema odnosu življenja u istoj ulici s osobom s mentalnim poremećajem, medijan 4.

Tabela 7 . Socijalna distanca prema vrsti mentalnog poremećaja i vrsti odnosa (medijan)

	Bio/bila bih u istom društvu	Nemam ništa protiv stupanja u brak mene ili meni nekog bliskog	Bio/bila bih u prisnom prijateljstvu	Ne bih imao/imala ništa protiv da živim u istoj ulici	Ne bih imao/imala ništa protiv da radim na istom poslu	Odgovara mi da nisam u kontaktu
Oboljeli od šizofrenije	3	2	3	4	3	3
Oboljeli od depresije	3	2	3	4	3	3
Liječeni alkoholičari	3	2	3	4	3	3
Liječeni narkomani	3	2	3	4	3	3
Oboljeli od anksioznosti/tjeskobe	3	3	3	4	3	3
Oboljeli od PTSP-a	3	2	3	4	3	3
Mentalno zaostale osobe	3	2	3	4	3	3

Najveća socijalna distanca je utvrđena prema oboljelim od shizofrenije (medijan 18) i liječenim narkomanima (medijan 18), najmanje prema oboljelim anksioznosti/tjeskobe i PTSP-a (medijan 20).

Neparametrijskim testovim (uz korekciju po Bonferroniju) ispitana je veza između ovih vrsta mentalnog poremećaja i socio-demografskih karakteristika. Prema oboljelim od shizofrenije veću distancu pokazuju sudionici koji žive u gradovima (u odnosu na ostala mjesta) ($p=0,000$) i koje u bližem okruženju nemaju osobu s mentalnim poremećajem ($p=0,000$). Prema liječenim narkomanima manju distancu pokazuju sudionici iz manjih gradova (u odnosu na veće gradove i selo) ($p=0,000$), sudionici nižeg standarda (u odnosu na nešto viši i prosječni) ($p=0,004$) i oni koji u svom bližem okruženju imaju osobu s mentalnim poremećajem ($p=0,000$).

Prema mentalno zaostalim osobama veću distancu pokazuju sudionici sa standardom znatno nižim od prosjeka (u odnosu na nešto nižim od prosjeka) ($p=0,000$), i osobe koje u bližem okruženju nemaju osobu s dijagnosticiranim mentalnim poremećajem ($p=0,000$).

Tabela 8. Socijalna distanca prema vrsti mentalnog poremećaja

Mentalni poremećaji	N	MIN	MAX	Median	25 percent	75 percent
Oboljeli od šizofrenije	1158	6	30	18	15	20
Oboljeli od depresije	1160	6	30	19	17	22
Liječeni alkoholičari	1160	6	29	19	16	21
Liječeni narkomani	1160	6	30	18	14	22
Oboljeli od anksioznosti/tjeskobe	1160	6	30	20	17	22
Oboljeli od PTSP-a	1160	6	30	20	16	22,8
Mentalno zaostale osobe	1160	6	30	19	16	22
Ukupna socijalna distanca	1158	46	206	107	95	124

Radi dobijanja detaljnijih podataka, ukupna skala socijalne distance je ispitana prema različitim socijalno-demografskim karakteristikama.

Maksimalna socijalna distanca prema vrsti mentalnog poremećaja iznosila je 6 (po jedan bod za svaku vrstu odnosa). Maksimalna distanca prema ukupnoj skali je 42 (šest odnosa i sedam vrsta mentalnog poremećaja).

Korelacije između utvrđene distance prema pojedinim mentalnim poremećajima i skora ukupne socijalne distance su visoke (od 0,78 do 0,90) i statistički značajne ($p=0,000$), uz Cronbach $\alpha=0,94$.

Man-Whitney U testom, odnosno Kruskal-Wallisovim, utvrđena je statistički značajna razlika u odnosu na činjenicu da u bližnjem okruženju imaju osobu s dijagnosticiranim mentalnim poremećajem, kod ukupnog skora na skali distance prema osobama s mentalnim poremećajima. Manji skor, odnosno veću distancu pokazuju osobe koje u bližnjem okruženju nemaju osobu sa mentalnim poremećajima. Isti rezultati značajnosti postignuti su i parametrijskim testovima (osim karakteristike životni standard $p=0,04$). Veličina utjecaja je mala, $r=0,2$.

Veza između ukupne socijalne distance i tačnih tvrdnji o mentalnom zdravlju ispitana je koeficijentom Spearmanove linerne korelacije. Izračunata je slaba pozitivna korelacija između te dvije promjenjive, $r=0,2$, $N=1140$, $p=0,000$. Veće znanje povezano je sa većim skorom na

skali socijalne distance, odnosno sa manjom socijalnom distancicom prema osobama s mentalnim poremećajima.

Tabela 9. Razlike u nivou izraženosti ukupne distance prema osobama s mentalnim poremećajem

Spol	N	Median	p=0,870
Muški	621	130	
Ženski	524	128,5	
Dobne skupine			p=0,223
18-30	391	130	
31-59	596	128	
60≤	125	132	
Stručna spremja			p=0,127
NKV	111	126	
VKV	58	129	
SSS	722	129,5	
VŠS	86	130	
VSS	169	132	
Zanimanje			p=0,552
Zaposlen/a	555	130	
Nezaposlen/a	308	127	
Student/ica	97	127	
Učenik/ica	19	137	
U mirovini/penziji	169	130	
Mjesto stanovanja			p=0,266
Predgrađe	169	132	
Manji grad (ispod 30.000 stanovnika)	134	132,5	
Grad (iznad 30.000 stanovnika)	494	127	
Selo	352	131	
Bračni status			p=0,520
Oženjen/udata	664	129	
Neoženjen/neudata	229	128	
U vezi	137	133	
Razveden/a	41	128	
Udovac/ica	73	133	
Životni standard			p=0,06
Znatno višim od prosjeka	17	125	
Nešto nižim od prosjeka	79	129	
Prosječnim	606	129,5	
Nešto nižim od prosjeka	201	134	
Znatno nižim od prosjeka	198	127	
Ne mogu ocijeniti	62	126	
Dijete?			p=0,234
Da	720	129	
Ne	421	130	
U okruženju osoba s ment.poremećajem			P=0,000
Da	529	135	
Ne	472	125	

Stavovi prema osobama s mentalnim poremećajima

Sva pitanja bila su rangirana od 1 do 5. Veći broj je označavao veći stupanj slaganja sa stavom. Na CAMI skalu u potpunosti su odgovorila 1112 ispitanika, koji su uzeti u obzir za daljnju analizu. Faktorska analiza je provedena da bi se istražile različite dimenzije u stavovima zajednice prema osobama s mentalnim poremećajima. Pregledom korelace matrice otkriveno je 37 stavova s koeficijentom vrijednosti preko 0,4. Prema ukupnom Keiser-Meyer-Olkinovoj mjeri adekvatnosti uzorka, koji iznosi 0,942, i Berletovim testom ($p=0,000$), ovih 37 pitanja je pogodno za faktorsku analizu. Analiza glavnih komponenata utvrdila je prisustvo 7 komponenata s karakterističnim vrijednostima preko 1, koje objašnjavaju 54,6% varijanse. Pregledom dijagrama prevoja utvrđeno je postojanje tačke loma iza treće komponente, te nakon analize pitanja, odlučeno za dalje istraživanje tri komponente. Faktorskog analizom trofaktorskog rješenja objašnjeno je 40,9% varijanse. Tri faktora su dobromanjernost, restrikacija i integracija u zajednici. Prvi faktor objašnjava 16,5% varijanse, drugi 13,8% i treći 10,6%. Faktor dobromanjernost je imao ukupnu srednju vrijednost (3,8), slijede mentalno zdravlje u zajednici (3,5) i restriktivnost (2,7).

Analiza sve tri podskala pokazala je dobru unutrašnju suglasnost i vrijednosti Cronbach preko 0,8. Dva pitanja u podskalama dobromanjernost i integracija u zajednici pokazivala su nizak stepen korelacije sa ukupnim rezultatom (ispod 0,3), te su zbog toga uklonjena.

U prvom faktoru, pitanja su: *odrasle osobe sa mentalnim poremećajima su predugo bile predmet ismijavanja*, smatra 71,5% sudionika (slaže i u potpunosti se slaže); *naša je odgovornost osigurati najbolju moguću skrb odraslima sa mentalnim poremećajima*, smatra 77,7% ispitanika; *gotovo svatko može oboljeti od mentalnog poremećaja*, smatra 80,2% ispitanika. Prvi faktor se odnosi na dobromanjernost prema osobama s mentalnim poremećajima i ima ukupnu srednju vrijednost 3,8.

Raspodjela odgovora u drugoj podskali, koja je nazvana skala restrikcije, pokazuje da 12,6% sudionika smatra da je *najbolje izbjegći osobe s menatalnim poremećajem*, da ih je *najbolje držat iza zatvorenih vrata* 12,1%, te 12,3% smatra da je *zastrašujuće pomisliti da osobe s mentalnim poremećajem žive u susjedstvu*. Ukupna srednja vrijednost iznosi 2,7.

Treći faktor, skala integracije u zajednici, pokazuje da 77,0% sudionika smatra da je *najbolja terapija za osobe s mentalnim poremećajem da budu dio zajednice* i 60,7% sudionika se slaže da *lokalno stanovništvo se ne treba plašiti osoba koje dolaze u njihovo susjedstvo po usluge iz oblasti mentalnog zdravlja*. Ukupna srednja vrijednost iznosi 3,5.

Tabela 10. Stavovi ispitanika prema osobama prema osobama s mentalnim poremećajima – distribucija rezultata (N=1112).

		ne slažem se u potpunosti se ne slažem	neutralan/a	slažem se	u potpunosti se slažem
1	Čim osoba pokaže znakove mentalnog poremećaja, trebala bi biti smještena na bolničko liječenje.	5,8	24,5	9,7	40,6
2	Više novca od poreznih obaveznika se treba izdvajati za njegu i tretman odraslih sa mentalnim poremećajima.	4,1	5,2	13,3	47,5
3	Odrasla osoba s mentalnim poremećajem treba biti izolirana od ostatka zajednice.	18,8	45,1	15,6	14,1
4	Najbolja terapija za mnoge odrasle osobe sa mentalnim poremećajem je da budu dio zajednice.	5,3	7,7	16,2	50,5
5	Mentalno oboljenje je oboljenjej kao i svako drugo.	4,9	9,3	13,4	45,1
6	Odrasle osobe sa mentalnim poremećajem su teret društву.	21,9	44,1	19,5	11,5
7	Odrasle osobe sa mentalnim poremećajem su daleko manje opasne nego što većina ljudi prepostavlja.	3,9	15,7	25,7	37,4
8	Smještanje ustanova za mentalno zdravlje u stambeno naselje čini zajednicu manje privlačnom za življjenje.	7,3	33,7	27,9	24,6
9	Lako je razlikovati odrasle osobe sa mentalnim poremećajem od ostalih ljudi.	3,5	26,4	24,8	32,6
10	Odrasle osobe sa mentalnim poremećajima su predugo bile predmet ismijavanja.	2,4	7,0	19,1	49,0
11	Žena bi bila nepromišljena da se uda za čovjeka koji je bolovao od mentalnog poremećaja, iako se čini da se potpuno oporavio.	5,8	21,6	40,8	24,7
12	Usluge vezane za mentalno zdravlje što je više moguće trebaju biti dostupne kroz ustanove u zajednici.	2,5	3,6	17,5	51,1
13	Potrebno je manje naglašavati zaštitu javnosti od odraslih sa mentalnim poremećajima.	4,9	23,3	29,0	30,3
14	Povećana potrošnja na usluge iz oblasti mentalnog zdravlja je gubitak poreznog novca.	22,1	45,0	19,6	9,6
15	Nitko nema pravo isključiti odrasle osobe sa mentalnim poremećajem iz njihove zajednice.	3,8	7,3	13,9	50,9
16	Osobama sa mentalnim poremećajima život u stambenim naseljima može biti dobra terapija, ali su preveliki rizici za druge stanovnike.	7,4	25,2	32,2	30,2
17	Odrasle osobe sa mentalnim poremećajima trebaju istu vrstu kontrole i discipline kao i mala djeca.	3,0	13,2	26,4	41,9

