



**Háskólinn
á Akureyri**

Hug- og félagsvísindasvið

Sálfræði, 2012

**Viðhorf nemenda Háskólans á Akureyri til einstaklinga með
geðklofa**

Alma Kristín Gísladóttir
Tinna Stefánsdóttir

Lokaverkefni við Hug- og félagsvísindasvið



**Háskólinn
á Akureyri**

Hug- og félagsvísindasvið

Sálfræði, 2012

Viðhorf nemenda Háskólans á Akureyri til einstaklinga með
geðklofa

Alma Kristín Gísladóttir
Tinna Stefánsdóttir

Leiðbeinandi:
Elín Díanna Gunnarsdóttir

Lokaverkefni til 180 eininga B.A. prófs við Hug- og félagsvísindasvið

„Við lýsum því hér með yfir að við einar erum höfundur þessa verkefnis og að það er ágóði
eigin rannsókna“

Alma Kristín Gísladóttir

Tinna Stefánsdóttir

„Það staðfestist hér með að lokaverkefni þetta fullnægir að mínum dómi kröfum til B.A. prófs
við Hug- og félagsvísindasvið“

Elín Díanna Gunnarsdóttir

Útdráttur

Geðklofi er mjög misskilinn sjúkdómur og veit stór hluti almennings ekki hvað geðklofi er. Af þeim geðröskunum sem til eru, má segja að einstaklingar með geðklofa mæti neikvæðara viðmóti heldur en einstaklingar með aðrar geðraskanir. Fólk á það til að draga ályktanir um aðra þrátt fyrir að vera með aðrar upplýsingar um það. Viðhorf geta verið byggð á persónulegri reynslu en oftast en ekki eru þau lærd úr umhverfinu, vegna þekkingarleysis eða byggð á sögusögnum. Ekki er vitað til þess að rannsókn eins og þessi hafi verið framkvæmd áður hér á landi en fjölmargar rannsóknir á geðklofa hafa verið gerðar erlendis. Markmið rannsóknarinnar var að kanna viðhorf háskólanema til einstaklinga með geðklofa. Þátttakendur rannsóknarinnar voru nemendur úr Háskólanum á Akureyri, þeir voru þeir 509 talsins og voru 18 ára og eldri. Þátttakendurnir komu af mismunandi sviðum innan Háskólans. Notast var við spurningalistann, Opinion about Mental Illness in Chinese Community (*OMICC*) sem þýddur var yfir á íslensku og lagður fyrir þátttakendur. Spurningalistinn skiptist niður í fimm þætti. Þættirnir fimm mældu mismunandi hliðar á viðhorfi til einstaklinga með geðklofa. Þættirnir fimm voru aðskilnaður, staðalímyndir, aðhaldssemi, góðsemi og svartskýni. Í heild sinni leiddu niðurstöðurnar í ljós jákvætt viðhorf nemenda af öllum sviðum Háskólans í garð einstaklinga með geðklofa. Nemendur á heilbrigðisvísindasviði voru með áberandi jákvæðasta viðhorfið í flestum þáttum. Þátttakendum var skipt í tvo hópa eftir aldri, yngri en 30 ára og 30 ára og eldri. Ekki mældist munur á viðhorfi á milli aldurshópanna tveggja en jákvæðara viðhorf mældist hjá nemendum sem þekktu einhvern með geðklofa.

Abstract

Schizophrenia is a very misunderstood illness and there are not many who know exactly what schizophrenia is. People with schizophrenia are among the most stigmatized of those with mental illnesses. People can be very judgmental and tend to draw conclusions about others without sufficient information about them. Attitude can be based on a personal experience but is most often learned from the environment, based on ignorance or rumors. Numerous studies about schizophrenia have been carried out around the world. By our knowledge research like this one has never been carried out before in Iceland. The purpose of this research was to explore the attitudes of students towards individuals with schizophrenia. The participants were 509 undergraduates at the University of Akureyri, they were 18 years or older. They were from different fields at the University. A questionnaire, Opinion about Mental Illness in Chinese Community (*OMICC*) was translated into Icelandic and used to measure the students attitude. The questionnaire was divided into five factors. The five factors measured different aspects of attitude towards individuals with schizophrenia. The five factors were separatism, stereotyping, restrictiveness, benevolence and pessimistic prediction. The result showed positive attitudes towards people with schizophrenia. Students in the field of health sciences showed the most positive attitude but the difference was insignificant between the other fields. The participants were divided into two age groups, younger than 30 years old and 30 years and older, but there was no difference in their attitudes depending on their age. Those who reported knowing someone with schizophrenia showed more positive attitude towards individuals with schizophrenia.

Þakkarorð

Við viljum þakka öllum þeim sem aðstoðuðu okkur við gerð þessarar rannsóknar. Sérstakar þakkir færum við leiðbeinanda okkar, Elínu Díönnu Gunnarsdóttur dósent við Háskólann á Akureyri, fyrir að veita okkur mjög góða leiðsögn og stuðning við gerð þessa lokaverkefnis. Einnig viljum við þakka nemendum Háskólans á Akureyri fyrir þátttöku sína í rannsókninni. Að lokum viljum við þakka fjölskyldum okkar fyrir góðan stuðning undanfarin ár.

Efnisyfirlit

Myndayfirlit	2
Töfluyfirlit	2
Inngangur	4
Geðklofi	4
Algengi geðklofa	6
Batahorfur.....	7
Aðstandendur einstaklinga með geðklofa	8
Hvað eru viðhorf?	9
Hugmyndir okkar um annað fólk	11
Fordómar og stimplun	12
Af hverju skipta viðhorf máli?	15
Rannsóknir á viðhorfum.....	17
Aðferð	21
Þátttakendur.....	21
Mælitæki.....	21
Framkvæmd.....	23
Tölfræðileg úrvinnsla	24
Niðurstöður	26
Umræður	34
Heimildir	40
Viðauki 1	45
Viðauki 2	56
Viðauki 3	59

Töfluyfirlit

Tafla 1. Bakgrunnsupplýsingar um aldur, námssvið og hvort þátttakandi þekki einhvern með geðklofa	26
Tafla 2. Meðaltal, staðalfrávik og innri stöðugleiki allra þátta	27
Tafla 3. Viðhorf nemenda á aðskilnaði eftir námssviði	27
Tafla 4. Viðhorf nemenda á staðalímynd eftir námssviði	28
Tafla 5. Viðhorf nemenda á aðhaldssemi eftir námssviði.....	28
Tafla 6. Viðhorf nemenda á góðsemi eftir námssviði.....	29
Tafla 7. Viðhorf nemenda á svartsýni eftir námssviði	30
Tafla 8. Munur á viðhorfum nemenda sem eru yngri en 30 ára og þeim sem eru 30 ára og eldri	30
Tafla 9. Munur á milli þeirra sem þekkja einhvern með geðklofa og þeirra sem ekki þekkja einhvern með geðklofa	31
Tafla 10. Viðhorf nemenda til einstaklinga með geðklofa eftir námssviði.....	31

Myndayfirlit

Mynd 1. Einstaklingar með geðklofa hafa tilhneigingu til þess að vera ofbeldishneigðir	32
--	----

Geðraskanir eru algengar og getur hver sem er greinst með geðröskun. Geðraskanir eru truflun á geðheilbrigði og eru algengar út um heim allan. Á Íslandi er talið að fimmti hver maður geti einhvern tímann á lífsleiðinni upplifað einkenni einhvers konar geðröskunar. Geðraskanir geta verið margvíslegar og einkenni þeirra mismunandi. Það er mikilvægt fyrir fólk að þekkja einkenni geðraskana því það skiptir alltaf máli að bregðast rétt við og aukin þekking leiðir einnig til jákvæðari viðhorfa. Rannsóknir sem gerðar hafa verið á háskólanemum leiða í ljós að þeir hafa almennt takmarkaða þekkingu á einkennum geðraskana og telja sig ekki vita hvernig best sé að bregðast við þegar aðrir sýna einkenni geðraskana. Háskólanemar eru þó líklegri til þess að þekkja einkenni þunglyndis en einkenni geðklofa (Peden, Raynes og Beebe, 2000).

Geðklofi er geðsjúkdómur og er einn af mörgum sjúkdómum sem hver sem er getur fengið. Einkenni geðklofa hafa margs konar birtingarmyndir og geta verið mjög einstaklingsbundin (Lárus Helgason, 2008). Virkni einstaklings með geðklofa einkennist af alvarlegum truflunum í hugsun, skynjun og lundarfari, auk undarlegrar hegðunar. Geðklofi er sambland af persónueinkennum sem skiptast í jákvæð og neikvæð einkenni. Jákvæð einkenni eru til að mynda ranghugmyndir, ofskynjanir, óskipulagt eða ruglingslegt málfar og óskipulögð eða stjarfahegðun. Neikvæð einkenni er skortur á eðlilegum samskiptum eða skert virkni. Þessi einkenni, jákvæð og neikvæð, þurfa að hafa verið til staðar í allavega sex mánuði, þar sem að minnsta kosti einn mánuður einkennist af tveimur þessara einkenna. Konur eru líklegri en karlar til að sýna jákvæð einkenni en þeir sýna aftur á móti frekar neikvæð einkenni. Oft er talað um að einkennin hjá körlum verði frekar verri en hjá konum (American Psychiatric Association, 2000).

Greiningarviðmið fyrir geðklofa samkvæmt DSM–IV–TR skiptast í þrjá flokka, A, B og C. Í flokki A eru fimm einkenni. Þau eru: Ranghugmyndir, ofskynjanir, óskipulagt málfar,

óskipulögð eða stjarfahegðun og neikvæð einkenni. Það sem einkennir flokk A er að tvö eða fleiri af ofangreindum einkennum þurfa að vera til staðar í allavega einn mánuð. Flokkur B snýst um félagslega eða atvinnutengda virkni, það er að stigvaxandi rýrnun í frammistöðu tengt atvinnu, skóla eða samskiptum við aðra gerir vart við sig og/eða hversu vel einstaklingurinn hugsar um sjálfan sig. Í flokki C er talað um að einkenni röskunarinnar verða að hafa verið til staðar í allavega sex mánuði þar sem að minnsta kosti einn mánuður einkennist af einkennum í flokki A (American Psychiatric Association, 2000).

Til eru fimm undirflokkar geðklofa. Þeir eru: Ofsóknargeðklofi (*paranoid type*), ruglingslegur/skipulagsleysi geðklofi (*disorganized type*), stjarfageðklofi (*catatonic type*), ótilgreindur geðklofi (*undifferentiated type*) og geðklofi með afgangseinkennum (*residual type*) (American Psychiatric Association, 2000). Ekki verður fjallað ítarlega um hvern undirflokk heldur verða þeir skilgreindir í grófum dráttum.

Ofsóknargeðklofi (*paranoid schizophrenia*) er sá undirflokkur sem hefur hvað mest verið rannsakaður og er því best þekktur. Af þeim sem greindir eru með geðklofa eru um það bil 50% með ofsóknargeðklofa. Það sem einkennir þessa gerð geðklofa eru ranghugmyndir og ofskynjanir sem tengjast ofsóknar- og mikilmennskupemum. Einstaklingar með ofsóknargeðklofa sýna meira skipulag heldur en einstaklingar með annars konar geðklofa og hafa á tilfinningunni að allir vilji gera þeim eitthvað illt (Torrey, 1995). Ofsóknargeðklofa fylgir oft á tíðum kvíði, reiði, tilfinningaleg flatneskja og tilhneiging til að þræta. Einstaklingar með ofsóknargeðklofa eru ekki líklegri til ofbeldisverka en aðrir þrátt fyrir þennan ofsóknarundirtón. Virka tímabilið virðist vera aðeins seinna heldur en í öðrum gerðum geðklofa (American Psychiatric Association, 2000).