		u potpunosti se slažem	ne slažem se	neutralan/a	slážem se	u potpunosti se slažem
18	Moramo biti mnogo tolerantniji prema odraslima sa mentalnim poremećajima u našem društvu.	2,2	5,8	12,9	51,3	27,6
19	Ne bih želio/la živjeti u susjedstvu sa nekim tko ima mentalni poremećaj	20,9	40,6	24,4	11,0	3,1
20	Stanovnici bi trebali prihvati smještanje ustanova za mentalno zdravlje u njihovom susjedstvu koje će služiti potrebama lokalne zajednice.	3,1	9,3	29,0	44,0	14,6
21	Odrasle osobe sa mentalnim poremećajima ne treba tretirati kao izopćenike društva.	2,6	8,4	8,6	53,8	26,6
22	Trenutno postoji dovoljan broj usluga za osobe sa mentalnim poremećajima.	15,1	43,6	27,5	11,2	2,6
23	Odrasle osobe sa mentalnim poremećajima treba ohrabrivati da prihvate uobičajene životne obaveze.	1,5	6,7	15,6	57,7	18,3
24	Lokalno stanovništvo odbija smještanje ustanova za mentalno zdravlje u njihovo susjedstvo.	3,4	18,8	36,3	34,1	7,4
25	Najbolji način postupanja sa odraslim osobama koji imaju mentalni poremećaj jeste da ih se drži iza zaključanih vrata.	29,8	43,2	14,9	9,8	2,3
26	Naše psihijatrijske bolnice/odjeli više izgledaju kao zatvori nego kao mjesta gdje se odrasle osobe sa mentalnim poremećajima mogu liječiti.	2,5	12,1	33,3	37,5	14,6
27	Svatko s poviješću/istorijom mentalnih poremećaja treba biti isključen iz obavljanja neke javne dužnosti.	8,9	31,2	31,3	21,3	7,3
28	Smještanje ustanova za mentalno zdravlje u stambena naselja ne ugrožava lokalno stanovništvo.	4,1	21,6	26,5	38,5	9,3
29	Psihijatrijske bolnice/odjeli su zastarjela metoda liječenja odraslih sa mentalnim poremećajima.	4,5	18,8	30,2	35,7	10,8
30	Odrasle osobe sa mentalnim poremećajima ne zaslužuju našu naklonost.	25,4	50,7	13,5	7,7	2,6
31	Odrasloj osobi sa mentalnim poremećajem ne smiju biti uskraćena njena osobna prava.	0,9	7,1	11,2	54,3	26,5
32	Ustanove za mentalno zdravlje trebaju biti udaljenje od stambenih naselja.	8,3	34,9	29,6	22,3	4,9
33	Jedan od glavnih uzroka mentalnih poremećaja je nedostatak samodiscipline i snaga volje.	6,7	21,9	39,1	25,8	6,4
34	Naša je odgovornost osigurati najbolju moguću skrb odraslima sa mentalnim poremećajima.	2,3	5,6	14,4	50,3	27,4
35	Odrasloj osobi sa mentalnim poremećajem ne treba davati nikakvu odgovornost.	11,9	39,0	26,0	16,7	6,4

		u potpunosti se slažem	slažem se	neutralan/a	ne slažem se	u potpunosti se ne slažem
36	Lokalno stanovništvo se ne treba plašiti osoba koje dolaze u njihovo susjedstvo po usluge iz oblasti mentalnog zdravlja.	3,5	11,5	24,3	43,5	17,2
37	Gotovo svatko može oboljeti od mentalnog poremećaja.	2,1	4,7	13,0	45,4	34,8
38	Najbolje je izbjegći bilo koga tko ima mentalnih problema.	22,4	41,5	23,6	9,3	3,3
39	Većini žena koje su jednom bile pacijentice u psihijatrijskoj bolnici mogu se povjeriti djeca na čuvanje.	15,4	28,6	39,7	12,0	4,3
40	Zastrašujuće je pomisliti da ljudi sa mentalnim poremećajima žive u susjedstvu.	29,0	36,8	22,9	8,8	2,5

Tabela 11. Faktor 1 –Dobronamjernost

Objašnjena varijansa=16,5%, $\alpha=0,872$, srednja vrijednost=3,8 (3,3-4,1), inter-item korelacija=0,4, srednja vrijednost skale=49,1, st. devijacija =7,3.

	Pitanje	Faktorska težina
Q2	Više novca od poreznih obaveznika se treba izdvajati za njegu i tretman odraslih sa mentalnim poremećajima.	0,487
Q10	Odrasle osobe sa mentalnim poremećajima su predugo bile predmet ismijavanja.	0,618
Q12	Usluge vezane za mentalno zdravlje što je više moguće trebaju biti dostupne kroz ustanove u zajednici.	0,658
Q15	Nitko nema pravo isključiti odrasle osobe sa mentalnim poremećajem iz njihove zajednice.	0,526
Q18	Moramo biti mnogo tolerantniji prema odraslima sa mentalnim poremećajima u našem društvu.	0,658
Q21	Odrasle osobe sa mentalnim poremećajima ne treba tretirati kao izopćenike društva.	0,565
Q23	Odrasle osobe sa mentalnim poremećajima treba ohrabrivati da prihvate uobičajene životne obaveze.	0,599
Q26	Naše psihijatrijske bolnice/odjeli više izgledaju kao zatvori nego kao mjesta gdje se odrasle osobe sa mentalnim poremećajima mogu liječiti.	0,521
Q29	Psihijatrijske bolnice/odjeli su zastarjela metoda liječenja odraslih sa mentalnim poremećajima.	0,486
Q31	Odrasloj osobi sa mentalnim poremećajem ne smiju biti uskraćena njena osobna prava.	0,605
Q34	Naša je odgovornost osigurati najbolju moguću skrb odraslima sa mentalnim poremećajima.	0,639
Q37	Gotovo svatko može oboljeti od mentalnog poremećaja.	0,613

Tabela 12. Faktor 2 – Restrikcija

Objašnjena varijansa=13,8%, alfa=0,889, srednja vrijednost=2,6 (2,1-3,2), inter-item correlation=0,3, srednja vrijednost skale=41,7 st. devijacija=10,2

	Pitanje	Faktorska težina
Q3	Odrasla osoba s mentalnim poremećajem treba biti izolirana od ostatka zajednice.	0,587
Q6	Odrasle osobe sa mentalnim poremećajem su teret društву.	0,571
Q8	Smještanje ustanova za mentalno zdravlje u stambeno naselje čini zajednicu manje privlačnom za življenje.	0,527
Q9	Lako je razlikovati odrasle osobe sa mentalnim poremećajem od ostalih ljudi.	0,536
Q11	Žena bi bila nepomišljena da se uda za čovjeka koji je bolovao od mentalnog poremećaja, iako se čini da se potpuno oporavio.	0,409
Q14	Povećana potrošnja na usluge iz oblasti mentalnog zdravlja je gubitak poreznog novca.	0,470
Q16	Osobama sa mentalnim poremećajima život u stambenim naseljima može biti dobra terapija, ali su preveliki rizici za druge stanovnike.	0,462
Q19	Ne bih želio/la živjeti u susjedstvu sa nekim tko ima mentalni poremećaj	0,574
Q25	Najbolji način postupanja sa odraslim osobama koji imaju mentalni poremećaj jeste da ih se drži iza zaključanih vrata.	0,603
Q27	Svatko s poviješću/istorijom mentalnih poremećaja treba biti isključen iz obavljanja neke javne dužnosti.	0,516
Q30	Odrasle osobe sa mentalnim poremećajima ne zaslužuju našu naklonost.	0,471
Q32	Ustanove za mentalno zdravlje trebaju biti udaljenje od stambenih naselja.	0,532
Q33	Jedan od glavnih uzroka mentalnih poremećaja je nedostatak samodiscipline i snaga volje.	0,438
Q35	Odrasloj osobi sa mentalnim poremećajem ne treba davati nikakvu odgovornost.	0,568
Q38	Najbolje je izbjegći bilo koga tko ima mentalnih problema.	0,648
Q40	Zastrašujuće je pomisliti da ljudi sa mentalnim poremećajima žive u susjedstvu.	0,586

Tabela 13. Faktor 3 –Integracija u zajednicu

Objašnjena varijansa=10,6% $\alpha=0,808$, srednja vrijednost=3,5 (3,2 -3,8), inter-item correlation=0,4, srednja vrijednost skale=24,7 st. devijacija=4,96

	Pitanje	Faktorska težina
Q4	Najbolja terapija za mnoge odrasle osobe sa mentalnim poremećajem je da budu dio zajednice.	0,637
Q5	Mentalno oboljenje je oboljenje kao i svako drugo.	0,600
Q7	Odrasle osobe sa mentalnim poremećajem su daleko manje opasne nego što većina ljudi prepostavlja.	0,696
Q13	Potrebno je manje naglašavati zaštitu javnosti od odraslih sa mentalnim poremećajima.	0,599
Q20	Stanovnici bi trebali prihvati smještanje ustanova za mentalno zdravlje u njihovom susjedstvu koje će služiti potrebama lokalne zajednice.	0,466
Q28	Smještanje ustanova za mentalno zdravlje u stambena naselja ne ugrožava lokalno stanovništvo.	0,551
Q36	Lokalno stanovništvo se ne treba plašiti osoba koje dolaze u njihovo susjedstvo po usluge iz oblasti mentalnog zdravlja.	0,607

Između skale dobronamjernosti i restrikcije postoji jaka negativna korelacija ($r=-0,6$, $n=1112$, $p=0,000$), kao i između skale integracije u zajednici i restrikcije ($r=-0,6$, $n=1112$, $p=0,000$), a između skale dobronamjernosti i integracije u zajednici postoji jaka pozitivna veza ($r=0,6$, $n=1112$, $p=0,000$).

Tabela 14. Odnos između socio-demografskih varijabli i faktora.