Ruglingslegur/skipulagsleysi (*disorganized schizophrenia*) geðklofi einkennist af skipulagsleysi í málfari, ruglingslegri og óviðeigandi hegðun. Einstaklingar með þessa gerð af

geðklofa geta átt mjög erfitt með að framkvæma daglegar venjur eins og að baða sig, klæða sig og jafnvel að borða. Þeir eiga það til að sýna tilfinningalega flatneskju og sýna tilfinningar eða hegðun sem er óviðeigandi, til dæmis fara að hlæja þegar eitthvað alvarlegt er sagt við þá eða jafnvel þegar þeir eru við jarðarför. Ruglingslegur/skipulagsleysi geðklofi kemur snemma fram hjá einstaklingum og því fyrr sem einkenni koma því erfiðara er að meðhöndla þau. Einkenni þessarar gerðar geðklofa hafa hvað mest hamlandi áhrif á einstaklinginn (American Psychiatric Association, 2000)

Stjurfageðklofi (*catatonic schizophrenia*) einkennist af mjög takmarkaðri hreyfifærni, það er að segja að það er mikil truflun í hreyfingu. Þó svo að nafnið stjurfageðklofi bendi til þess að manneskjan sé alveg stjórf þá er það ekki svo. Einstaklingar sem eru með stjurfageðklofa geta sýnt ákveðna árásarhegðun sem er þó ósjálfráð, til dæmis geta þeir átt það á hættu að slá næsta mann. Bergmálstal er algengt í stjurfageðklofa, einstaklingar herma eftir því sem aðrir segja og einnig herma þeir eftir hreyfingum annarra. Í stjurfageðklofa geta einstaklingar farið í svokallað stjurfamók, það er þegar algjört hreyfingar- og málleysi ríkir hjá einstaklingnum (American Psychiatric Association, 2000).

Einstaklingar með ótilgreindan geðklofa (*undifferentiated schizophrenia*) uppfylla greiningarviðmið A fyrir geðklofa, sem eru ranghugmyndir, ofskynjanir, óskipulagt tal, óskipulögð hegðun og neikvæð einkenni. Þeir uppfylla aftur á móti ekki greiningarviðmið fyrir ofsóknar-, ruglingslegan/skipulagsleysi- og stjurfageðklofa. Ótilgreindur geðklofi kemur fram snemma á lífsleiðinni og erfitt er að meðhöndla hann (American Psychiatric Association, 2000).

Að lokum er flokkur geðklofa sem mætir afgangseinkennum (*residual schizophrenia*). Einstaklingar sem falla í þennan flokk hafa upplifað allavega eitt tilvik geðrofs en hafa engin núverandi jákvæð einkenni til staðar. Áframhaldandi einkenni röskunarinnar eru til staðar í

formi neikvæðra og mildra jákvæðra einkenna. Þessi afgangseinkenni geta aftur gert vart við sig nokkrum árum síðar (American Psychiatric Association, 2000).

Algengi geðklofa

Geðklofi hefur verið rannsakaður um allan heim og hafa rannsóknir sýnt að tíðni og hegðun sjúkdómsins er nánast sú sama hjá fólki af öllum kynstofnum í öllum heimsálfum (American Psychiatric Association, 2000). Hérlandis eru um það bil 2800 manns með geðklofa og eru flestir með væg einkenni. Geðklofi er jafn algengur hjá konum og körlum. Einkenni koma þó líklega fyrr fram hjá körlum heldur en konum, eða á aldrinum 15–25 ára en hjá konum á aldrinum 20–30 ára (Lárus Helgason, 2008). Talað er um að lífstíðaralgengi á meðal fullorðinna sé á bilinu 0,5% –1,5% (American Psychiatric Association, 2000).

Geðraskanir eru ein algengasta orsök örorku á Íslandi. Algengi örorku á Íslandi vegna geðraskana er um 2,23% hjá konum og 1,98% hjá körlum. Algengast er að lyndisraskanir orsaki örorku hjá konum og geðklofi orsaki örorku hjá körlum (Sigurður Thorlacius og Sigurjón Stefánsson, 2004).

Sjálfsvíg er stór áhættuþáttur hjá einstaklingum sem eru með geðklofa (American Psychiatric Association, 2000). Talað er um að allt að 10%–15% þeirra sem haldnir eru sjúkdómnum fremji sjálfsvíg (Joiner, Brown og Wingate, 2005) og að 20%–40% reyni að minnsta kosti eina sjálfsvígstilraun á sjúkdómsferlinum. Karlar og konur eru jafn líkleg til að reyna sjálfsvíg en þó er algengara að það takist frekar hjá körlum (American Psychiatric Association, 2000).

Batahorfur

Geðklofi er ólæknandi sjúkdómur og getur verið erfitt að eiga við hann eins og á um flesta aðra geðsjúkdóma en þó fer það eftir einkennum og vægi sjúkdómsins. Talið er að 50%–80% þeirra einstaklinga sem lagðir hafa verið inn á sjúkrahús út af einu tilfelli geðrofs séu aftur lagðir inn seinna á ævinni út af öðru tilfelli geðrofs (Eaton, Mortensen, Herrman, Freeman, Bilker, Burgess og off, 1992).

Einstaklingar með geðklofa lifa að meðaltali tíu árum styttra en þeir sem ekki eru með geðklofa (McGlashan, 1988; Mortensen, 2003). Af ókunnum ástæðum eru einstaklingar með geðklofa gjarnari á að fá sýkingar og sjúkdóma sem tengjast blóðrásinni heldur en einstaklingar sem ekki eru með geðklofa og gæti það meðal annar orsakað það að lífslíkurnar eru styttri (Joiner, Brown og Wingate, 2005).

Meðferðir við geðklofa geta verið mjög einstaklingsbundnar og felast þær í því að draga úr einkennum og fyrirbyggja að sjúkdómurinn taki sig upp aftur. Lyf geta ekki læknað sjúkdóminn en geta dregið úr einkennum hans. Lyfin virka misvel en einkenni geta komið aftur þrátt fyrir lyfjainntöku. Fleiri aðferðir en lyfjameðferð geta gefið góðan árangur, til dæmis félagsleg aðstoð, samtalsmeðferð, hópmeðferð og fjölskyldumeðferð (Lárus Helgason, 2008). Batahorfur kvenna eru alla jafna betri en batahorfur karla og hægt er að útskýra það með fjölda sjúkrahúsinnlagna og hversu lengi dvalið var á sjúkrahúsinu (American Psychiatric Association, 2000).

Vanalega er talað um að ferli geðklofa skiptist niður í þrjú stig. Fyrsta stigið nefnist forstig (*the prodromal phase*) og einkennist það af því að virkni einstaklingsins hnignar stigvaxandi áður en nokkur greinileg einkenni geðrofs koma í ljós. Yfirleitt gerist þetta á bilinu 15–25 ára. Annað stigið nefnist virka stigið (*the active phase*). Á því stigi fer einstaklingurinn að sýna áberandi geðrofseinkenni. Þriðja og síðasta stigið nefnist batastig

(*the residual phase*) og á því sést stigvaxandi bati og er hegðunin lík þeirri sem sést á forstiginu (Bertelsen, 2002).

Aðstandendur einstaklinga með geðklofa

Að greinast með sjúkdóm er erfitt fyrir einstaklinginn sjálfan, fjölskyldu og vini. Á Íslandi er ekki mikið um það að sjúklingar liggi inni á stofnunum heldur tíðkast það fremur að þeir búi heima hjá sér. Það er ekki einungis sjúklingurinn sem á um sárt að binda heldur einnig aðstandendur. Það getur tekið á tilfinningalega að hugsa um veikan einstakling og getur það reynt mikið á fjölskyldu og aðstandendur (Elísabet Konráðsdóttir, 2006). Ekki má gleyma því að það getur einnig verið mjög kostnaðarsamt. Aðstæður geta breyst mjög hratt við sjúkdómsgreiningu og því er mikilvægt að styðja vel við bakið á aðstandendum. Í flestum tilfellum, þó ekki öllum, lendir umönnunarstarfið á móður veika einstaklingsins (McDonell, 2003). Í rannsókn sem gerð var árið 2008 kom í ljós að um 95% umönnunaraðila einstaklinga með geðklofa voru sammála um að bæta þyrfti fræðslu um geðklofa þar sem að almenningur vissi lítið um sjúkdóminn (National Alliance of Mental Illness, 2008).

Gerð var rannsókn á umönnunaraðilum einstaklinga með geðklofa. Þátttakendur voru metnir með spurningalista sem nefnist The Attitudes Towards Schizophrenia Questionnaire For Relatives. Í spurningalistanum var hægt að skora á bilinu frá 1–5, því lægra sem einstaklingarnir skoruðu því betra viðhorf höfðu þeir til einstaklinga með geðklofa. Spurningalistinn skiptist í þrjá þætti, hegðunarþátt, hugrænan þátt og tilfinningalegan þátt. Þær breytur sem leiddu í ljós marktækan mun voru skyldleiki, aldur og menntun þátttakenda eða þau ár sem búið var með sjúklingnum. Foreldrar einstaklinga með geðklofa skoruðu hærra en aðrir umönnunaraðilar, til dæmis synir, dætur, systkini, maki eða umsjónarmenn. Þessar niðurstöður sýna fram á að foreldrar hafa neikvæðara viðhorf gagnvart geðklofa en aðrir

umönnunaraðilar. Þátttakendur sem hafa litla menntun skoruðu að meðaltali hærra en þeir sem hafa meiri menntun. Þessar niðurstöður sýna að aukinni menntun fylgja jákvæðari viðhorf gagnvart einstaklingum með geðklofa og sjúkdómnum sjálfum. Einnig sýndu niðurstöðurnar fram á það að því eldri sem þátttakendurnir eru því neikvæðari viðhorf hafa þeir til sjúkdómsins. Jafnframt kom fram að því lengur sem þátttakandi hefur búið með einstaklingi með geðklofa, því neikvæðari viðhorf hefur hann til einstaklingsins og sjúkdómsins (Ulízar, Maldonado, García, Salazar, Arya og Peralta, 2011).

Hvað eru viðhorf?

Viðhorf eru talin eitt af lykilhugtökum í félagssálfræði og telja margir félagssálfræðingar að viðhorf geta haft áhrif á hegðun. Það má með sanni segja að viðhorf og viðhorfakannanir séu tiltölulega nýlegar á Íslandi, aðeins eru nokkrir áratugir síðan landsmenn kynntust slíkum könnunum. Ýmsar ákvarðanir varðandi ákveðin málefni voru teknar án þess að hugað væri að viðhorfum almennings. Í dag er hlutunum oftast ekki þannig háttað að áður en ákvörðun er tekin þá er viðhorf almennings metið og mælt. Viðhorfakannanir geta því hjálpað til við að meta viðhorf fólks og með þeirri vitneskju er hægt að spá fyrir um líkleg viðbrögð þess. Félagssálfræðingar hafa skilgreint hugtakið viðhorf á margvíslegan hátt. Marga greinir á um muninn á milli hugtakanna viðhorf, álit og skoðun og hver tengslin séu á milli hegðunar og viðhorfa. Flestir félagssálfræðingar eru þó sammála um að viðhorf er eitthvað sem beinist að einhverju, eins og hlutum, hegðun og fólki. Viðhorf er talið vera samsett úr hegðun, tilfinningum og hugsunum. Það sem átt er við með viðhorfi í tengslum við hegðun eru líkleg viðbrögð fólks. Viðhorf og tilfinningar segja til um hversu vel eða illa fólki líkar við ákveðinn einstakling, hlut, hugmynd, málefni og skoðanir. Viðhorf og hugsanir segja til um þekkingu fólks, það er hversu mikla þekkingu fólk hefur á einstaklingum, hlutum eða hugmyndum. Eins

og með svo margt þá greinir félagssálfræðinga á um hversu mikilvægur hver þáttur er. Þó eru flestir sammála um að viðhorf byggja á tilfinningum en ósammála um hvort hegðun og hugsun tengjast viðhorfi (Eagly og Chaiken, 2005).