	Dobronamjernost		Restrikcija		Integracija u zajednicu	
	Srednja vrijednost	sd	Srednja vrijednost	sd	Srednja vrijednost	sd
Spol						
Muški (597)	45,3	7,5	42,3	9,8	24,4	4,9
Ženski (511)	46,9	6,95	40,97	10,5	25,1	5,0
p	0,000		0,035		0,023	
Dob						
18-30 (379)	45,8	7,5	41,1	10,1	25,0	4,97
31-59 (584)	45,9	7,1	42,0	10,2	24,4	4,9
60≤ (121)	47,3	7,3	40,9	9,7	24,7	4,99
p	0,134		0,288		0,184	
Stepen SS						
NKV (104)	45,1	7,7	45,7	10,9	24,3	4,8
VKV (55)	44,5	7,3	44,4	11,7	24,2	5,1
SSS (704)	45,7	7,2	41,9	9,96	24,5	4,8
VŠS (83)	48,2	7,3	38,2	9,4	26,6	4,6
VSS (162)	47,5	7,2	39,1	9,2	24,8	5,7
p	0,001		0,000		0,005	
Zanimanje						
Zaposlen/a (533)	46,4	7,0	41,3	10,1	24,4	5,1
Nezaposlen/a (299)	45,1	7,5	43,0	9,8	24,4	4,6
Student/ica (95)	47,4	7,2	39,2	10,4	26,3	5,0
Učenik/ica (18)	42,9	10,5	44,2	13,6	24,3	5,5
Mirovina/penzija (165)	46,4	7,2	41,6	10,0	25,1	5,0
p	0,008		0,013		0,006	
Mjesto stanovanja						
Predgrađe (169)	47,3	6,5	32,2	9,8	25,7	4,5
Manji grad (ispod 30.000 stanovnika) (132)	45,3	6,8	43,9	9,97	24,3	4,2
Grad (iznad 30.000 stanovnika) (476)	48,4	6,4	39,1	8,7	25,3	5,4
Selo (333)	42,4	7,5	45,7	10,8	23,5	4,7
p	0,000		0,000		0,000	
Bračni status						
Oženjen/udata (645)	45,8	7,0	42,1	9,8	24,3	4,8
Neoženjen/neodata (229)	46,0	6,89	40,7	9,5	25,2	4,6
U vezi (128)	46,9	8,2	40,6	11,6	25,3	5,8
Razveden/a (36)	44,3	9,3	42,1	11,9	24,1	5,59
Udovac/ica (69)	47,6	7,4	42,4	12,0	25,9	5,0
p	0,104		0,257		0,006	
Životni standard						
Znatno višim od prosjeka (15)	45,3	11,5	40,7	12,3	25,1	6,7
Nešto višim od prosjeka (75)	47,5	7,1	40,0	9,8	25,9	5,9
Prosječnim (592)	45,97	6,9	41,0	9,5	24,6	4,6
Nešto nižim od prosjeka (189)	47,5	7,4	41,0	10,9	25,7	4,8
Znatno nižim od prosjeka (185)	44,5	7,5	44,4	10,6	23,6	5,1
Ne mogu ocijeniti (56)	45,6	8,1	43,9	10,98	24,5	5,9
p	0,004		0,001		0,001	

	Dobronamjernost		Restrikcija		Integracija u zajednicu	
	Srednja vrijednost	sd	Srednja vrijednost		Srednja vrijednost	sd
Dijete						
Da (697)	45,9	7,1	42,3	9,97	24,3	4,9
Ne (408)	46,4	7,5	40,5	10,4	25,3	5,1
p	0,289		0,005		0,002	
Okruženje						
Da (511)	46,2	7,1	41,1	9,7	24,95	4,7
Ne (464)	46,3	6,9	41,6	9,7	24,9	4,7
p	0,774		0,473		0,725	

Post hoc analiza, uz primjenu korekcije po Bonferroniju, pokazuje:

Ženski spol pokazuje veću dobronamjernost prema osobama sa mentalnim poremećajima (veličina uticaja=-0,01), manju restrikciju (veličina uticaja=0,004) i veću otvorenost prema integraciji mentalno oboljelih u zajednici (veličina uticaja=-0,005).

Sudionici sa visokom (samo u odnosu na SSS) i višom stručnom spremom pokazuju veću dobronamjernost prema osobama s mentalnim poremećajima u odnosu na one sa srednjom i nižom SS (veličina uticaja=0,02), pokazuju manju restrikciju oni s VŠS su u odnosu na SSS (veličina uticaja=0,04), i VŠS su više otvoreni za integraciju mentalno oboljelih u zajednici od NKV, VKV i SSS (veličina uticaja=0,01).

Studenti pokazuju veću otvorenost za integraciju u zajednici u odnosu na zaposlene i nezaposlene (veličina uticaja=0,01), te su manje restriktivni u odnosu na nezaposlene (veličina uticaja=0,01). Post hoc analiza u odnosu na dobronamjernost nije pokazala razliku (veličina uticaja=0,01)

Sudionici koji žive na selu izražavaju manju dobronamjernost prema osobama sa mentalnim poremećajima (veličina uticaja=0,13), stanovnici predgrađa i većih gradova izražavaju manju restrikciju u odnosu na selo i manji grad (veličina uticaja=0,09), stanovnici pregrađa su više slažu sa integracijom mentalno oboljelih u zajednici (veličina uticaja=0,03).

Bračni status nije utjecao na razliku u odgovorima između grupa sudionika.

Sudionici sa znatno nižim standardom izražavaju manju dobronamjernost u odnosu na one sa nižim standardom i nešto višim od prosjeka (veličina uticaja=0,02), ali i veću restrikciju

(veličina uticaja=0,02), odnosno manje slaganje sa integracijom u zajednici (veličina uticaja=0,02).

Sudionici koji imaju djecu izražavaju veću restrikciju prema osobama sa mentalnim poremećajem (veličina uticaja=0,007), odnosno manje podržavaju liječenje tih osoba u zajednici (veličina uticaja= -0,009).

Sudionici koji imaju u okruženje osobu sa mentalnim poremećajem nisu pokazali razliku u sve tri skale u odnosu na one koji nemaju.

Dobronamjernost – Regresijska analiza pokazuje da spol (muški–Beta=-0,09, p=0,001), stupanj edukacije (VŠS–Beta=0,06, p=0,028), mjesto stanovanja (veliki grad–Beta=0,398, p=0,000; mali grad–Beta=0,13, p=0,000; predgrađe–Beta=0,23, p=0,000) i standard (nešto niži od prosječnog–Beta=0,09, p=0,001) imaju nezavisan utjecaj s obzirom na dobronamjernost ($r^2=0,15$, F=4,85, df=1, p=0,028).

Restrikcija – Regresijska analiza otkriva da mjesto življenja (veliki grad–Beta=-0,28, p=0,000; predgrađe–Beta=-0,21, p=0,000), stupanj obrazovanja (VŠS–Beta=-0,09, p=0,002; VSS–Beta=-0,08, p=0,005) i da li ima dijete (ima–Beta=0,07, p=0,018) vrše nezavisni utjecaj s obzirom na restrikciju ($r^2=0,11$, F=5,64, df=1, p=0,018).

Integracija u zajednici – Regresijska analiza pokazuje da stupanj obrazovanja (VŠS–Beta=0,01, p=0,001), mjesto stanovanja (veliki grad–Beta=0,14, p=0,000; predgrađe–Beta=0,13, p=0,000), standard (nešto niži od prosječnog–Beta=0,09, p=0,02), status (student–Beta=0,07, p=0,039, penzioner–Beta=0,07, p=0,026), spol (muški–Beta=-0,07, p=0,015) i ima li dijete (ima–Beta=-0,08, p=0,014), vrše nazavisni utjecaj ($r^2=0,07$, F=4,27, df=1, p=0,039).

4.2. Fokus grupe

Znaje o prirodi mentalnih poremećaja

Kada je u pitanju znanje o prirodi mentalnih oboljenja, njihovom nastanku i simptomima većina sudionika je izjavila da su dovoljno upoznati sa prirodom mentalnih oboljenja te da posjeduju osnovno znanje o toj temi i da mogu o njoj diskutovati. Manji dio sudionika premalo zna o toj temi jer se ili nisu previše za nju interesirali ili se nikada poslovno/privatno bavili sa problematikom mentalnih poremećaja.

Gotovo svi sudionici mogu istknuti neke zajedničke osobine osoba sa mentalnim poremećajima, a to bi bile čudan pogled, odsutnost, zamišljenost, napadi histerije, plač, neposrednost, naivnost, življenje u posebnom svijetu, usamljenost, isključenost iz društva, da su senzibilniji od osoba bez mentalnog poremećaja, često imaju visok IQ, neprilagodljivost, odstupanje od „normalnog“ ponašanja. Navedeno je i da je često zajednička osobama mentalnih bolesnika agresivnost tj. agresivni ispad: „Osobe sa mentalnim poremećajima nisu uključene u društveni život i društveni život ih unaprijed odbacuje ako se utvrdi da oboljele. Smatram da su takve osobe većinom vezane za agresivnost, iako ne mora biti. Kada čujemo da neko ima psihičko oboljenje prva asocijacija je da mora biti agresivan.“ Manji dio novinara je istaknuo da ne znaju koje bi bile zajedničke karakteristike osoba sa mentalnim poremećajima: „Oni su neprimjetni, teško se mogu uočiti, tek kad bismo znali ko su mogli bismo uočiti neke zajedničke karakteristike, neko ponašanje koje se uočava ili očituje kod svih mentalnih bolesnika.“

Kada je u pitanju informiranost i educiranje o mentalnim poremećajima preko medija, sudionici smatraju da su dosta naučili iz medija o samim poremećajima mada navode da mediji tretiraju ovu temu jedino kada neki slučaj eskalira. Mediji se gotovo nikako ne bave simptomima i pojedinačnim dijagnozama već to isključivo bude površno informiranje masa najčešće kroz crnu kroniku. „Susrećem se sa ovim kroz crnu kroniku. Mediji površno obrađuju ovu temu i uglavnom su fokusirani na PTSP. Neke populacije su slabije tretirane zbog nekih važnijih tema.“ Ponekad postoji mogućnost da se od medija sazna nešto o ovoj temi ukoliko je Međunarodni dan mentalnog zdravlja ili se održava neki okrugli stol ili seminar sa ovom temom. S ozirom na postratna zbivanja u našoj zemlji smatraju da se najviše pažnje u medijima pridaje PTSP-u i depresiji te da najviše znaju o tim problemima.

Na upit o tome šta prvenstveno definiše osobu koja ima neku vrstu mentalnog poremećaja i po čemu bi se one razlikovale od „nas“ dobili su se različiti odgovori. Veliki dio smatra da se osobe sa menalnim oboljenjem razlikuju po načinu ponašanja. Navode kao primjere agresivno ponašanje koje prati neku vrstu poremećaja, ponašanje prema drugim ljudima tj. nepovjerenje prema ostatku zajednice i prilaženje ostalima sa strahom i rezervom. „Osoba koja nije u stanju ostvariti kontakt sa drugim osobama potpuni društveni kontakt. Osoba koja se u nekom segmentu života isključuje. Definira ih to što nisu u stanju 100% da se adaptiraju u zdravu zajednicu.“

Također je navedeno da se često bizarno ponašaju te pričaju sami sa sobom. Drugi dio sudionika smatra da to što ih razlikuje od drugih ljudi je sam poremećaj tj. činjenica da imaju psihijatrijsku dijagnozu. Takođe se navodi i način reagiranja kao prva stvar koja razlikuje osobe sa psihijatrijskom dijagnoze od onih bez nje. Mentalno obljeli drugačije reagiraju na stvarnost, na ljude oko sebe te da su često nepredvidljivi što nas „ostale“, kako sudionici navode, i najviše plaši. Razlikuju od ostalih i po izgledu. To je izgled koji je zapanjujući, neuredan, manje obraćaju pažnje na vlastitu higijenu. Ujedno je i navedeno da su oni mnogo emotivniji i empatičniji od drugih ljudi.

Stav prema integraciji mentalno oboljelih u zajednicu

Po pitanju ravnopravnog sudjelovanja osoba sa mentalnim poremećajima u zajednici, velika većina sudionika smatra da oboljeli ne mogu funkcionirati podjednako kao i ostali članovi društva dok manjina smatraju da oboljeli mogu ravnopravno funkcionirati kao članovi zajednice. Razlozi kojima potkrepljuju ova mišljenja je da se mentalna oboljenja razlikuju od druge vrste oboljenja, da njihovo funkcioniranje ovisi o vrsti poremećaja kao i o tome koliko je poremećaj dobro kontroliran. Svi su istaknuli da im se treba omogućiti da ravnopravno funkcioniraju i da im se treba osigurati to pravo, uz opasku da tim stručnjaka sa mentalno zdravlje mora prethodno ocijeniti da nisu opasnosni za zajednicu. Po pitanju tretmana mentalnih bolesnika (integracija u društvo ili institucionalizacija) deinstitucionalizacija tj. integracija mentalno oboljelih u društvo je opcija koju treba primjenjivati. Samim izdvajanjem mentalno oboljelih iz društva još im više štetimo te se trebamo sa njima ophoditi kao sa ostalim ljudima. „Današnje društvo bi trebalo biti u mogućnosti pronaći mjesto za njih na kojem bi se i oni osjećali korisnim, a to je najbitnije.“ Dio sudionika je za kombinaciju integracije i institucionalizacije. Za teže poremećaje smatraju da su neophodne institucije (psihijatrijske klinike, bolnice) jer im je potrebna konstantna njega i nadzor liječnika dok bi blaži oblici mentalnih oboljenja i oni koji ne ispoljavaju agresiju trebali biti integrисани u društvo. Jedan sudionik je naveo da je on u većoj mjeri za institucionalizaciju jer smatra da uključivanje u društvo i davanje povlaštenog položaja može biti kontraproduktivno.

Mediji i mentalni poremećaji

O načinu prikazivanja mentalno oboljelih u medijima sudionici su imali raznovrsna mišljenja i iskustva. Generalno prevladava stav da su prikazani u negativnom kontekstu, to je zaključak svih sudionika fokus grupe. Istaknuto je da ih se prikazuje na ponižavajući način, sa podsmijehom, da ih se sažaljeva i osuđuje, prikazuje kao ludake, koljače i monstrume. Svi sudionici su se složili da se najviše o ovoj temi i problematici piše u rubrikama crne kronike. Mediji su spremni na linč, odaje se previše detalja koji narušavaju pravo na anonimnost osobe, daju se puna imena i prezimena, dijagnoze i slike počinitelja nekog krivičnog djela osobe koja ima mentalni poremećaj. Trebalo bi se misliti na porodicu i bližnje osobe koja se tretira u medijima te da bi se njih trebalo zaštititi od previše detalja kao i da im se održi tajnost identiteta. Novinari bi trebali imati društvenu odgovornost i objektivno informirati, a ne uz nemiravati građane. Mediji prilikom izvještavanja o incidentima u kojima su akteri osobe sa psihijatrijskom dijagnozom isključivo misle na veći tiraž i čitanost, daju bombastične naslove, pristup je senzacionalistički, neetičan, stvara se okružje u kojem prevladava strah i panika, svemu se pristupa površno u svrhu zadovoljavanja želja mase, ne prati se sam poremećaj već događaj, ovakvim načinom izvještavanja, kako ističu sudionici, stvara se pogrešna slika o osobama koje boluju od mentalnog poremećaja te one same ne žele da potraže stručnu pomoć jer se boje osude.

Velika većina učesnika u fokus grupama se ne slaže sa ovakvim načinom prikazivanja u medijima, „Treba djelovati edukativno.“ Novinari nemaju vremena istraživati zašto je neko obolio od mentalnog poremećaja tj. zašto je npr. nekome ili sebi nanio štetu, ali takav pristup u medijima će uvijek biti preovladavajući jer „prodaje novine.“ Kako je navedeno: „Mediji pomjeraju granice, prema lošijem.“ Postoji priručnik Svjetske zdravstvene organizacije kako o čemu treba izvještavati i potrebno je da ljudi koji se time bave poštuju naputke iz priručnika.

Svi sudionici u svim grupama su izjavili da smatraju da novinari nisu dovoljno upoznati sa problemima osoba sa mentalnim poremećajima. Niko od prisutnih nije prošao neku edukaciju kada je u pitanju ova tema niti o samim poremećajima niti o pravilnom izjveštavanju kada je mentalno zdravlje u pitanju. Generalan stav je da novinari nisu dovoljno educirani o ovoj temi kao i o većini drugih specifičnih tema. Novinari danas nemaju vremena da se posvete nekoj temi, rade paralelno u danu po nekoliko stvari koje dobiju od urednika, sve se obavlja rutinski, brzo i bez većeg posvećivanja temi o kojoj se izvještava/piše. Nema više

specijaliziranih novinara, ta vrsta kadra je poslije rata nestala. „Novinari pokrivaju širok spektar tema, nema specijaliziranja. Potrebna je edukacija, novinari su danas „univerzalci“, nema usmjeravanja. Urednici traže crnu kroniku, sport i sex.“ Mišljenje koje prevladava je da je novinarima neophodna edukacija o temi mentalnog zdravlja u obliku seminara, okruglog stola ili radionice. Bitno je, zbog specifičnosti dinamike novinarskog posla, da edukacija bude kratka i sažeta. Istaknut je i problem urednika. Često novinar napiše članak koji je urađen poštujući sve etičke principe i u skladu sa kodeksom međutim urednik procijeni da nije dovoljno privlačan i prilagodi članak kako misli da je bolje za tiraž. Potrebna je i edukacija urednika ili kako jedan sudionik navodi: „Jedino što se može promjeniti jeste da se kroz kodekse zabrane neka vrste izvještavanja i neka vrsta stigmatiziranja tj. da to bude kažnjivo i situacija u medijima će se promijeniti.“

Javnost i mentalni poremećaji

Stav BH javnosti prema osobama sa mentalnim poremećajima po najvećem dijelu sudionika je negativan, grub, osuđujući, takve osobe su izolirane od društva i porodice, stidimo ih se, većina javnosti ne želi da priča o tome, smatra ih se nužno agresivnima, ostali ih se plaše, neprijatno im je ukoliko su u blizini osobe sa mentalnim poremećajem: „Stav je kao da je to nešto prelazno.“ Riječi kojima se javnost služi kada razgovara o/kada opisuje osobu sa mentalnim poremećajem se lud, luđak, shizofreničar, budala, nenormalan, bolesnik, moron, debil, retardiran, idiot, pacijent. Sve to veoma negativno utječe na njih, ovakvim izražavanjem i ponašanjem ih dodatno stigmatiziramo i izdvajamo iz društva i svakodnevnog života. „Pričamo o njima sa zebnjom. Pitanje je koliko prosječni ljudi percipiraju tu populaciju na pravilan način, sve van „normalnog“ je rizično. Najbolje bi bilo kada bismo svi imali jedan ljudski pristup, topliji, da razumijemo.“

Istaknuto je od većine i da je to opasno jer zbog ovakvog stava/izražavnja/ponašanja javnosti osobe sa mentalnim poremećajima ne traže stručnu pomoć, skrivaju se i šute o svojim problemima. Generalno što se tiče kreiranja mišljenja od strane medija, stavovi sudionika su podijeljeni. Pola sudionika smatra da je javnosti teško imati drugačiji stav kad im mediji kreiraju mišljenje, dok ostatak misli da su mediji tu u službi naroda: „Mediji u izvještavanju podilaze narodu.“

Stav pripadnika medija je da BH javnost nije upoznata sa mentalnim poremećajima, niti sa vrstama, simptomima ni načinima liječenja. Prosječan narod nije ni zainteresiran da nešto

novo sazna ili nauči dok im se to ne desi. Najlakše je imati negativan stav i stigmatizirati, što mase i čine. Narodu je dosta rata, bolesti i teških tema i zato malo znaju o ovome. „Javnost nije dovoljno upoznata. Informisani su samo članovi porodice koji imaju takav problem. Niko ne vrši edukaciju javnosti. Jedini način je kroz medije, ali jako malo se izvještava u medijima.“

Iskustvo i kontakt sa mentalno oboljelim osobama

Gotovo svi učesnici su imali iskustvo sa mentalnim poremećajima tj. u bližem okruženju su imali osobu koja je imala neki mentalni poremećaj (najviše PTSP, depresija i mentalna zaostalost). Iskustva su pozitivna kako navode, te osobe su još uvijek u njihovom okruženju, stav i ponašanje im se nije promijenilo prema njima.

Što se tiče tipa socijane interakcije svi sudionici u svim grupama su rekli da im nije i ne bi bio problem blisko saradivati i raditi sa mentalno oboljelom osobom ukoliko je pod terapijom i nema agresivne ispade. „U svakom slučaju da zato što bez obzira o kakvoj vrsti mentalnog poremećaja se radi mislim da i ti ljudi zaslužuju šansu i priliku da rade.“ Socijalni kontakt djece sudionika fokus grupa sa djecom koja imaju mentalni poremećaj većini ne bi bio problem pod uslovom da drugo dijete nije agresivno ili dok je pod nadzorom neke odrasle osobe.

Antistigma kampanja

Po pitanju kreiranja kvalitetne i efikasne antistigma kampanje dati su mnogi savjeti i mišljenja. Najviše preporuka je bilo da se ide na ljudsku priču, tj. da se uključe osobe koje imaju dijagnosticiran mentalni poremećaj. Bitno je da ljudi vide da su to stvarni ljudi koji funkcioniraju u našem društvu. Potrebno je prikazati pozitivne primjere, ljudi koji normalno rade, imaju porodicu i prijatelje da bi se pokušao otkloniti strah u ljudima kada su u pitanju osobe sa mentalnim poremećajima i da bi se destigmatizirale te osobe u našoj svijesti. Statistički podaci su stvar prošlosti, lična priča je ta koja jedino može imati efekta: „Dobra antistigma kampanja bi sadržavala lična iskustva, priče, ne statistiku i brojke. Ispovjedne forme vrlo dobro prolaze kod ljudi.“ Neophodne su snažne i kratke poruke, neki prepoznatljivi slogan koji će ostati „u uhu“ i zbog kojeg će se ljudi zainteresirati da malo više saznaju o pomenutoj temi: „Mislim da bi kampanja trebala počivati na snažnim porukama koje dovode u vezu „nas“ sa „uslovima u kojima nastaju mentalni poremećaji“, odnosno činjenici da smo svi dio tog problema i da se kao takvi trebamo zajedno suočiti sa tim

društvenim problemom.“ Bitno je uključiti sve medije, TV, novine, radio i posebno internet portale. Treba krenuti od mlađih generacija na koje se još uvijek može utjecati stoga bi bile potrebne kratke i zanimljive edukacije u vidu tv ili radio emisija koje će biti pristupačne i prilagođene mladima.

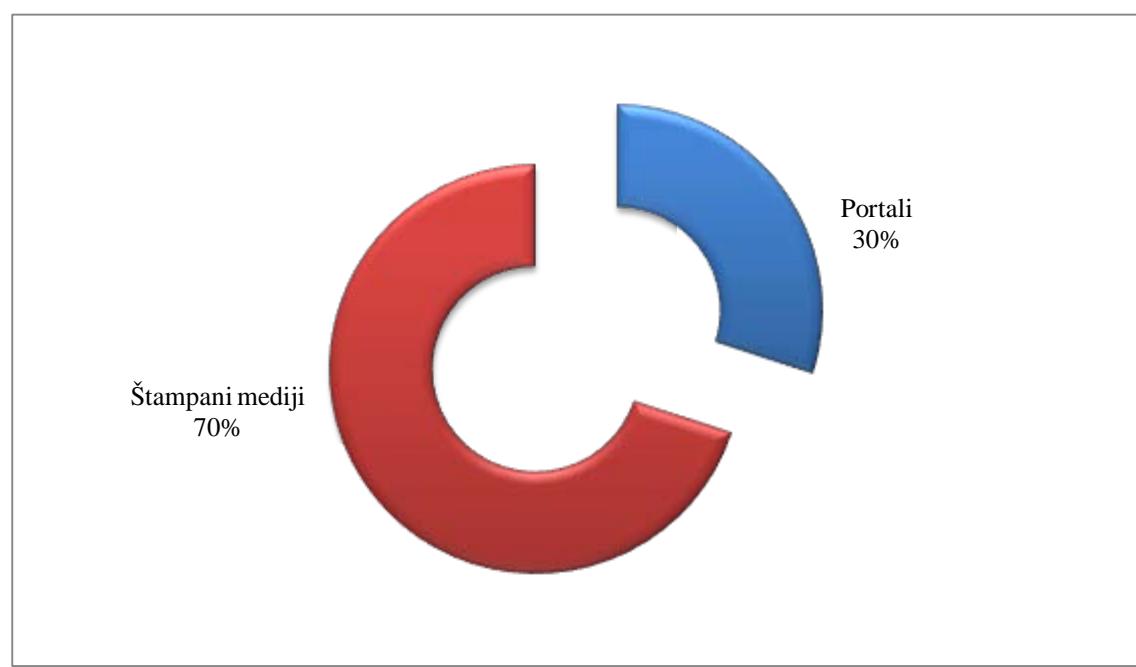
Asocijacije na termin „mentalni poremećaj“ su raznolike sa prevladavanjem negativnih asocijacija u prvom planu. Najčešće asocijacije su: agresija, izljevi bijesa, lud čovjek, problemi, PTSP, samoubistvo, crna kronika, osobe u svom svijetu, razgovor sa samim sobom, teške subbine, rat i neimaština, institucija, tableta, drugačiji, predrasude.