Með viðhorfakönnunum er leitast eftir afstöðu fólks til ákveðinna hluta, persóna, málefna eða einhvers annars. Þegar viðhorfakönnun er lögð fyrir þá er treyst á að svörin endurspegli raunveruleg viðhorf svarenda. Til þess að fá sem raunverulegustu svörunina þarf orðalag spurninganna að vera í lagi. Ef spurningin er ekki orðuð á réttan hátt getur skapast sú hætta að þátttakandi misskilji spurninguna og þá er ekki hægt að meta raunveruleg viðhorf fólks. Þegar meta á viðhorf fólks er best að spyrja fleiri en einnar spurningar. Til þess að meta styrkleika svara þátttakendanna er best að nota fimm mælieiningakvarða (*likert scale*). Þeir eru: Mjög ósammála, frekar ósammála, hvorki né, frekar sammála og mjög sammála. Með fimm mælieiningakvarðanum (*likert scale*) geta þeir sem mótað hafa skoðun sína svarað og gefið til kynna styrkleika skoðunar sinnar með því að haka í frekar eða mjög. Þeir sem ekki hafa mótað skoðun sína geta aftur á móti hakað í miðjupunktinn þar sem hann er fyrir þá sem ekki hafa gert upp hug sinn (Hörður Þorgilsson og Jakob Smári, 1993).

Síðustu ár hafa ýmsir fræðimenn prófað aðrar leiðir til þess að mæla viðhorf. Ein aðferð sem prófuð hefur verið er að mæla vöðvaspennu í andlitsvöðum þar sem ákveðnir vöðvar í andlitinu geta gefið skýra mynd af því hversu sterk viðhorfin eru og hvort þau eru neikvæð eða jákvæð. Kosturinn við mælingu eins og þessa er að þátttakanda gefst ekki færi á að segja ósatt um viðhorf sín (Casippo og Pretty, 1981).

Mörgum þykja viðhorf áhugaverð vegna tengsla þeirra við hegðun. Félagssálfræðingar hafa komist að því að viðhorf geta spáð fyrir um hegðun en í upphafi greindi marga á um styrkleika á milli viðhorfa og hegðunar. Í dag hafa ýmsar rannsóknir sýnt sterk tengsl þar á milli. Áhuga fólks á viðhorfum má útskýra með atburðum úr daglegu lífi þar sem reynt er að

hafa áhrif á viðhorf fólks á hverjum degi með ýmsum hætti, til dæmis með auglýsingum. Viðhorfum er hægt að breyta með því að fá fólk til þess að vera á móti sínu rétta viðhorfi. Þegar fólk hegðar sér í andstöðu við viðhorf sín þá líður því illa og breytir þar af leiðandi viðhorfi sínu til að koma í veg fyrir vanlíðan. Rannsóknir hafa sýnt að endurtekning, til dæmis atburðir úr daglegu lífi og auglýsingar geta leitt til breytinga á viðhorfum (Festinger, Riecken og Schachter, 1956). Rannsókn var gerð til að kanna hvort hægt væri að breyta viðhorfi til einstaklinga með geðklofa með því að vera með smá fræðslu fyrir þátttakendur og sýna þeim stuttmynd um einstakling með geðklofa. Þeir sem fengu fræðsluna voru 25 læknanemar á fyrsta ári. Viðhorf læknanemanna gagnvart einstaklingum með geðklofa var metið fyrir og eftir fræðsluna. Mánuði eftir rannsóknina voru læknanemarnir aftur metnir og kom í ljós að viðhorf höfðu tilhneigingu til að breytast í mánaðareftirfylgninni. Niðurstöðurnar sýndu fram á að viðhorf gagnvart geðklofa geta breyst til hins betra með fræðslu. Til að viðhalda breyttum viðhorfum gagnvart einstaklingum með geðklofa ætti að bjóða reglulega upp á fræðslu (Altindag, Yanik, Uçok, Alptekin og Ozkan, 2000).

Hugmyndir okkar um annað fólk

Það er erfitt að segja til um hvar fólk fær hugmyndir sínar um aðra einstaklinga. Fólk getur byggt hugmyndir sínar á persónulegri reynslu eða sögusögnum. Sumir draga ályktanir um aðra þrátt fyrir að vera með takmarkaðar eða jafnvel rangar upplýsingar um þá. Fólk á það til að flokka aðra niður í ákveðna flokka eins og til dæmis, góður, vondur, gáfaður og heimskur. Lýsing fólks á öðrum og hvernig það flokkar aðra niður í ákveðna flokka segir oft meira um það sjálft. Sálarástand getur haft mikil áhrif á skoðunarmyndun fólks. Til að nefna skap. Fólk í slæmu skapi hefur frekar tilhneigingu til þess að sjá aðra í neikvæðu ljósi en þeir sem eru í góðu skapi og svo öfugt (Hörður Þorgilsson og Jakob Smári, 1993).

Fordómar og stimplun

Fordómar eru neikvæðar og óraunhæfar hugsanir, hegðun eða tilfinningar sem beinast að einhverjum ákveðnum hóp eða einstaklingum. Sá sem haldinn er fordómum lærir það oft frá samfélaginu sem hann býr í (Wade og Tavris, 2008). Það má segja að fordómar séu hin versta hindrun fyrir þá sem eru með geðröskun. Það getur reynst veikum einstaklingum erfiðara að glíma við fordóma úr umhverfinu en sjúkdóminn sjálfan. Fordómar eru algengir í garð einstaklinga með geðraskanir og geta þeir orðið til þess að veiki einstaklingurinn upplifi skömm, lélega sjálfsmynd, félagslega útilokun og fleira (Anthony, 1993).

Hugmyndir Goffman (1963) um fordóma eru að við hræðumst það sem við skiljum illa og leiðir það oft á tíðum til fordóma. Einstaklingur með fordóma beinir fordómum oftast að þeim sem eru öðruvísi en hann sjálfur. Samkvæmt Goffman (1963) geta einstaklingar líka verið með fordóma gagnvart sjálfum sér. Sjálfsfordómar er þegar einstaklingurinn hefur neikvætt viðhorf til sjálfs sín. Þeir geta sprottið upp út frá áhrifum frá fjölmiðlum, kvikmyndum og sjónvarpsþáttum en þar er oft að finna brenglaða staðalímyndir af einstaklingum með geðraskanir (Goffman, 1963). Birtingarmynd fordóma getur verið mjög mismunandi. Fólk getur haft fordóma án þess að vita af því. Ómeðvitað getur fólk verið búið að bæla fordómanna niður til þess að líta betur út þar sem að það getur verið illa séð að vera fordómafullur. Eins getur fólk sýnt andstæða hegðun, sem felur í sér að það er mjög fordómafullt en er óhrætt við að láta það í ljós. Sumir vilja meina að fordómar hafi minnkað á meðan aðrir segja að þeir séu enn til staðar en að menn bæli þá frekar niður því það þykir neikvætt að vera fordómafullur (Fishbein og Azjen, 1975).

Margar þjóðir hafa gert rannsóknir á fordómum og í mörgum tilfellum hafa þær rannsóknir leitt í ljós að fordómar spretti upp vegna einhvers konar hræðslu eða varnarleysi og því noti menn fordóma sem ákveðna flóttaleið. Einnig hafa rannsóknir sýnt að uppsprettu

fordóma megi tengja við lágt sjálfstraust. Fordómar geta einnig verið lærðir en það getur verið vegna þrýstings úr samfélaginu, til dæmis frá vinum og fjölskyldu. Þrýstingurinn verður til þess að einstaklingar reyna að samsama sig vinunum eða fjölskyldunni með því að vera sammála skoðunum þeirra. Til eru dæmi þar sem að fólk hefur fordóma gagnvart ákveðnum hópi til þess eins að líða betur með sjálfri sig og sinn hóp. Með því að líka illa við ákveðinn hóp þá finnst fólki það oft tengjast sínum hópi enn frekar. Fordómar gagnvart einstaklingum með geðröskun hafa oft leitt til þess að fólk vill ekki ráða þá í vinnu, vill ekki umgangast það, ekki leigja þeim íbúð og svo má lengi telja. Þetta getur orðið til þess að fólk minnkar þátttöku sína í félagslegum samskiptum (Wade og Tavris, 2008). Rannsókn Martin og fleiri (2007) sýndi fram á að aldur og kyn spila stórt hlutverk þegar kemur að fordómum, að eldra fólk er fordómafyllra en yngra fólk og konur virðast síður haldnar fordómum en karlar. Rannsóknin (2007) sýndi einnig fram á að fordómar fari eftir menntun fólks, að þeir einstaklingar sem eru menntaðir virðast fordómalausari en þeir sem eru ómenntaðir (Martin, Bernice, Pesscosolido, Ólafsdóttir og McLeod, 2007).

Áhugaverð rannsókn var framkvæmd á 95 háskólanemum. Rannsóknin var gerð til þess að kanna viðhorf háskólanema til geðklofa og hvort að viðhorfin endurspegluðu hegðun þeirra. Þátttakendur fengu afhenta ljósmynd af ungri konu sem rannsakendur kölluðu Lísu. Ásamt myndinni fengu þeir stutta lýsingu á Lísu og einkennum hennar en hún var greind með geðklofa. Lísa var uppspuni rannsakenda og voru einkenni hennar samkvæmt DSM-IV greiningarviðmiðunum. Þátttakendur svöruðu stuttum spurningalista sem mældi viðhorf þeirra. Þeim var síðan tilkynnt að Lísa væri í næsta herbergi og vildi fá að hitta þá og segja þeim svolítið frá sjálfri sér. Þegar þátttakendurnir gengu inn í herbergið var Lísa ekki sjáanleg en á einu stólbakinu var kvenmannspeysa sem átti að gefa til kynna að Lísa hefði setið þar en skroppið frá. Þessi hluti rannsóknarinnar átti að skoða hvar þátttakendur myndu velja sér sæti,

nálægt Lísu eða langt frá henni. Sætaval þátttakendanna var síðan borið saman við svör þeirra sem þeir gáfu í spurningalistanum. Níu þátttakendur settust næst Lísu, 47 settust tveimur stólum frá, 27 settust þremur stólum frá og 12 settust fjórum stólum frá. Í ljós kom að þeir sem settust nær stólnum hennar Lísu reyndust vera með jákvæðara viðhorf en þeir sem settust fjær. Konur voru einnig mun jákvæðari en karlar og settust þær að jafnaði nær Lísu en karlarnir (Norman, Sorrentino, Garonski, Szeto, Ye og Windell, 2009).

Corrigan og fleiri (2005) komust að því að ástæða þess að almenningur stimplar einstaklinga með geðraskanir er meðal annars hræðsla. Fólk heldur að einstaklingar með geðröskun geti ekki hugsað um sig sjálf, geti ekki tekið ákvarðanir og að það ætti að forðast það. Viðhorf eins og þessi leiða til mismununar á fólki með geðraskanir. Það er mjög misjafnt eftir samfélögum að hvaða eiginleikum fólks fordómum er beint. Til dæmis virðist kynhneigð og kynþáttur skipta meira máli heldur en háralitur og skóstærð. (Corrigan, Anermeyer og Rusch, 2005). Hvernig við tölum um hlutina sýnir oft hvernig viðhorf við höfum. Það að tala um að einstaklingur sé geðklofi í stað þess að segja að einstaklingur sé með geðklofa getur valdið fordómum og mismunun, orðaval getur því skipt miklu máli (Link og Phelan, 2001).

Fólk með geðraskanir fær oft á sig ákveðinn stimpil sem getur haft slæmar afleiðingar og jafnvel leitt til mismununar. Fjölmiðlar eiga meðal annars stóran þátt í því og vegna áhrifa frá þeim hafa tækifæri einstaklinga með geðröskun takmarkast (Corrigan og Watson, 2003). Einkenni einstaklinga með geðröskun leiðir oft til stimplunar en það geta verið einkenni eins og óviðeigandi hegðun og tilfinningar, öðruvísi útlit og fleira. Einnig getur léleg félagsfærni leitt til stimplunar (Penn, Guynan, Daily, Spaulding, Garbin og Sullivan, 1994). Áhrif stimplunar frá almenningi getur oft leitt til sjálfstimplunar (*self stigma*). Sjálfstimplun er þegar viðhorf almennings hefur áhrif á þann einstakling sem hefur fengið á sig stimpil.

Einstaklingurinn samþykkir neikvæðu ummælin sem hann heyrir um sig og fer að trúa þeim sjálfur. Þetta leiðir til minnkunar á sjálfstrausti og sjálfsáliti (Corrigan, Ahermeyer og Rusch, 2005).

Af hverju skipta viðhorf máli?

Neikvæð viðhorf geta haft slæmar afleiðingar. Auðvelt er að verða fyrir áhrifum af neikvæðum viðhorfum, hvort sem um raunveruleg viðhorf er að ræða, eitthvað sem við sjáum í bíómynd, persónulega reynslu eða sögusagnir. Sögusagnir og áhrif úr bíómyndum geta ýtt undir ranghugmyndir fólks sem leiðir til þess að þær fara síðan að verða ríkjandi í samfélaginu. Það getur því vel verið að einstaklingur sem greinist með sjúkdóm hafi verið búinn að mynda sér neikvæð viðhorf til sjúkdómsins áður en hann greindist. Rannsóknir hafa sýnt að sjálfsfordómar aukast hjá einstaklingum þegar þeir greinist með sjúkdóminn og þeir upplifa skömm. Jákvæð viðhorf og skilningur í samfélaginu skiptir því gríðarlega miklu máli (Camp, Finlay og Lyon, 2002).

Fordómar gagnvart einstaklingum með geðklofa fara ekki minnkandi og eru flestir sammála því að umræðu um geðklofa þurfi að breyta. Til samanburðar má nefna að síðustu ár hafa fordómar gagnvart einstaklingum með þunglyndi og átraskanir farið minnkandi. Ástæða þess er fræðsla og jákvæð umræða í fjölmiðlum og á fleiri stöðum. Ef einstaklingur með geðklofa fremur ofbeldisverknað er yfirleitt tekið fram í fjölmiðlum að viðkomandi sé með geðklofa. Ef ofbeldisverknaðurinn hefði verið framinn af einstaklingi með þunglyndi eða átröskun hefði það sennilega ekki ratað með í fréttina. Þetta sannar það að fræðsla og jákvæð umfjöllun getur breytt viðhorfum fólks (Link, Struening, Rahav, Phelan og Nuttbrock, 1997).

Fjölmiðlar eiga það til að skapa og viðhalda fordómum með því að gera meira úr hlutunum þegar einstaklingar með geðröskun fremja ofbeldisverk heldur en þegar aðrir eiga í

hlut. Við það fá lesendur á tilfinninguna að einstaklingar með geðröskun séu almennt ofbeldishneigðari en annað fólk þótt rannsóknir sýni að svo sé alls ekki (Guðjón Magnússon, 2003). Í rannsókn sem gerð var á Ítalíu árið 2010 voru skoðaðar umfjallanir um geðklofa í 22 dagblöðum. Orðinu „geðklofi“ var flett upp í 22 dagblöðum sem hægt var að nálgast á rafrænu formi. Tímabilið sem tekið var fyrir var frá janúar 2008 til desember 2008. Hver grein með umfjöllun um geðklofa var síðan skoðuð frekar. Orðið „geðklofi“ fannst í 1087 greinum. Í sömu setningu og orðið „geðklofi“ birtist þá mátti finna orð eins og „hætta“, „hættulegur“, „árásargirni“ og „skríttinn“. Í meira en helmingi tilfella var óvíst hvort að viðkomandi væri greindur með geðklofa. Í fáum tilfellum kom fram að viðkomandi væri greindur með sjúkdóminn. Í 57 greinum var fjallað um geðklofa í tengslum við morð, í 17 greinum í tengslum við árás og í 33 greinum í tengslum við árás á aðra manneskju. Rannsókn þessi staðfestir að fjölmiðlar fjalla almennt um geðklofa í neikvæðu samhengi og tengja hann yfirleitt við ofbeldi. Það kemur því ekki á óvart að fólk hafi neikvæð viðhorf til geðröskunar eins og geðklofa (Magliano, Read og Marassi, 2011).

Þegar íslensk viðhorf eru skoðuð í samanburði við aðrar þjóðir þá eru viðhorf á Íslandi ekki eins neikvæð og til dæmis í Bandaríkjunum. Tenging geðsjúkdóma og ofbeldis í fjölmiðlum virðist hafa þau áhrif að fólk hræðist einstaklinga sem eiga við geðræn vandamál að stríða. Fjölmiðlar virðast skipta miklu máli í umræðu um geðsjúkdóma en fjölmiðlaumfjöllun á Íslandi er ekki eins og í bandarískum fjölmiðlum. Á tímabilinu 2006–2007 var framkvæmd könnun á Íslandi þar sem spyrjar fóru inná heimili 1030 manns til þess að kanna viðhorf til geðraskana. Þátttakendur fengu persónulýsingu á einstaklingi sem var annaðhvort með einkenni geðklofa eða einkenni þunglyndis. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós neikvæðari viðhorf til einstaklinga með geðklofa en einstaklinga með þunglyndi (Martin og fl, 2007).

Viðhorf Íslendinga eru ekki eins í samanburði við Breta. Rannsókn sem gerð var í Bretlandi sýnir fram á að viðhorf almennings í Bretlandi til einstaklinga með geðröskun hefur lengi verið frekar neikvætt. Fólk er almennt sammála um að skömm fylgi því að greinast með geðsjúkdóm og því er mismunur ekki óalgeng. Þessi hugsunarháttur getur leitt til þess að veikir einstaklingar leiti sér síður hjálpar. Yfirvöld í Bretlandi hafa þó reynt að stuðla að jákvæðari viðhorfum með herferð sem lagt var í árið 2004. Það sem fólst í þessari herferð var að heilbrigðisstofnunum, vinnuveitendum og fleirum var boðin fræðsla í von um að draga úr fordómum og stimplun og stuðla að jákvæðari viðhorfum. Yfirvöld í Bretlandi hafa fundið áreiðanlegan spurningalista sem metur viðhorf almennings til geðraskana. Spurningalistinn kallast Attitudes to Mental Illness Questionnaire (*AMIQ*). Spurningalistinn inniheldur smásögur um einstaklinga með einhverskonar geðröskun og þátttakendur þurfa síðan að svara spurningum um söguna í lokin. Til þess að meta viðhorf til geðklofa var spunnin upp saga um einstakling með geðklofa. Í lokin voru þátttakendur rannsóknarinnar spurðir spurninga um einstaklinginn, eins og til dæmis hvort þeim fyndist í lagi að bjóða viðkomandi í mat, vinna með honum, hvort að þeim fyndist líklegt að viðkomandi kæmist í kast við lögina eða hvort þeim þætti líklegt að maki viðkomanda myndi sækja um skilnað. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós neikvæðari viðhorf til einstaklinga með ávanabindandi sjúkdóma eins og áfengissýki en ekki eins neikvæð viðhorf til einstaklinga með geðklofa eða þunglyndi (Luty, Fekadu, Umoh og Gallagher, 2006).

Rannsóknir á viðhorfum

Í samfélaginu ríkir mikill munur á viðhorfum milli kynjanna. Konur hafa jákvæðari viðhorf til geðraskana en karlar. Fyrri rannsóknir á viðhorfum til geðraskana hafa sýnt að yngra fólk reynist hafa jákvæðari viðhorf og einnig þeir sem eru menntaðir. Viðhorf geta einnig verið

breytileg eftir því hvaðan fólk er og hvaða félagslega bakgrunn það hefur. Í Kína ríkir mikill misskilningur um geðraskanir og er stimplun á einstaklinga með geðröskun mjög algeng þar í landi. Í rannsókn sem framkvæmd var árið 2000 var viðhorf 2223 nemenda í Hong Kong skoðuð. Skoðuð voru viðhorf til geðraskana með tilliti til kyns. Spurningalistinn sem notast var við heitir *Opinion about mental illness in chinese community (OMICC)*. Innri stöðugleiki spurningalistans var mældur með Cronbach's Alpha og mældist 0,87 sem þykir góður stöðugleiki. Spurningarnar voru 45 talsins ásamt bakgrunnsspurningum. Spurningarnar skiptust í 6 flokka sem mældu mismunandi gerðir af viðhorfum. Flokkarnir sex voru, góðsemi, stimplun, aðskilnaður, staðalímyndir, aðhaldssemi og svartsýni (Ng og Chan, 2000). Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna viðhorf til geðraskana og reyna að nýta þær upplýsingar sem komu úr rannsókninni til þess að breyta viðhorfum almennings í von um að einstaklingar með geðröskun hætti að vera útskúfaðir og verði hluti af samfélaginu. Í Hong Kong hræðist fólk almennt einstaklinga með geðröskun, þeir eru taldir vera hættulegir og þykir fólki best að halda þeim utan samfélagsins. Neikvæð viðhorf eins og þessi geta valdið mikilli vanlíðan hjá einstaklingum með geðröskun og getur leitt til ofbeldis eða sjálfsvígs. Heimili fyrir einstaklinga með geðraskanir hafa verið opnuð víða í Hong Kong við slæmar undirtektir íbúa. Fólk er ekki hrifið af því að slík heimili séu opnuð í nágrenni við það (Ng og Chan, 2000). Góðsemisþátturinn innihélt spurningar sem mældu hversu vingjarnlegt fólk er við einstaklinga með geðröskun. Aðskilnaður mat hversu mikla fjarlægð fólk vill hafa á milli sín og einstaklinga með geðröskun. Staðalímyndir segja til um hvernig og hvort fólk flokki einstaklinga með geðröskun niður í flokka eftir hegðunarmynstri, útliti eða einhverju öðru. Aðhaldssemi metur skoðun fólks á því hvort því finnist einstaklingar með geðröskun eiga rétt á sömu hlutum og þeir sem ekki eru með geðröskun. Svartsýni metur skoðun fólks á framtíðarhorfum einstaklinga með geðröskun og að lokum er þátturinn stimplun, sem metur

hvort fólk líti á það sem skömm að vera með geðröskun. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu jákvæðari viðhorf hjá stelpum. Stelpur skorðu einnig hæst í góðsemisþættinum á meðan strákar höfðu meiri tilhneigingu til þess að flokka einstaklinga með geðröskun í staðalímyndir. Stelpur höfðu einnig oftar umgengist einstakling með geðröskun og þekktu frekar einhvern með geðröskun en strákar. Það sem mögulega getur haft áhrif á niðurstöðurnar er að stelpur hafa frekar komist í tæri við einstakling með geðröskun og þekkja þar af leiðandi betur til en rannsóknir hafa sýnt að þeir sem þekkja einstakling með geðröskun hafa jákvæðari viðhorf. Að þekkja til sjúkdómsins skiptir því máli þegar kemur að viðhorfum (Ng og Chan, 2000).