4.3. Analiza medijskih prikaza

Zastupljenost sadržaja vezanih za koncept ”mentalno zdravlje”

Ukupan broj sadržaja o mentalnom zdravlju objavljenih u periodu monitoringa i analize štampanih medija i portala relevantnih za područje FBiH je **246**. Od ovog ukupnog broja objava dvostruko veći broj objavljenih sadržaja (172) su registrovani u štampanim medijima. Na informativnim portalima objavljeno je ukupno 74 sadržaja koja se vežu za temu mentalnog zdravlja.

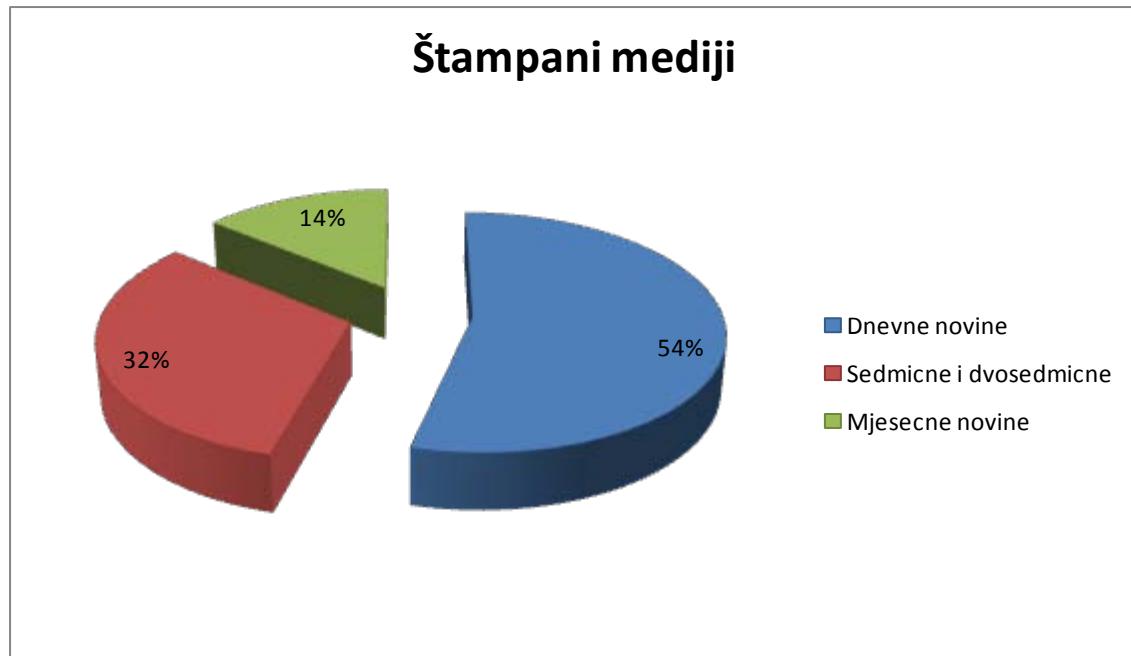
Grafikon 23. Broj ukupnih sadržaja koji su ušli u analizu



U dalnjem pregledu analize, sadržane u ovom izvjestaju, *štampani mediji* i *portali* su tretirani odvojeno te su frekventnost izvještavanja i kvaliteta izvještačkog sadržaja ove dvije medijske kategorije predstavljene zasebno po sljedećim varijablama analize: *frekventnost objava* i *tematike objavljenih sadržaja*. Zaključni dio izvještaja objedinjuje ova dva uzorka kroz analitičke kategorije: karakter objavljenih sadržaja, novinarske forme i autorstva i zaključci analize medijskog sadrzaja, kao generalnu diskusiju rezultatata analize.

Jednomjesečna analiza štampanih medija pokazuje relativno značajnu frekventnost izvještavanja o konceptu mentalnog zdravlja. Za naznačeni period monitoringa štampanih medija i analize registrovano je ukupno **172 sadržaja** koji su se doticali ove sfere zdravlja. Najveći broj sadržaja sa ključnim temama vezanim za mentalno zdravlje registrovan je u dvosedmičnom magazinu *Aura* (41), a najmanji broj (po jedan sadržaj) u mjesecnim magazinima *Ljepota i zdravlje* i *Magazine* te u sedmičnim magazinima *Azra* i *Katolički vjesnik*. U sedmičnom magazinu *Dani* i dvosedmičnom magazinu *Star*, nije zabilježena niti jedna objava sa relevantnim sadržajem u naznačenom periodu analize.

Grafikon 24. Raspodjela štampanih medija po frekvenciji objavljivanja

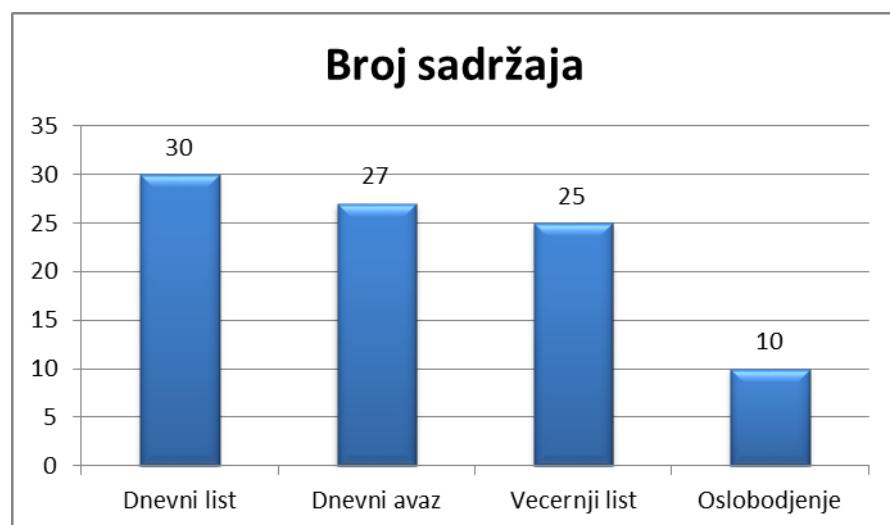


Dnevne novine

Za mjesec dana u dnevnim novinama objavljeno je ukupno 93 sadržaja koji se dotiču mentalnog zdravlja.

Dnevni Avaz je objavio 27 sadržaja, *Dnevni list* 30 sadržaja, *Večernji list* 25 sadržaja dok je *Oslobodenje* objavilo samo 10 sadržaja na ovu temu u periodu monitoringa i analize.

Grafikon 25. Broj objavljenih sadržaja u dnevnim novinama



U Dnevnom listu je zabilježen najveći broj sadržaja u periodu analize, a oni se nalaze u sljedećim rubrikama ovog časopisa: "stil života" (15), "zdravlje" (2), "crna hronika" (2) i "24satainfo" (1), "dobre vijesti" (1) i u specijalu "ljeputa+ zdravlje "(9). Stil života kao rubrika sa najviše sadržaja pretežno objavljuje rezultate istraživanja objavljene u inostranim medijima, a preuzete putem webstranica i portala.

Ukupan broj sadržaja objavljenih u Dnevnom avazu je 27. Teme vezane za mentalno zdravlje u ovim dnevnim novinama najčešće su objavljene u rubrici "crna hronika", a većina sadržaja je izvještačkog karaktera i sadržajno su izričitio vezani za BiH. Na naslovnoj stranici novine je tri puta pomenuto mentalno zdravlje kroz istu ključnu tematiku (suicid) koja dominira u sadržajima objavljenim u ovoj novini.

U Večernjem listu od ukupno 25 sadržaja većinski dio nema autora tj. pisan je od strane redakcije te se odnosi na rezultate preuzetih inostranih istraživanja dok u dnevnim novinama

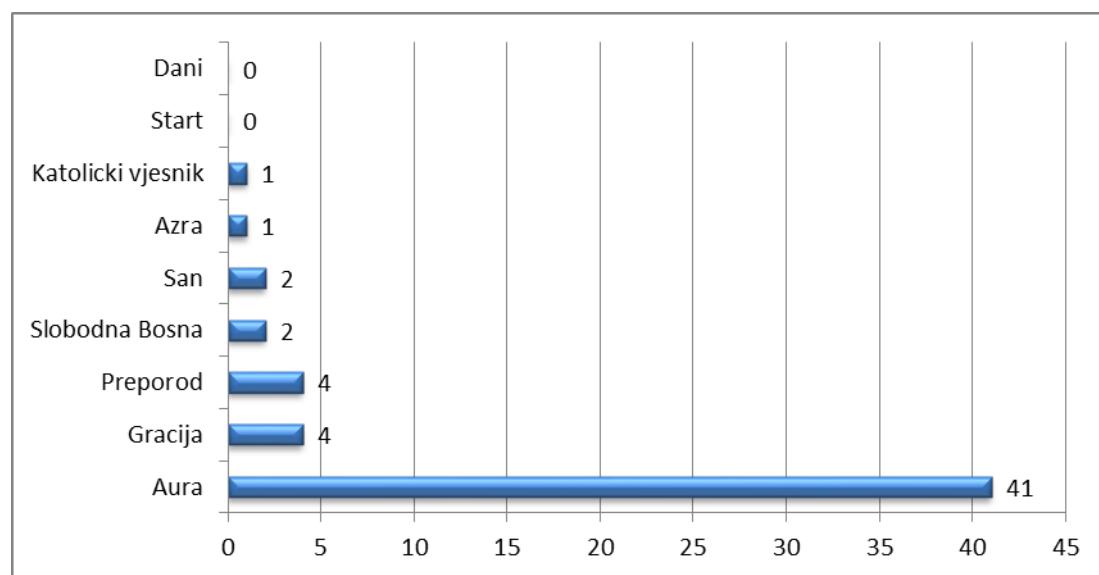
Oslobodjenje od 10 sadržaja ukupno 8 je registrovano u "crnoj hronici" gdje dominira izvještaj o sucidu, homicidu i nasilju u kontekstu mentalnog poremećaja.

Dvosedmične i sedmične novine i magazini

Znatno manji broj objavljenih tema o mentalnom zdravlju u sedmičnim i dvosedmičnim novinama i magazinima - 55 sadržaja ukupno.

U toku analize sedmičnih i dvosedmičnih novina i magazina zabilježeno je 55 sadržaja koji se direktno dotiču centralnog koncepta istraživanja ili sadrže ključne riječi vezane za sferu mentalnog zdravlja. Tako je ubjedljivo najveći dio objava zabilježen u dvosedmičnom magazinu alternativne medicine *Aura*, a najmanji broj u sedmičnom magazinu *Katolički vjesnik*. Također postoje magazini u kojima nema objavljenog niti jednog sadržaja vezanog za ovu tematiku u toku jednomjesečnog perioda monitoringa, a to su sedmični magazin *Dani* i dvosedmični magazin *Start*.