Viðhorf geta verið breytileg eftir starfsstéttum. Lögregluþjóna skortir oft fræðslu til að þekkja sjúkdóma og þá sérstaklega til að þekkja geðraskanir. Gagnagrunnur um viðhorf eða þekkingu lögregluþjóna á geðröskunum virðist ekki vera til og því hefur verið hannað nýtt og áreiðanlegt mælitæki til þess að kanna viðhorf lögregluþjóna. Mælitækið kallast MHASP, eða the Mental Health Attitude Survey for Police. Niðurstöður rannsóknar, þar sem spurningalistinn MHASP var notaður á 412 lögregluþjóna, leiddu í ljós jákvæðari viðhorf hjá þeim sem þekktu einhvern með geðröskun og að þeir hræddust síður einstaklinga með geðröskun. Lögreglukonur sýndu jákvæðari viðhorf og einnig þeir sem höfðu starfað lengi hjá lögreglunni og höfðu þar af leiðandi meiri starfsreynslu (Clayfield, Fletcher og Grudzinkas, 2011).

Viðhorf geta verið breytileg eftir menningarheimum. Í mismunandi menningarheimum geta viðhorf mótast og þróast eftir samfélaginu. Rannsókn var framkvæmd á eina sjúkrahúsinu í Palestínu sem býður upp á þjónustu fyrir einstaklinga með geðröskun. Niðurstöður rannsóknarinnar voru þær að meirihluti þátttakenda, sem voru hjúkrunarfræðingar, sýndu bæði jákvæð og neikvæð viðhorf. Neikvæð viðhorf voru þó sterkari og þá sérstaklega til raskana eins og geðklofa og áfengis- og efnamisnotkunar.

Menntun og umgengni við einstaklinga með geðröskun virtist ekki bæta viðhorf til einstaklinga með geðröskun. Þessar niðurstöður fengu rannsakendur til þess að íhuga að mögulega þurfi að endurskoða háskólanám í Palestínu og bjóða upp á frekari fræðslu og þjálfun í geðheilbrigði til þess að auka jákvæðari viðhorf (Ahmead, Rahhal og Baker, 2010).

Rannsóknir sem gerðar hafa verið á geðklofa hafa almennt sýnt fram á frekar neikvæð viðhorf almennings til einstaklinga með geðklofa. Yngra fólk virðist í flestum tilfellum hafa jákvæðari viðhorf en eldra fólk og þeir sem eru menntaðir hafa jákvæðari viðhorf en þeir sem eru ómenntaðir (Ahmead, Rahhal og Baker, 2010). Rannsóknir hafa einnig sýnt fram á jákvæðari viðhorf hjá einstaklingum sem þekkja einhvern með geðklofa (Ng og Chan, 2000). Áhugavert er að velta fyrir sér hvort að viðhorf nemenda við Háskólann á Akureyri endurspegli niðurstöður úr fyrri rannsóknum. Áætlað er að komast að því hvort að nemendur á heilbrigðisvísindasviði og í sálfræði hafi jákvæðari viðhorf til einstaklinga með geðklofa en nemendur af öðrum námssviðum innan Háskólans. Settar eru fram tvær tilgátur í rannsókninni. Tilgáta eitt er svo hljóðandi, „eldri nemendur hafa neikvæðari viðhorf til einstaklinga með geðklofa heldur en yngri nemendur“, tilgáta tvö er, „nemendur sem þekkja einhvern með geðklofa hafa jákvæðari viðhorf til einstaklinga með geðklofa en þeir sem ekki þekkja einhvern með geðklofa.“

Aðferð

Þátttakendur

Þátttakendur rannsóknarinnar voru nemendur í Háskólanum á Akureyri. Alls tóku 509 nemendur þátt í rannsókninni og voru þeir 18 ára og eldri. Þátttakendum var skipt niður í tvo aldurshópa, yngri en 30 ára og 30 ára og eldri. Alls voru 235 (46%) þátttakendur í yngri hópnum og 274 (54%) þátttakendur í þeim eldri. Flestir þátttakendur voru á aldrinum 24–29 ára (29%). Ekki var spurt um kyn í rannsókninni og er því ekki vitað um kynjahlutfall þátttakendanna. Þátttakendur rannsóknarinnar dreifðust yfir mismunandi námssvið innan Háskólans og voru flestir af heilbrigðisvísindasviði sem svöruðu. 140 einstaklingar voru á heilbrigðisvísindasviði (27%), 102 í kennarafræðum (20%), 95 á hug- og félagsvísindasviði fyrir utan kennarafræði og sálfræði (19%), 91 í sálfræði (18%) og 81 á viðskipta- og raunvísindasviði (16%). Á heilbrigðisvísindasviði eru nemendur sem leggja stund á hjúkrunar- og iðjuþjálfunarfræði. Innan hug- og félagsvísindasviðs fyrir utan kennarafræði og sálfræði eru nemendur sem leggja stund á félagsvísindi, fjölmiðlafræði, nútímafræði og lögfræði. Á viðskipta- og raunvísindasviði eru nemendur í náttúru- og auðlindafræði, líftækni, sjávarútvegsfræði og viðskiptafræði. Alls fengu 1457 nemendur senda beiðni um þátttöku og var svarhlutfall um 35%. Þátttakendur voru valdir með hentugleikaúrtaki og fengu ekki greitt fyrir þátttöku sína.

Mælitæki

Mælitæki rannsóknarinnar var spurningalisti sem hannaður var með hliðsjón af spurningalistanum *Opinion about Mental Illness in Chinese Community (OMICC)*, eftir Petrus NG og Kai-Fong Chan (2000). Upprunalegi spurningalistinn var á ensku og fjallaði um geðraskanir almennt. Hann var bakþýddur og staðfærður. Alls voru 34 spurningar í listanum sem snéru allar að viðhorfum til einstaklinga með geðklofa. Notast var við fimm

mælieiningakvarðann (*likert scale*) sem svarmöguleika í öllum spurningunum.

Svarmöguleikarnir voru: Mjög ósammála, frekar ósammála, hvorki né, frekar sammála og mjög sammála. Eftir því sem meðaltalið er lægra því jákvæðari viðhorf hafa nemendur til einstaklinga með geðklofa. Hærra meðaltal gefur til kynna neikvæðari viðhorf. Spurningum listans var skipt niður í sex þætti. Þættirnir voru: Aðskilnaður (*separatism*), staðalímyndir (*stereotyping*), aðhaldssemi (*restrictiveness*), góðsemi (*benevolence*), svartsýni (*pessimistic prediction*) og stimplun (*stigmatization*). Í aðskilnaði voru tíu spurningar, sem dæmi um spurningu í þeim þætti er „einstaklingar með geðklofa geta auðveldlega veikst aftur þrátt fyrir að hafa hlotið árangursríka meðferð“. Innri stöðugleiki í aðskilnaði var $\alpha \geq 0,70$. Í staðalímynd voru fjórar spurningar, sem dæmi um spurningu í þeim þætti er „allir einstaklingar með geðklofa sýna af sér einhverja undarlega hegðun“. Innri stöðugleiki í staðalímynd var $\alpha \geq 0,65$. Í aðhaldssemi voru einnig fjórar spurningar, sem dæmi um spurningu í þeim þætti er „þeir sem eru með geðklofa geta ekki náð fullum bata“. Innri stöðugleiki í aðhaldssemi var $\alpha \geq 0,66$. Góðsemi innihélt átta spurningar, sem dæmi um spurningu í þeim þætti er „fyrirtæki og stjórnvöld eiga að bjóða uppá störf fyrir einstaklinga með geðklofa“. Innri stöðugleiki í góðsemi var $\alpha \geq 0,72$. Í bæði svartsýni og stimplun voru fjórar spurningar og sem dæmi um spurningu í svartsýni er „flest fólk er með fordóma gagnvart einstaklingum með geðklofa“. Innri stöðugleiki í svartsýni var $\alpha \geq 0,55$. Sem dæmi um spurningu í stimplun er „það er skömm að vera með geðklofa“. Innri stöðugleiki í stimplun var $\alpha \geq 0,43$. Innri stöðugleiki spurningalistans í heild sinni mældist $\alpha \geq 0,87$. Þar sem að spurningalistinn var þýddur yfir á íslensku og orðalagi breytt, er ekki hægt að gera ráð fyrir því að innri stöðugleikinn sé sá sami og var í upprunalega spurningalistanum.

Í heild sinni innihélt spurningalistinn 37 spurningar, af þeim voru þrjár síðustu spurningarnar í listanum bakgrunnsspurningar. Þær voru: „á hvaða aldursbili ert þú?“, „hvaða

námi tilheyrir þú?“ og „þekkir þú einhvern með geðklofa?“. Svarmöguleikarnir í spurningunni „á hvaða aldursbili ert þú?“ voru: 18–23 ára, 24–29 ára, 30–35 ára 36–41 árs og 42 og eldri. Svarmöguleikarnir í spurningunni „hvaða námi tilheyrir þú“ voru, heilbrigðisvísindasvið, viðskipta- og raunvísindasvið, kennarafræði, sálfræði og hug- og félagsvísindasvið fyrir utan sálfræði og kennarafræði. Spurningin „þekkir þú einhvern með geðklofa“ bauð aðeins upp á „já“ og „nei“ valmöguleika. Spurningalistann má sjá í heild sinni í viðauka 1.

Framkvæmd

Spurningalistinn var þýddur yfir á íslensku og fengu rannsakendur einstakling með góða enskukunnáttu til að bakþýða hann til að vera viss um að spurningarnar héldu upprunalegu merkingu sinni. Þar sem að upprunalegi spurningalistinn fjallaði um geðraskanir almennt þurftu rannsakendur að breyta orðinu geðraskanir í geðklofa og var orðalagi spurninganna jafnframt breytt ef þess þurfti til þess að falla betur að íslenskri menningu. Næsta skref rannsakenda var að forprófa spurningalistann þar sem um nýtt mælitæki var að ræða. Fyrirlögnina sáu rannsakendur um sjálfir og átti forprófunin sér stað þann 3. febrúar 2012. Þeir aðilar sem tóku þátt í forprófuninni voru 16 nemendur á þriðja ári í sálfræði við Háskólann á Akureyri. Í forprófun spurningalistans var spurningalistinn prentaður út fyrir nemendur. Ástæða þess að spurningalistinn var útprentaður en ekki hafður á rafrænu formi var sú að þátttakendurnir voru beðnir um að skrifa niður athugasemdir varðandi orðalag, uppsetningu eða eitthvað annað sem þeir vildu koma á framfæri.

Niðurstöður forprófunarinnar komu vel út en þó voru nokkrar spurningar sem fengu fleiri athugasemdir en aðrar. Þær spurningar sem fengu hvað flestar athugasemdir voru skoðaðar sérstaklega vel og var uppsetningu og orðalagi breytt með tilliti til athugasemdanna.

Hönnun spurningalistans fór fram á kannanir.is sem er frítt kannanaforrit fyrir háskólanema. Stefán Jóhannsson, sérfræðingur í upplýsingatækni við Háskólann á Akureyri

sá um rafræna fyrirlögn á spurningalistanum. Þann 12. mars 2012 barst nemendum Háskólans beiðni í tölvupósti um þátttöku í rannsókn um viðhorf háskólanema til einstaklinga með geðklofa. Í tölvupóstinum fengu nemendur stutta kynningu á tilgangi rannsóknarinnar (sjá viðauka 2), hverjir rannsakendurnir væru og að þátttakan tæki um tíu mínútur. Slóðina inn í könnunina mátti finna í lok tölvupóstsins. Þeir nemendur sem tóku þátt í rannsókninni fengu allir sömu fyrirmælin ásamt útskýringu á birtingarmynd geðklofa, hana mátti finna á forsiðu spurningalistans. Í fyrirmælunum sem þátttakendur fengu voru þeir beðnir um að svara hversu sammála eða ósammála þeir væru eftirfarandi fullyrðingum sem tengdust geðklofa, einnig voru þeir beðnir um að lesa fyrirmælin sem og fullyrðingarnar vandlega áður en þeir myndu svara. Til þess að auka þátttökuna var nemendum sent ítrekað boð um þátttöku í rannsókninni þann 21. mars 2012. Í ítrekuninni voru þátttakendur minntir á spurningakönnunina og hvattir til þess að taka þátt. Tekið var fram hversu langan tíma könnunin tæki og þeim þakkað fyrir þátttökuna ef þeir voru búnir að svara. Lokað var fyrir könnunina 24. mars 2012.

Tölfræðileg úrvinnsla

Unnið var úr niðurstöðum rannsóknarinnar í 19. útgáfu SPSS. Reiknaður var út innri stöðugleiki þáttanna með Cronbach's Alpha. Samkvæmt Cronbach's Alpha er það talið framúrskarandi ef stöðugleikinn reynist vera $\alpha \geq 0,9$ sem er það besta sem á verður kosið, $0,9 > \alpha \geq 0,8$ er gott, $0,8 > \alpha \geq 0,7$ er ásættanlegt, $0,7 > \alpha \geq 0,6$ er talið vafasamt, $0,6 > \alpha \geq 0,5$ er lélegt og óásættanlegt er þegar hann reynist vera $0,5 > \alpha$ (George og Mallery, 2003).

Greint var frá niðurstöðum með lýsandi tölfræði, það er að segja, skýrt frá marktekt, meðaltali, staðalfráviki og hæsta og lágsta gildi. Notuð var ANOVA dreifigreining til að athuga hvort munur væri á milli tveggja eða fleiri hópa. Þegar marktækur munur mældist var notast við Post hoc og Bonferroni próf til þess að komast að því hvar marktæki munurinn lá. Miðað var við alfa stuðulinn 0,05 eða 95% öryggismörk. Hæsta gildi var 5 og lágsta gildið 1.

Ekki verður greint frá þáttum sem mælast með innri stöðugleika $0,6 > \alpha \geq 0,5$ þar sem að sá stöðugleiki er talinn lélegur eins og fram kemur hér að ofan.

Niðurstöður

Markmið þessarar rannsóknar var að skoða viðhorf nemenda í Háskólanum á Akureyri til einstaklinga með geðklofa.

Tafla 1. Bakgrunnsupplýsingar um aldur, námssvið og hvort þátttakandi þekki einhvern með geðklofa

		<i>n</i>	%
Á hvaða aldursbili ert þú?	18–23 ára	89	17,5
	24–29 ára	146	28,6
	30–35 ára	98	19,3
	36–41 árs	78	15,3
	42 ára og eldri	98	19,3
Hvaða námi tilheyrir þú?	Heilbrigðisvísindasvið	140	27,5
	Viðskipta- og raunvísindasvið	81	15,9
	Kennarafræði	102	20,0
	Sálfræði	91	17,9
	Hug- og félagsvísindasvið fyrir utan sálfræði og kennarafræði	95	18,7
Þekkir þú einhvern með geðklofa?	Já	175	34,4
	Nei	334	65,6
Heildarfjöldi		509	

Í töflu 1 má sjá fjölda og hlutfall þátttakenda, aldur þeirra, námssvið og hvort að þeir þekki einhvern með geðklofa. Þátttakendur voru 509 talsins. Eins og sjá má í töflu 1 voru flestir þátttakendur á aldrinum 24–29 ára eða um 29%. Jafn margir þátttakendur voru á aldrinum 30–35 ára og 42 ára og eldri eða rúm 19%. Þátttakendur á aldrinum 18–23 ára voru 89 talsins eða 17,5% og færstir voru á aldrinum 36–41 árs eða um 15%. Einnig sést á töflu 1 þau svið innan Háskólans sem þátttakendur rannsóknarinnar voru á. Flestir þátttakendanna voru af

heilbrigðisvísindasviði og fæstir voru af viðskipta- og raunvísindasviði. Meirihluti þátttakendanna þekkti engan með geðklofa eða um 66%.

Tafla 2. Meðaltal, staðalfrávik og innri stöðugleiki allra þátta

Þáttur	<i>M</i>	<i>sf</i>	<i>Alpha</i>
Aðskilnaður	2,45	0,58	0,79
Staðalímynd	1,95	0,65	0,66
Aðhaldssemi	1,85	0,61	0,66
Góðsemi	1,96	0,48	0,60
Svartsýni	3,2	0,66	0,64
Stimplun	1,66	0,43	0,38

Alpha gildi var mælt í öllum þáttum til þess að kanna innra réttmæti hvers þáttar fyrir sig. Í töflu 2 má sjá að innri stöðugleiki var ásættanlegur í öllum þáttunum nema í stimplun (*stigmatization*). Þar sem að innri stöðugleikinn reyndist svo lélegur í stimplun voru tilgátur rannsóknarinnar ekki prófaðar í þeim þætti. Eins og sjá má í töflu 2 mældist aðskilnaður með mestan innri stöðugleika.

Tafla 3. Viðhorf nemenda á aðskilnaði eftir námssviði

Nám	<i>M</i>	<i>sf</i>	95% CI
Heilbrigðisvísindasvið	2,25	0,55	2,16–2,35
Viðskipta- og raunvísindasvið	2,66	0,65	2,51–2,80
Kennarafræði	2,57	0,56	2,46–2,68
Sálfræði	2,44	0,57	2,32–2,56
Hug- og félagsvísindasvið fyrir utan sálfræði og kennarafræði	2,46	0,48	2,36–2,56

Í töflu 3 má sjá viðhorf nemenda á aðskilnað eftir námssviði. Aðskilnaður metur hversu mikla fjarlægð fólk vill hafa á milli sín og einstaklinga með geðklofa. Í aðskilnaði reyndist vera marktækur munur á milli námssviða $F(4, 492) = 8,061$ $p < 0,001$. Á töflu 3 má sjá að heilbrigðisvísindasvið var með lægsta meðaltalið og þar af leiðandi með jákvæðasta viðhorfið

og viðskipta- og raunvísindasvið var með hæsta meðaltalið. Nemendur á heilbrigðisvísindasviði voru með marktækt jákvæðari viðhorf heldur en nemendur í sálfræði og kennarafræði. Enginn marktækur munur mældist á milli hinna námssviðanna.

Tafla 4. Viðhorf nemenda á staðalímynd eftir námssviði

Nám	<i>M</i>	<i>sf</i>	95% CI
Heilbrigðisvísindasvið	1,86	0,63	1,75–1,96
Viðskipta- og raunvísindasvið	1,91	0,69	1,76–2,06
Kennarafræði	1,92	0,65	1,79–2,05
Sálfræði	2,12	0,68	1,98–2,26
Hug- og félagsvísindasvið fyrir utan sálfræði og kennarafræði	1,97	0,62	1,84–2,09

Í töflu 4 má sjá viðhorf nemenda á staðalímynd eftir námssviði. Staðalímynd segir til um hvernig og hvort fólk flokkar einstaklinga með geðklofa niður í flokka eftir hegðunarmynstri, útliti eða einhverju öðru. Marktækur munur mældist á milli námssviða $F(4, 500) = 2,482$ $p < 0,043$. Nemendur á heilbrigðisvísindasviði voru með marktækt jákvæðari viðhorf heldur en nemendur í sálfræði. Enginn marktækur munur mældist á milli annarra námssviða. Hæsta meðaltalið mældist hjá sálfræðinemum og það lægsta hjá heilbrigðisvísindasviði. Heilbrigðisvísindasviðið var þar af leiðandi með jákvæðasta viðhorfið.

Tafla 5. Viðhorf nemenda á aðhaldssemi eftir námssviði

Nám	<i>M</i>	<i>sf</i>	95% CI
Heilbrigðisvísindasvið	1,78	0,6	1,67–1,87
Viðskipta- og raunvísindasvið	1,94	0,67	1,79–2,09
Kennarafræði	1,91	0,62	1,79–2,03
Sálfræði	1,89	0,66	1,75–2,03
Hug- og félagsvísindasvið fyrir utan sálfræði og kennarafræði	1,78	0,53	1,68–1,89

Í töflu 5 má sjá viðhorf nemenda á aðhaldssemi eftir námssviði. Aðhaldssemi metur skoðun fólks á því hvort því finnist einstaklingar með geðklofa eiga rétt á sömu hlutum og aðrir.

Marktækur munur reyndist ekki á milli námssviða $F(4, 501) = 1,650$ $p > 0,160$. Hæsta meðaltalið mældist hjá nemendum á viðskipta- og raunvísindasviði og lægsta meðaltalið hjá hug- og félagsvísindasviði fyrir utan sálfræði og kennarafræði og hjá nemendum á heilbrigðisvísindasviði.

Tafla 6. Viðhorf nemenda á góðsemi eftir námssviði

Nám	<i>M</i>	<i>sf</i>	95% CI
Heilbrigðisvísindasvið	1,88	0,49	1,80–1,96
Viðskipta- og raunvísindasvið	1,98	0,52	1,86–2,09
Kennarafræði	2,00	0,44	1,91–2,08
Sálfræði	1,90	0,47	1,80–2,00
Hug- og félagsvísindasvið fyrir utan sálfræði og kennarafræði	2,07	0,47	1,97–2,17

Í töflu 6 má sjá viðhorf nemenda á góðsemi eftir námssviði. Góðsemi metur hversu vingjarnlegt fólk er við einstaklinga með geðklofa. Marktækur munur mældist á milli sviða $F(4, 491) = 2,616$ $p < 0,035$. Nemendur á heilbrigðisvísindasviði voru með marktækt jákvæðari viðhorf en nemendur á hug- og félagsvísindasviði fyrir utan sálfræði og kennarafræði. Ekki mældist marktækur munur á milli hinna námssviðanna. Hæsta meðaltalið mældist hjá nemendum á hug- og félagsvísindasviði og lægsta meðaltalið hjá nemendum á heilbrigðisvísindasviði. Jákvæðasta viðhorfið er því á meðal nemenda á heilbrigðisvísindasviði.