Grafikon 26. Broj objavljenih sadržaja u sedmičnim i dvosedmičnim novinama



Veoma je mali broj sadržaja vezanih za mentalno zdravlje objavljen u tri najčitanija sedmična i dvosedmična magazina političko-informativnog i kulturno-zabavnog karaktera- *Dani* *Slobodna Bosna* i *Start*. Tako je u četiri broja sedmičnog magazina *Slobodne Bosne* u periodu analize objavljeno samo 2 sadržaja, jedan članak i jedan kratki stupac vezano za mentalno zdravlje, dok u četiri broja sedmičnog magazina *Dani* nije objavljen niti jedan sadržaj vezan

za temu istraživanja. Također, u dvosedmicnom magazinu *Startu* periodu monitoringa u dva broja koja su izašlanije objavljen niti jedan članak sa sadržajem koji tretira temu istraživanja.

Mali broj objavljenih sadržaja je prisutan i u sedmičnim magazinima *Gracija i Azra* usmjerenim ka ženskoj populaciji čitatelja te je u periodu monitoringa i analize registrovano ukupno samo 5 objava vezanih za temu istraživanja. U pet brojeva magazina *Azra* objavljen je samo jedan članak, dok je u magazinu *Gracija* koji u svom podnaslovu naznačava da je "Prvi BH magazin za savremenu ženu" objavljeno samo 4 sadržaja od kojih tri kratka stupca koja obzanzuju rezultate inozemnih istraživanja (pretežno V.Britanija i SAD), a koja se djelomično dotiču mentalnog zdravlja i jedan članak baziran na komentaru.

U pet brojeva sedmičnog magazina **San** koji je preglednog informativnog karaktera, pokrivajući širok spektar aktuelnosti iz zemlje i svijeta zabilježeno je također samo 2 sadržaja u jednomjesečnom periodu monitoringa i analize.

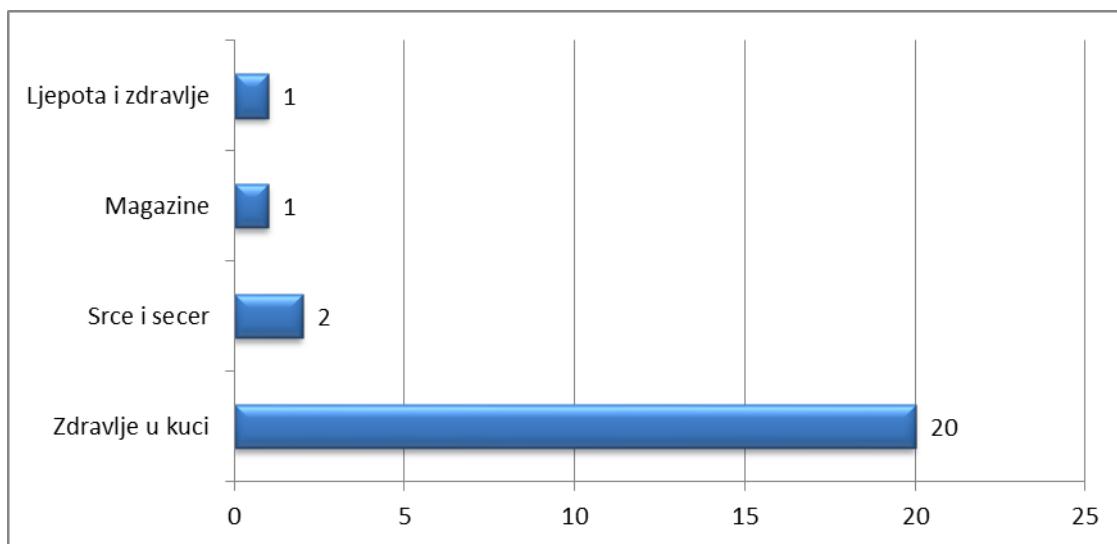
U dvosedmičnom magazinu *Auračija* su tri broja bila predmet ovog istraživanja zabilježen je daleko najveći broj sadržaja vezanih za mentalno zdravlje. Ovaj magazin koji se bavi alternativnim pristupom zdravlju u periodu monitoringa čak je objavio 41 sadržaj vezan za centralnu tematiku analize.

U monitoringu vjerskih magazina sedmičnog katoličko-vjerskog magazina *Katolički tjednik* i dvosedmicnog islamsko-vjerskog magazina *Preporod*, ukupno je zabilježeno 5 sadržaja vezanih za koncept mentalnog zdravlja. Od ovog ukupnog broja sadržaja registrovanog u vjerskim novinama samo jedan sadržaj je zabilježen u četiri monitorovana broja sedmičnog magazina *Katolički tjednika* dok se 4 sadržaja nalaze u tri monitorovana broja dvosedmičnog islamskog magazina *Preporod*.

Mjesečni magazini

Velika varijacija u broju objava mjesečnih magazina u kojima je ukupno objavljeno 24 sadržaja.

Grafikon 27. Broj objavljenih sadržaja u mjesecnim magazinima



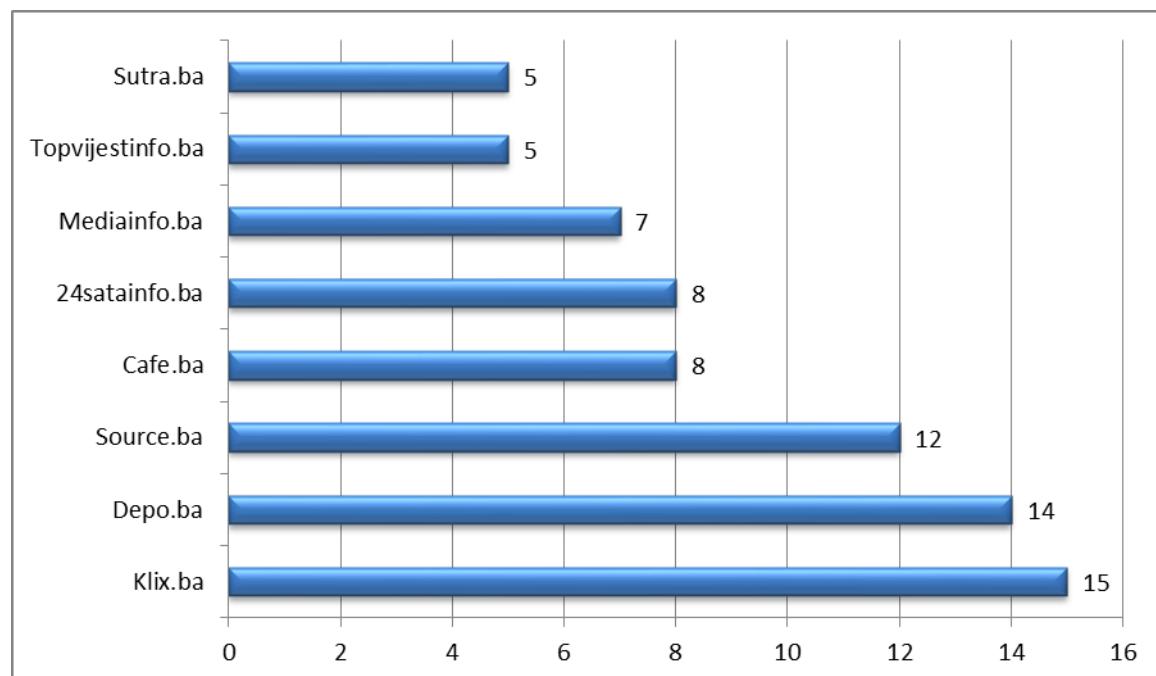
U mjesecnim magazinima, za period 16.4-16.5, zabilježen je znatno manji broj objava na temu mentalnog zdravlja sa velikim varijacima između magazina. Tako je mjesecni magazin *Ljepota i zdravlje* čija su dva broja sastavni dio analize objavio samo 1 članak vezan za ovu oblast. Isto tako u mjesecnom magazinu pod nazivom *Magazine* samo je 1 članak objavljen koji se dotiče ove oblasti. U magazinu *Srce i šecer*, (broj 30 za mjesec maj/juni) objavljena su samo 2 članaka koja se dotiču mentalnog zdravlja.

Za razliku od navedenih mjesecnih magazina u kojima je evidentan manjak sadržaja na temu mentalnog zdravlja u samo dva broja mjesecnog magazina *Zdravlje u kući* zabilježeno je čak 20 objava sadržaja koji djelomično (relaciono) ili u cijelosti tretiraju ovu oblast. Od ovog ukupnog broja članaka 11 objava se nalazi u broju 113 (za april/travanj 2012), a 9 u broju 114 (za maj/svibanj 2012).

Informativni portalni

Ukupno 74 sadržaja o mentalnom zdravlju objavljeno je na portalima.

Grafikon 28. Broj sadržaja objavljenih na portalima



Od ukupnog broja objavljenih sadržaja na portlima u periodu monitoringa najveći broj sadržaja je objavljen na vodećim informativnim BH-a portalima pa je tako **15** sadržaja objavljeno na *Klix.ba*, zatim **14** na *Depo.ba*, **12** na *Source.ba*, po **8** sadržaja na *Cafe.ba* i *24satainfo.ba*, **7** sadržaja na *Mediainfo.ba* i po **5** sadržaja na *Sutra.ba* i *Topvijestinfo.ba*.

Frekventnost objava je relativno velika na svim portalima budući da pretežno imaju vodeću rubriku/kategoriju pod kojom se objavljuju sadržaji vezani za tematiku zdravlja pa se tako često dotiču i mentalnog zdravlja. Ove rubrike su sljedeće: vijesti (32), crna hornika/chronika (18), lifestyle (11), zanimljivosti/istraživanja/zabava (10), ona (3), mediji (2).

Na *Klix.ba* od 15 sadržaja 11 je objavljeno pod kategorijom "lifestyle" odnosno zdravlje kao subkategorija ove načelne kategorije na portalu, odnoseći se na rezultate istraživanja preuzetih sa inozemnih portala pretežno iz SAD i V.Britanije. 2 objave su registrovane u "crnoj hronici", a 2 u hronici "zanimljivosti."

Na Depo.ba od 14 objavljenih sadržaja, 6 tretira seksualno zdravlje pod kategorijom "zabava," 4 sadržaja su pod kategorijom "vijesti", 2 pod "hronike" i 2 pod "mediji".

Od 12 sadržaja na Source.ba 7 sadržaja su pod kategorijom "vijesti," 3 pod kategorijom "ona" koja tretira aktuelnosti znanstvenih istraživanja na popularno-znanstveno-izvještački, način fokusirajući se prevashodno na mentalno zdravlje kod žena kroz dominirajuću oblast seksualnog i reproduktivnog zdravlja. Preostala 2 sadržaja su registrovana pod kategorijom "istraživanje" i dotiču se informativnih sadržaja istog karaktera.

Na portalima Cafe.ba i 24satainfo.ba koji imaju po 8 sadržaja objavljenih dominiraju vijesti i izveštački sadržaji pa je tako na portalu Cafe.ba svih 5 sadržaja objavljeno u kategoriji "vijesti"(domaće), a 3 kao vijesti o inostranim istraživanjima vezanim za oblast mentalnog zdravlja, dok je na portalu 24satainfo.ba objavljeno 8 sadržaja kao domaće vijesti pod kategorijom "crna hronika."

Na portalu Mediainfo.ba 7 sadržaja je objavljeno i objavljeni su svi pod kategorijom "zdravlje" i bave se inostranim istraživanjima vezanim za mentalno zdravlje dok je 5 sadržaja na portalu Topvijestiinfo.ba objavljeno kao vijesti pod kategorijom "crna hronika", a na portalu Sutra.ba koji takođe ima 5 objavljenih sadržaja 1 je pod kategorijom "vijesti", a preostala 4 pod kategorijom "lifestyle" i dotiču se seksualnog zdravlja, stresa i potištenosti.

Tabela 15. Tematike objavljenih sadržaja

NOVINE I MAGAZINI					
DOMINANTNE TEMATIKE	Dnevne	Sedmične i dvosedmične	Mjesečne	Portali	TOTAL
Suicid	19	7	0	9	35
Stres i „burn-out“ sindrom	9	10	4	11	34
Poremećaji raspoloženja:depresija i anksioznost	8	7	3	7	25
Seksualno i reproduktivno zdravlje i poremećaji	11	2	3	15	31

Poremećaji u ishrani, bulimija i anoreksija	3	2	1	2	8
Bolesti ovisnosti: narkomanija, alkoholizam	4	7	0	1	12
Mentalna retardacija	2	0	6	2	10
Kognitivne sposobnosti (inteligencija i pamćenje)	2	5	6	6	18
Strahovi , fobije, panika i nervoze	3	4	1	2	10
Institucionalne aktivnosti i prakse u oblasti mentalnog zdravlja	3	0	0	2	5
Agresivnost i homicid	5	1	0	0	6
Pozitivna psihologija: Sreća , optimizam	10	5	0	12	27
Razvojna psihologija (djeca)	5	2	0	2	9
Emotivno-relacijski problemi	6	2	0	5	12
Hiperaktivnost (djeca)	3	1	0	0	4
TOTAL	93	55	24	74	246

U ukupnom broju medijskih sadržaja najdominantnija su oni koji tretiraju *suicid* (**35**) zatim *stres* (**34**), *seksualno i reproduktivno zdravlje* (**31**), *pozitivnu psihologiju* (**27**), *poremećaje raspoloženja* (**25**) i *kognitivne sposobnosti* (**18**). Tako se najveći dio sadržaja o suicidu nalazi u dnevnim novinama dok najveći dio sadržaja o seksualnom i reproduktivnom zdravlju i pozitivnoj psihologiji u portalima. Poremećaji raspoloženja i stres su ujednačeno prisutni u

svim medijima sa iznimkom mjesečnih magazina dok su sadržaji vezani za pozitivnu psihologiju (sreća, optimizam, samopouzdanje, samoostvarivanje) najviše zastupljeni na portalima i u dnevnim novinama.

Najmanji broj sadržaja je posvećen tematikama *hiperaktivnosti kod djece* (4 ukupno) od kojih su tri objave zabilježene u dnevnim novinama te tematikama *institucionalne prakse i aktivnosti iz oblasti mentalnog zdravlja* (5 sadržaja ukupno) i *agresivnost, homicid* (4 objave).

Relativan broj sadržaja se dotiče tematika *bolesti ovisnosti* (12), *kognitivnih strahova, fobije, panika i nervoze* (10), *razvojne psihologije* (9) u kojoj dominiraju sadržaji vezani za dječiji razvoj i poremećaja u ishrani (8).

5. Diskusija

Jedan od najvećih doprinosa razumjevanja koncepta stigme dao je kanadski sociolog Erving Goffman, prema kojem se stigma može definirati kao diskrepanca između virtuelnog i stvarnog društvenog identiteta (Goffman, 2009).

Društvena distanca je jedna od najčešće korištenih mjera koja se uzima da bi se odgovorilo na pitanja u vezi stigme prema osobama s mentalnim poremećajima. Mjerenje socijalne distance uključuje pitanja kojima se procijenjuje spremnost sudionika na interakciju sa ciljnom grupom u različitim tipovima odnosa. Prva skala socijalne distance je korištena da bi se opisala socijalna distanca prema rasi, odnosno etnicitetu (1925). Skala je prvi put upotrebljena u području mentalnih poremećaja 1957. godine u Kanadi. Većina studija pokazuje da starije osobe, relativno nižeg obrazovnog stupnja i koje nikad nisu poznavale nekoga sa mentalnim poremećajem, vjerojatno više žele socijalnu distancu. Nadalje, osobe koje vjeruju da su ljudi sa mentalnim poremećajem opasne više žele socijalnu distancu od osoba koje se smatraju sa mentalnim poremećajem (Link, Yang, Phelan i Collins, 2004).

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da osobe koje u bližem okruženju imaju/imale su osobu s mentalnim poremećajem, izražavaju manju socijalnu distancu. Također, veći skor na skali znanja o činjenicama vezanim za mentalne poremećaje rezultira manjom distancicom. Iako su osobe većeg stupnja obrazovanja pokazale manju socijalnu distancu, ta razlika nije statistički značajna. Najveća socijalna distanca je utvrđena prema osobama oboljelim od shizofrenije i liječenim narkomanima. Nepredvidivost i opasnost utiču na distanciranje prema osobama sa shizofrenijom. Smanjenje osjećaja straha se može ostvariti pružanjem adekvatnih informacija javnosti o potencijalnom riziku i facilitirati kontakt između javnosti i osoba sa mentalnim poremećajima (Angermeyer i Matschinger, 2004).

Dva su glavna ograničenja koja se vežu za mjerenje socijalne distance: bias društvene prihvatljivosti, ljudi se ne žele prikazati bezosjećajnim i ignorantima i ograničenje koje nastaje kada se želi zaključiti o nečijem ponašanjem na osnovu prijavljenih namjera, relevantna ponašanja se trebaju mjeriti direktno (Link, Yang, Phelan i Collins, 2004).

Stav zajednice prema mentalno oboljelim (Community Attitudes Toward the Mentally Ill-CAMI) kreirali su Taylor i sur (1979), i Taylor i Dear (1981) kao unaprijedeni instrument mjerenja u odnosu na „Mišljenja prema mentalnim bolestima“ (Opinions About Mental Illness – OMI, 1962), djelomice zbog nepokrivanja pitanja deinstitucionalizacije i liječenja osoba sa mentalnim poremećajima (Link, Yang, Phelan i Collins, 2004).

Taylor i Dear su pokazale da skale visoko koreliraju među sobom i sa očekivanim demografskim varijablama, kao što su dob, spol, zanimanje i životni standard. Najveća snaga CAMI-ja je u mjerenu stavova prema ustanovama za liječenje mentalnog poremećaja u zajednici. Deinstitucionalizacija predstavlja novi pogled na skrb i zbrinjavanje ljudi sa mentalnim poremećajima (Link, Yang, Phelan i Collins, 2004). Prema nekim istraživanjima dob, obrazovanje i zanimanje su tri najvažnije socio-demografske vrajable koje koreliraju sa stavovima zajednice prema mentalnim poremećajima (Angermeyer i Matschinger, 2004).

Provedena faktorska analiza pokazuje, kao i u nekim drugim istraživanjima (Wolff, Pathare Craig i Leff, 1996) trofaktorko rješenje. Došlo je do preklapanje dva faktora nad podsklama *Autoritativnost* i *Restrikacija* (s tim da je izvjestan broj pitanja iz podskale *Autoritarnost* isključen zbog niske faktorske težine), i dva faktora nad podskalama *Dobronamjernost* i *Integracija u zajednicu*.

Istraživanje pokazuje da opća populacija u Federaciji BiH ima relativno više dobromjerne stavove i izražava toleranciju prema osobama sa mentalnim poremećajem i njihovoj rehabilitaciji u zajednici, te stavlja manju restrikciju prema mentalnim poremećajima. Kroz fokus grupe sa predstavnicima medija također smo dobili stav od većine sudionika da je deinstitucionalizacija, tj. integracija u zajednicu, terapija budućnosti i neophodna za daljni prosperitet i funkcioniranje mentalno oboljelih.

Utvrđen je utjecaj spola, edukacije, mjesta življjenja na stavove prema osobama s mentalnim poremećajima.

Iako su utvrđene razlike statistički značajne, veličina utjecaja je mala. Također, veličina objašnjene varijanse nije visoka, naročito u slučaju integracija mentalnog zdravlja u zajednici. Korelacija između tri podskale je visoka.

Općenito su uzima da osobe sa većim stupnjem obrazovanja imaju pozitivnije stavove prema osobama sa mentalnim poremećajima. Utjecaj godina povezuje se sa označavanjem mentalnih poremećaja koje su formirane tijekom procesa odrastanja. Također, oni koji imaju djecu imaju negativnije stavove prema mentalnim poremećajima (Angermeyer i Matschinger, 2004).

Da bi se spriječilo stvaranje negativnih stavova potrebno raditi sa određenim skupinama ljudi, i pružiti im adekvatne informacije o mentalnim poremećajima. Tome govori u prilog i podatak od 82,1% ispitanika koji žele više informacija o mentalnom zdravlju.

Ovi podaci su dobiveni i kroz fokus grupe gdje je istaknuta neosporna potreba adekvatne edukacije i javnosti i medija o mentalnim poremećajima i o mentalnom zdravlju generalno.

6. Zaključci

- Nešto manje od polovine opće populacije u FBiH poznaje osobu s mentalnim poremećajem.
- Najveći postotak ispitanika procjenjuje da se osobe iz njihovog okruženja kada imaju mentalne poremećaje obraćaju za pomoć članovima porodice (48,6%), zatim zdravstvenom profesionalcu (33,0%), svećeniku/hodži (8,7%).
- Zdravstvene ustanove zbog mentalnog poremećaja posjetilo je 29,1% ispitanika.
- Zdravstvene ustanove posjećivale su više osobe ženskog spola, nižeg stupnja obrazovanja, oni koji žive na selu, i koji svoj životni standard ocjenjuju znatno nižim od prosječnog.
- Među onima koji nisu posjećivali zdravstvene ustanove zbog mentalnog poremećaja, njih 9,8% takvu pomoć ne bi ni tražili.
- Razlozi za netraženje pomoći su: strah (43,5%), mišljenje da im ne mogu pomoći u zdravstvenim ustanovama (35,9%), sam se treba izboriti (32,6%).
- Niti jedan tačan odgovor na tvrdnje o mentalnom zdravlju imalo je 3,2% ispitanika, a sve tačne odgovore 0,6% ispitanika. Najveći dio ispitanika (64,8%) ima 4-6 tačnih odgovora, zatim 1-3 tačna odgovora 21,4% ispitanika i najmanje 7-9 ispitanika (13,8%).
- Manje znanje (veći postotak 1-3 tačna odgovora) pokazuju osobe muškog spola, starije životne dobi i nižeg stupnja obrazovanja.
- Osobe koje su se oporavile od mentalnih poremećaja mogu pomoći drugima osobama u oporavku smatra 84,2% ispitanika, uz statistički značajnu razliku u odnosu na nivo stručne spreme, status, mjesto stanovanja i životni standard.
- Više informacija o mentalnom zdravlju želi većina ispitanika (82,1%).

6.1. Ponašanje zajednice prema osobama s mentalnim poremećajima

- Najveća socijalna distanca je utvrđena prema oboljelim od šizofrenije (medijan 18) i liječenim narkomanima (medijan 18), najmanje prema oboljelim anksioznosti/tjeskobe i PTSP-a (medijan 20).

- Prema oboljelim od šizofrenije veću distancu pokazuju ispitanici koji žive u gradovima (u odnosu na ostala mjesta) ($p=0,000$) i koje u bližem okruženju nemaju osobu s mentalnim poremećajem ($p=0,000$).
- Prema liječenim narkomanima manju distancu pokazuju ispitanici iz manjih gradova (u odnosu na veće gradove i selo) ($p=0,000$), ispitanici nižeg standarda (u odnosu na nešto viši i prosječni) ($p=0,004$) i oni koji u svom bližem okruženju imaju osobe s mentalnim poremećajem ($p=0,000$).
- Prema mentalno zaostalim osobama veću distancu pokazuju ispitanici sa standardom znatno nižim od prosjeka (u odnosu na nešto nižim od prosjeka) ($p=0,000$), i osobe koje u bližem okruženju nemaju osobu s dijagnosticiranim mentalnim poremećajem ($p=0,000$).
- Veću distancu, odnosno manji skor, na skali ukupne socijalne distance, pokazuju osobe koje u bližem okruženju nemaju osobe sa mentalnim poremećajima ($p=0,000$).
- Veće znanje o mentalnom zdravlju povezano je sa manjom socijalnom distancom prema osobama s mentalnim poremećajima ($r=0,152$, $p=0,000$).