Tafla 7. Viðhorf nemenda á svartsýni eftir námssviði

Nám	<i>M</i>	<i>sf</i>	95% CI
Heilbrigðisvísindasvið	3,33	0,66	3,22–3,44
Viðskipta- og raunvísindasvið	3,26	0,65	3,11–3,40
Kennarafræði	3,10	0,70	2,96–3,24
Sálfræði	3,28	0,66	3,14–3,42
Hug- og félagsvísindasvið fyrir utan sálfræði og kennarafræði	3,03	0,61	2,90–3,16

Í töflu 7 má sjá viðhorf nemenda á svartsýni á milli námssviða. Svartsýni metur skoðun fólks á framtíðarhorfur einstaklinga með geðklofa. Marktækur munur mældist á milli námssviða $F(4, 495) = 3,929$ $p < 0,004$. Nemendur á heilbrigðisvísindasviði voru með marktækt jákvæðari viðhorf heldur en nemendur á hug- og félagsvísindasviði fyrir utan sálfræði og kennarafræði. Hæsta meðaltalið mældist hjá nemendum á heilbrigðisvísindasviði og lægsta var hjá nemendum á hug- og félagsvísindasviði fyrir utan sálfræði og kennarafræði.

Tafla 8. Munur á viðhorfum nemenda sem eru yngri en 30 ára og þeim sem eru 30 ára og eldri

Þættir	Aldur	<i>M</i>	<i>sf</i>	95% CI
Aðskilnaður	Yngri en 30 ára	2,45	0,56	2,38–2,52
	30 ára og eldri	2,46	0,60	2,39–2,53
Staðalímynd	Yngri en 30 ára	2,00	0,65	1,92–2,08
	30 ára og eldri	1,90	0,66	1,82–1,98
Aðhaldssemi	Yngri en 30 ára	1,80	0,59	1,73–1,88
	30 ára og eldri	1,89	0,63	1,82–1,97
Góðsemi	Yngri en 30 ára	1,96	0,46	1,90–2,02
	30 ára og eldri	1,96	0,50	1,90–2,02
Svartsýni	Yngri en 30 ára	3,21	0,66	3,13–3,30
	30 ára og eldri	3,20	0,67	3,12–3,28

Í töflu 8 má sjá mun á viðhorfum nemenda sem eru yngri en 30 ára og þeim sem eru 30 ára og eldri á þáttunum fimm. Í öllum þáttunum voru meðaltöl nánast þau sömu og mældist því

enginn marktækur munur á viðhorfum nemenda eftir aldri. Útkoma úr ANOVA

dreifigreiningu var $F(1, 495) = 0,042$ $p > 0,838$ í aðskilnaði, $F(1, 503) = 2,811$ $p > 0,094$ í

staðalímynd, $F(1, 504) = 2,583$ $p > 0,109$ í aðhaldssemi, $F(1, 494) = 0,001$ $p > 0,983$ í góðsemi

og $F(1, 498) = 0,024$ $p > 0,876$ í svartsýni.

Tafla 9. Munur á milli þeirra sem þekkja einhvern með geðklofa og þeirra sem ekki þekkja einhvern með geðklofa

Flokkar	Þekkir	<i>M</i>	<i>sf</i>	95% CI
Aðskilnaður	Já	2,36	0,65	2,26–2,46
	Nei	2,51	0,53	2,45–2,56
Staðalímynd	Já	1,91	0,70	1,81–2,01
	Nei	1,97	0,63	1,91–2,04
Aðhaldssemi	Já	1,78	0,65	1,68–1,88
	Nei	1,89	0,59	1,83–1,95
Góðsemi	Já	1,89	0,52	1,81–1,97
	Nei	2,00	0,46	1,95–2,05
Svartsýni	Já	3,29	0,74	3,18–3,40
	Nei	3,17	0,62	3,10–3,23

Eins og sjá má í töflu 9 hafa þeir nemendur sem þekkja einhvern með geðklofa almennt

jákvæðari viðhorf en þeir sem ekki þekkja einhvern með geðklofa. Þeir sem þekkja einhvern

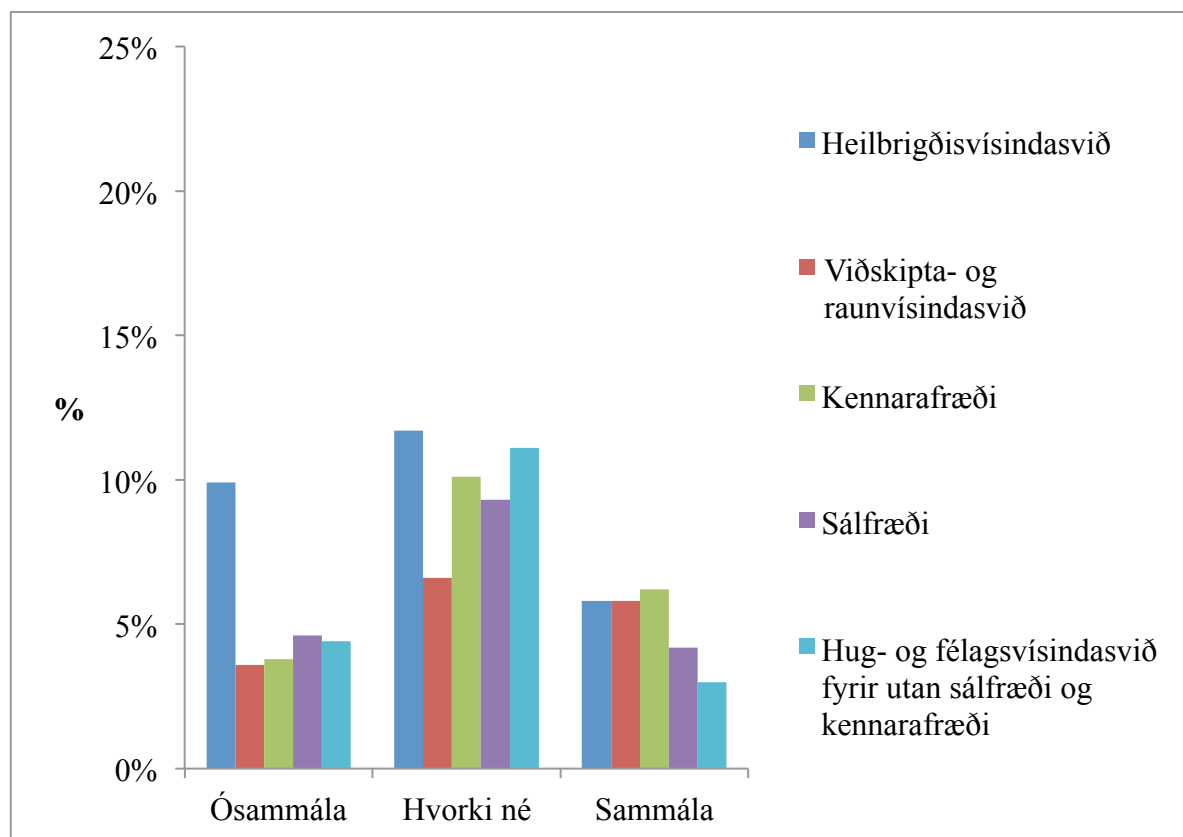
með geðklofa eru jákvæðari í öllum þáttunum nema svartsýni en þar snýst viðhorfið við. Þeir

nemendur sem þekkja einhvern með geðklofa eru aðeins neikvæðari í svartsýnisþættinum.

Tafla 10. Viðhorf nemenda til einstaklinga með geðklofa eftir námssviði

Nám	<i>M</i>	<i>sf</i>	95% CI
Heilbrigðisvísindasvið	2,12	0,38	2,05–2,19
Viðskipta- og raunvísindasvið	2,29	0,43	2,18–2,38
Kennarafræði	2,25	0,36	2,17–2,32
Sálfræði	2,22	0,35	2,15–2,30
Hug- og félagsvísindasvið fyrir utan sálfræði og kennarafræði	2,19	0,38	2,12–2,30

Í töflu 10 má sjá viðhorf nemenda til einstaklinga með geðklofa eftir námssviði. Nemendur af viðskipta- og raunvísindasviði voru með hæsta meðaltalið og nemendur af heilbrigðisvísindasviði með það lægsta og þar af leiðandi með jákvæðasta viðhorfið.



Mynd 1. Einstaklingar með geðklofa hafa tilhneigingu til þess að vera ofbeldishneigðir

Á mynd 1 má sjá svör nemenda við spurningu sjö úr spurningalistanum, „einstaklingar með geðklofa hafa tilhneigingu til þess að vera ofbeldishneigðir“. Þessi spurning tilheyrir þættinum aðskilnaði. Mynd 1 sýnir fram á að flestir nemendur af öllum sviðum innan Háskólans eru hlutlausir í spurningu 7. Á myndinni sést hvernig heilbrigðisvísindasvið, sálfræði og hug- og félagsvísindasvið fyrir utan sálfræði og kennarafræði haldast að og sýna öll sama mynstur, það er að segja, flestir segja hvorki né, síðan ósammála og fæstir eru

sammála. Nemendur í kennarafræði og á viðskipta- og raunvísindasviði sýna samskonar mynstur, það er að segja, flestir segja hvorki né, síðan sammála og fæstir eru ósammála því að einstaklingar með geðklofa hafa tilhneigingu til þess að vera ofbeldishneigðir. Á mynd 1 má sjá þeir nemendur sem segjast vera sammála spurningunni og koma flestir þeirra úr kennarafræði. Þeir nemendur sem segjast vera ósammála því að einstaklingar með geðklofa hafa tilhneigingu til þess að vera ofbeldishneigðir, koma flestir af heilbrigðisvísindasviði.

Umræður

Markmið rannsóknarinnar var að kanna viðhorf nemenda í Háskólanum á Akureyri til geðklofa. Margar rannsóknir af þessu tagi hafa verið gerðar erlendis og niðurstöður þeirra rannsókna hafa oftast leitt í ljós neikvæð viðhorf í garð einstaklinga með geðklofa. Hér á landi hafa ekki verið gerðar margar rannsóknir á geðklofa sem vitað er um en þó hafa einhverjar verið gerðar. Þær rannsóknir sem gerðar hafa verið hafa sýnt jákvæðara viðhorf á Íslandi samanborið við aðrar rannsóknir í öðrum löndum (Martin og fl, 2007). Ekki er vitað til þess að viðhorf háskólanema á Íslandi til geðklofa hafi verið rannsakað áður.

Viðhorf geta verið byggð á persónulegri reynslu en oftast en ekki eru þau lærd úr umhverfinu, vegna þekkingarleysis eða á sögusögnum. Jákvæð viðhorf í garð einstaklingsins skipta gríðarlega miklu máli fyrir hann sjálfan þar sem að neikvæð viðhorf geta haft slæmar afleiðingar. Nógu erfitt er fyrir hann að lifa með sjúkdómnum án þess að þurfa að mæta neikvæðum viðhorfum annarra (Camp, Finlay og Lyon, 2002).

Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós jákvæð viðhorf nemenda í Háskólanum á Akureyri til einstaklinga með geðklofa. Áberandi jákvæð viðhorf voru hjá nemendum á heilbrigðisvísindasviði. Á eftir heilbrigðisvísindasviði voru nemendur af hug- og félagsvísindasviði fyrir utan sálfræði og kennarafræði, næst voru nemendur í sálfræði, þar á eftir voru nemendur í kennarafræði og að lokum voru nemendur af viðskipta- og raunvísindasviði.