6.2. Stavovi zajednice prema osobama sa mentalnim poremećajima

- Opća populacija u Federaciji BiH više izražava dobromjerne stavove - srednja vrijednost 3,8 (3,3-4,1), i toleranciju prema osobama sa mentalnim poremećajem i njihovoj rehabilitaciji u zajednici – srednja vrijednost 3,5 (3,2-3,8), te stavlja manju restrikciju – srednja vrijednost 2,6 (2,1-3,2).
- Utvrđena je jaka pozitivna korelacija između dobromjernosti i integracije mentalnog zdravlja u zajednici.
- Socio-demografska obilježja pokazuju manji utjecaj na stavove prema osobama sa mentalnim poremećajima.
- Veću dobromjernost izražavaju osobe ženskog spola, višeg stupnja edukacije, urbanijih područja.
- Manju restrikciju prema osobama sa mentalnim poremećajima izražavaju osobe iz urbanijih područja, višeg stupnja obrazovanja i osobe koje nemaju djece.

- Više su otvoreni za integraciju mentalnog zdravlja u zajednici osobe ženskog spola, urbanijih područja, višeg stupnja stručne spreme, studentska populacija i penzioneri, te osobe koje nemaju djece.

6.3. Fokus grupe

- Prema samoprocjeni pripadnika medija koji su sudjelovali u fokus grupama većina posjeduje osnovno znanje o temi mentalnih poremećaja i mentalnog zdravlja.
- Većina smatra da mentalno oboljele osobe imaju zajedničke karakteristike koje ih čine prepoznatljivima, bilo da su ponašajne, emotivne ili kognitivne prirode.
- Iz medija se može naučiti ponešto o mentalnim pormećajima, ali vrlo malo o vrsti poremećaja ili simptomima, a više o negativnim izoliranim slučajevima koji bacaju loše svjetlo na mentalno oboljele.
- Većina objavljenog sadržaja u medijima o mentalnom zdravlju i poremećajima je objavljeno u sekcijama crne kronike.
- Mediji ne poštuju kodekse, etičke principe i pravo na privatnost kada izvještavaju o mentalnim poremećajima.
- Većina sudionika vidi integraciju mentalno oboljelih u društvo kao jedinu humanu i prihvatljivu opciju.
- Novinari u BiH nisu dovoljno upoznati sa problematikom mentalnih oboljenja i neophodne su ciljanje edukacije da bi se način izvještavanja, a samim tim i stav javnosti prema mentalno oboljelim, poboljšao.
- BH javnost, prema procjeni sudionika, takođe nije dovoljno upoznata i educirana o mentalnim poremećajima.
- Većina sudionika je imala privatnih iskustava sa mentalno oboljelima, bilo u porodici ili preko poslovnih relacija.
- Kada je u pitanju socijalni kontakt njih i članova njihove porodice sudionici nemaju otpor prema saradnji sa ili kontaktu sa osobom koja ima mentalni poremećaj.
- Neophodna je antistigma kampanja u svrhu destigmatizacije, umanjenja straha javnosti od mentalno oboljelih i povećanja svijesti o toj problematici i potrebama mentalno oboljelih.

6.4. Analiza medija

- Štampani mediji i informativni portali se dosta bave mentalnim poremećajima i izvještavaju/pišu o mentalnom zdravlju u širem smislu koncepta.
- 246 objavljenih sadržaja u jednomjesečnom periodu monitoringa demonstrira popularnost određenih ključnih tematika vezanih za ovu oblast, a to su *suicid, stres, seksualno i reproduktivno zdravlje i poremećaji, poremećaji raspoloženja i kognitivne funkcije/sposobnosti, pozitivna psihologija, bolesti ovisnosti i emotivno-relacijski problemi*.
- Mnogi sadržaji objavljeni u časopisima/portalima o mentalnim poremećajima nisu napisani u skladu sa naučnim činjenicama tj. nisu potkovani naučnim dokazima već su pisani „za mase“ u zabavnom tonu.
- U dnevnim novinama kao i na informativnim portalima gdje je zastupljen najveći broj sadržaja također je prisutna prezastupljenost oblasti mentalnog zdravlja kroz izvještaje u „crnoj hronici“ i „vijestima“ o suicidu, homicidu, agresivnosti i ovisnosti te se da uočiti konstantna povezanost oblasti mentalnog zdravlja sa poremećajima, oboljevanjima i patologijom.
- S druge strane postoji krajnost izvještavanja o pozitivnoj psihologiji kroz popularno-znanstvene sadržaje koji na nekritički i netransparentan način (bez podataka o kontekstu, metodi, pristupu istraživanju) obznanjuju podatke inozemnih istraživanja direktno preuzetih iz drugih medija. U ovakvim sadržajima dominira neopravdan optimizam u pristupu stresu, poremećajima raspoloženja, seksualnom/reprodukтивnom zdravlju i poremećajima raspoloženja.
- Koncept mentalnog zdravlja se svodi na dominirajuća izvješća neaktivnog karaktera locirana u „crnoj hronici“ ili u marginalnim hronikama poput „lifestyle“ „magazin“ „zanimljivosti“ u kojima se objavljuju znanstveno-popularni sadržaji o stresu, seksualnom zdravlju i kognitivnim sposobnostima sa dodatkom brzih savjeta o mentalnom zdravlju, ozdravljenju i očuvanju zdravlja.

7. Preporuke

- Potrebno je raditi na većoj promociji traženja pomoći stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja među muškarcima nižeg obrazovnog statusa iz ostalih/ruralnih sredina.
- Rezultati istraživanja su pokazali da je glavni razlog netraženja stručne pomoći zapravo strah od otkrivanja identiteta, te je potrebno više raditi na promociji zaštite ličnih podataka korisnika.
- Drugi razlog je sumnja da zdravstvene ustanove i stručnjaci iz oblasti mentalnog zdravlja mogu pomoći kada dođe do problema te je neophodno još bolje promoviranje rada centara za mentalno zdravlje u svrhu smanjenja nepovjerenja prema zdravstvenim ustanovama.
- Potrebno je osnaživanje i samozastupanje osoba sa mentalnim poremećajima (Corrigan, 2002), tj. lično angažiranje osoba sa mentalnim poremećajem u kampanji o zaštiti i promociji zdravlja.
- S obzirom da je istraživanje pokazalo povezanost većeg znanja sa smanjenjem socijalne distance, za redukciju stigmatizacije potrebno je učiniti zdravstvene informacije što dostupnijim, educirati javnost te time i motivirati ljudе da se obrate za pomoć kada uoče prve znake problema.
- Kratki edukativni kursevi o mentalnim poremećajima su uspješno pokazali smanjenje stigmatizirajućih stavova među raznovrsnim populacijama: policajci (Pinfold, Toulmin Thornicroft, Huxley, Farmer i Graham, 2003), državni službenici (Tanaka, Ogawa, Inadomi, Kikuchi i Ohta, 2003) te srednjoškolcima (Esters, Cooker i Ittenbach, 1998), te bi se, obzirom na preporuke sudionika fokus grupa o važnosti edukativnih kurseva, trebala eventualno odabrati jedna ciljna skupina kojoj treba prilagoditi antistigma program.
- S obzirom na naše rezultate gdje su osobe muškog spola, niže stručne spreme i lošijeg SES-a iskazivali više stigmatizirajućih stavova prema mentalno oboljelim trebalo bi se više pažnje u kampanji posvetiti ovoj skupini.
- Neka istraživanja (Meise, Sulzenbacher, Kemmler, Schmid, Rössler i Guenther, 2000) pokazuju da se najbolji rezultati u smanjenju stigmatizacije dobijaju kombinacijom kontakta sa mentalno oboljelima i edukacijom. S obzirom da je ovim istraživanjem pokazano da na manju socijalnu distancu prema mentalno oboljelima utječe

poznavanje mentalno oboljelog definitivno bi u antistigma kampanju trebalo uključiti korisnike usluga.

- Po preporuci pripadnika medija, lična iskustva privlače najviše pažnje, tj. tzv. ispovjedne priče te bi se kampanja trebala graditi oko pozitivnih primjera-korisnika koji rade i koji su u potpunosti funkcionalni u zajednici.
- Potrebno je, po preporuci predstavnika medija, prvo krenuti od educiranja novinara i urednika o mentalnim poremećajima da bi se onda ispravno mogla educirati javnost.
- Uvesti pitanja od značaja za mentalno zdravlje u štampane i elektronske medije obrađena u skladu sa kodeksom i propisima o izvještavanju o osobama sa mentalnim poremećajima.
- Budući da je 82,1% sudionika izjasnilo da bi željelo dobiti više informacija o mentalnim poremećajima, ovaj podatak treba biti poticaj za kreiranje kampanje i znak da je sazrelo vrijeme da se javnost educira o mentalnim poremećajima u svrhu smanjenja straha, destigmatizacije i povećanja svijesti o mentalnom zdravlju.

8. Literatura:

1. Angermeyer, M.C., Matschinger, H. (2004). The Stereotype pf Schysophrenia and Its Impact on Discrimination Against People With Schizophrenia: Results From Representative Survey in Germany. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 30, No.4.
2. Corrigan, P. (2002). Empowerement and serious mental illness: treatment partnership and community opportunities. *Psychiatry Quarterly*, 73(3), pp. 217-228.
3. Esters I.G., Cooker P.G., Ittenbach R.F. (1998). Effects of a unit of instruction in mental health on rural adolescents' conceptions of mental illness and attitudes about seeking help. *Adolescence*; 33:469–76.
4. Goffman, E. (2009) Stigma. Zabeleške o ophođenju sa narušenim identiteom. Novi Sad: Mediteran Publishing, 14-17.
5. Link, B.G., Yang, L.H., Phelan, J.C., Collins, P.Y. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 30, No. 3.
6. Locke, C.R. (2010). Public attitudes toward mental illness: an experimental design examining the media's impact of crime on stigma, PhD Dissertation.
7. Meise U., Sulzenbacher H., Kemmler G., Schmid R., Rössler W., Guenther V. (2000) "...nicht gefährlich, aber doch furchterregend". Ein Programm gegen Stigmatisierung von Schizophrenie in Schulen. *Psychiatr Prax*; 27:340–6.
8. Milačić-Vidojević, I., Dragojević, N. (2011). Stigma i diskriminacija prema osobama s mentalnom bolešću i članovima njihovih porodica. Specijalna edukacija i rehabilitacija, Vol. 10, br. 2. 319-337, Beograd.
9. 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*;182:342–6.
10. Priebe, S., Frottier, P.,Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., Martínez-Leal, R., Munk-Jørgensen, P., Walsh, D., Wiersma, D., Wright, D. (2008). Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*; doi: 10.1176/appi.ps.59.5.570.
11. Song, L., Chang, L., Chaiw-Yi, Shih, Chih-Yuan, Lin, Ming-Jeng, Yang. (2005). Community attitudes towards the mentally ill: The results of a national survey of

- th taiwanese population. International Journal of Social Psychiatry. Vol 51 (2): 174-188.
12. 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.
13. Tanaka G., Ogawa T., Inadomi H., Kikuchi Y., Ohta Y. (2003). Effects of an educational program on public attitudes towards mental illness. *Psychiatry Clin Neurosci*; 57:595–602.
14. Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., Leff, J. (1996). Community Attitudes to Mental Illness. *British journal of Psychiatry*, 168:183-190.