Svar við rannsóknarspurningunni, „hafa nemendur á heilbrigðisvísindasviði og í sálfræði jákvæðari viðhorf til einstaklinga með geðklofa heldur en önnur svið innan Háskólans“, er að nemendur á heilbrigðisvísindasviði reyndust vera með jákvæðari viðhorf til einstaklinga með geðklofa. Sálfræðinemar reyndust aftur á móti ekki vera með jákvæðari viðhorf heldur en nemendur af öðrum námssviðum innan Háskólans. Það námssvið sem kom

á eftir heilbrigðisvísindasviði með næst jákvæðasta viðhorfið voru nemendur af hug- og félagsvísindasviði fyrir utan sálfræði og kennarafræði. Þeir nemendur sem reyndust vera með neikvæðustu viðhorfin voru nemendur í sálfræði, kennarafræðum og á viðskipta- og raunvísindasviði. Þó svo að viðhorfið sé almennt frekar jákvætt á meðal nemenda, þá kom uppröðun námssviðanna nokkuð á óvart. Búist var við að nemendur í sálfræði og á heilbrigðisvísindasviði myndu skora hæst og haldast að þar sem að þeir nemendur fá fræðslu um geðsjúkdóma í námi sínu. Einnig kom rannsakendum mjög á óvart að sálfræðinemar voru ekki með jafn jákvæð viðhorf og búist var við. Það sama gilti um kennaranema, að þeir voru ekki með jákvæðari viðhorf en raun bar vitni. Rannsakendur bjuggust við að kennaranemar væru í heildina litið jákvæðari í garð einstaklinga með geðklofa þar sem að oftar en ekki er litið á kennara sem fyrirmyndir þar sem að þeir miðla af visku sinni til komandi kynslóðar. Ekki er það litið jákvæðum augum ef kennarar hafa neikvæð viðhorf til minnihlutahópa í samfélaginu. Rannsakendur bjuggust við að neikvæðasta viðhorfið yrði hjá nemendum á viðskipta- og raunvísindasviði þar sem að þeir fá enga fræðslu um geðsjúkdóma í námi sínu. Það virðist ekki koma að sök þar sem að nemendur í sálfræði mældust með svipuð viðhorf.

Í rannsókn sem gerð var á hjúkrunarfræðingum í Palestínu kom fram að almennt ríktu neikvæð viðhorf til einstaklinga með geðraskanir og þá sérstaklega þeirra sem greinast með geðklofa. Niðurstöður rannsóknarinnar fengu rannsakendur til að íhuga hvort endurskoða þyrfti nám í hjúkrun í Palestínu því ekki þótti eðlilegt að hjúkrunarfræðingar væru með svo neikvæð viðhorf til einstaklinga með geðklofa (Ahmead, Rahhal og Baker, 2010).

Niðurstöður rannsóknarinnar sem gerð var í Palestínu eru algjörlega á skjön við viðhorf hjúkrunarfræðinema í Háskólanum á Akureyri. Ekki má gleyma að um starfandi hjúkrunarfræðinga var að ræða í Palestínu en einungis nemendur í hjúkrunarfræði og iðjuþjálfun á Akureyri því er frekar óraunhæft að bera þessa tvo hópa saman. Einnig þarf að

hafa í huga að um tvo ólíka menningarheima er að ræða og gæti það haft sitt að segja um þennan mun.

Gæta þarf þess að ekki má einungis horfa á tölulegar niðurstöður, eins og þær koma fyrir svart á hvítu. Ekki má gleyma því að ákveðnar ástæður gætu verið fyrir því að viðhorf nemenda á milli námssviða raðast á þennan veg. Ein möguleg útskýring gæti verið félagslegur bakgrunnur nemenda (Ng og Chan, 2000). Bakgrunnur fólks getur verið eins misjafn og við erum mörg og gætu fjölskylduaðstæður sem og uppeldi haft sitt að segja varðandi þau viðhorf sem nemendur í Háskólanum hafa.

Niðurstöður rannsóknarinnar hrekja tilgátu 1, „eldri nemendur hafa ekki neikvæðari viðhorf til einstaklinga með geðklofa en yngri nemendur“. Enginn marktækur munur reyndist vera á milli aldurs nemenda, það er að eldri nemendur reyndust ekki vera með neikvæðari viðhorf heldur en þeir yngri, ólíkt því sem hefur verið sýnt fram á í fyrri rannsóknum. Það sem gæti meðal annars skýrt niðurstöður þessarar rannsóknar er að þátttakendur rannsóknarinnar eru einstaklingar sem eru að mennta sig og hafa jafnvel einhverja skólagöngu að baki sér. Rannsóknir hafa sýnt fram á að eldra fólk virðist oftast en ekki vera fordómafyllra heldur en ungt fólk. Einnig hefur verið sýnt fram á tengsl milli fordóma og menntunar, það er að þeir sem eru meira menntaðir sýna minni fordóma heldur en þeir sem eru ómenntaðir (Martin og fl, 2007).

Niðurstöður rannsóknarinnar styðja tilgátu 2, „nemendur sem þekkja einhvern með geðklofa hafa jákvæðari viðhorf en þeir sem ekki þekkja einhvern með geðklofa“. Þegar skoðaður var munur á milli þeirra sem þekktu einhvern með geðklofa og þeirra sem ekki þekkja einhvern með geðklofa kom í ljós að þeir nemendur sem þekktu einhvern með geðklofa sýndu jákvæðari viðhorf í fjórum þáttum af fimm. Sá þáttur sem nemendurnir sýndu neikvæðari viðhorf í var svartsýni. Munurinn reyndist ekki vera mikill og má velta fyrir sér

ástæðum þess af hverju þeir sem þekktu einhvern með geðklofa hafi skyndilega sýnt neikvæðara viðhorf í garð þeirra í þessum þætti. Mögulega gæti ástæðan verið sú að þeir sem þekkja til geðklofa séu að tala af reynslunni og eru því frekar neikvæðir fyrir hönd einstaklinga með geðklofa í stað þess að vera neikvæðir í garð þeirra. Niðurstöður Ng og Chan (2000) styðja að þekking getur haft áhrif á viðhorf. Í rannsókn þeirra (2000) var niðurstaðan sú að stelpur voru með jákvæðara viðhorf heldur en strákar og við nánari skoðun kom einnig í ljós að þær voru með meiri þekkingu á geðröskunum og þekktu frekar einhvern með geðröskun og höfðu þar af leiðandi umgengist einstakling með geðröskun frekar en strákar. Þessar niðurstöður segja okkur það að þekking skiptir máli þegar viðhorf eru skoðuð (Ng og Chan, 2000). Rannsókn Urizar og fleiri (2011) sýndi fram á að viðhorf geta verið breytileg hjá þeim sem þekkja einhvern með geðklofa. Í rannsókn þeirra (2011) voru viðhorf umönnunaraðila einstaklinga með geðklofa skoðuð og kom í ljós að viðhorf gátu verið mjög slæm og þá sérstaklega hjá mæðrum einstaklinga með geðklofa (Urizar, Maldonado, García, Salazar, Araya og Peralta, 2011).

Þegar þátturinn staðalímyndir var skoðaður kom í ljós að neikvæðasta viðhorfið var hjá sálfræðinemum. Það vakti áhuga rannsakenda að þeir skyldu koma verst út úr þessum þætti vegna þess að þeir munu líklega koma til með að vinna með einstaklingum með geðklofa að námi loknu. Þar sem að nemendur á viðskipta- og raunvísindasviði fá engan grunn eða neina fræðslu um geðsjúkdóma var búist við að þeir myndu frekar flokka einstaklinga með geðklofa í staðalímyndir heldur en sálfræðinemar vegna skorts á þekkingu. Margar ástæður geta legið að baki þess að sálfræðinemar hafi skorað hæst í þessum flokki, þar má meðal annars nefna að þeir hafa lært um geðsjúkdóma og finnst þeir mögulega geta þekkt einkenni geðklofa og geta greint hverjir eru með sjúkdóminn út frá þekkingu sinni. Því er ekki

hægt að álykta sem svo að sálfræðinemar séu beint að flokka einstaklinga með geðklofa niður í staðalímyndir með því að skora svona hátt.

Nemendur á heilbrigðisvísindasviði sýndu jákvæðasta viðhorfið í gegnum alla rannsóknina og skoruðu hæst í fjórum þáttum af fimm. Sá þáttur sem þeir mældust með neikvæðasta viðhorfið í var svartsýni. Velta má fyrir sér ástæðum þess. Við nánari skoðun kom í ljós að tiltölulega lítill munur var á milli námssviðanna og gæti því möguleg ástæða fyrir háu skori heilbrigðisvísindasviðs verið sú sama og nefnd var hér að framan, að þeir séu frekar neikvæðir fyrir hönd einstaklinga með geðklofa í stað þess að vera neikvæðir í garð þeirra. Ekki er því hægt að ganga út frá því að nemendur á heilbrigðisvísindasviði séu svartsýnni heldur en nemendur af hinum námssviðunum.

Þar sem að heilbrigðisvísindasvið mældist með jákvæðasta viðhorfið gegnum gangandi alla rannsóknina fóru rannsakendur að velta fyrir sér mögulegum ástæðum þess. Velta má fyrir sér hvort að kynjahlutfall innan heilbrigðisvísindasviðs gæti haft einhver áhrif þar sem að meirihluti nemenda innan þess sviðs eru konur. Fyrri rannsóknir hafa sýnt fram á að konur eru að jafnaði með mun jákvæðari viðhorf heldur en karlar (Ng og Chan, 2000).

Í mynd 1 var greint frá spurningu númer 7 úr spurningalistanum á myndrænan hátt.

Spurningin var valin þar sem að áhugavert þótti að skoða hana nánar með hliðsjón af því að hún snéri að ofbeldi. Hún var“einstaklingar með geðklofa hafa tilhneigingu til þess að vera ofbeldishneigðir“. Rannsóknir hafa sýnt að einstaklingar með geðklofa eru ekki líklegri til ofbeldisverka en aðrir (American Psychiatric Association, 2000). Mjög mikil dreifing var í svörum nemenda og svöruðu flestir nemendur hvers námsviðs að þeir væru „hvorki né“ skoðunar. Fleiri nemendur voru sammála spurningunni, „að einstaklingar með geðklofa hafa tilhneigingu til þess að vera ofbeldishneigðir“, heldur en ósammála. Af þeim nemendum sem sögðust vera ósammála spurningunni voru áberandi flestir af heilbrigðisvísindasviði. Þessar

niðurstöður komu ekki á óvart, þar sem að heilbrigðisvísindasviðið var búið að vera með jákvæðustu viðhorfin í gegnum alla rannsóknina.

Takmarkanir rannsóknarinnar voru nokkrar. Einna helst ber að nefna að um erlent mælitæki er að ræða. Það er frá Kína og er miðað við kínverska menningu og þurftu því rannsakendur að byrja á því að þýða mælitækið yfir á íslensku. Innri stöðugleiki upprunalega spurningalistans var mældur með Cronbach's Alpha og mældist $\alpha \geq 0,87$. Innri stöðugleiki spurningalistans sem notaður var í þessari rannsókn var einnig mældur með Cronbach's Alpha og mældist hann $\alpha \geq 0,67$. Ætla má að við þýðinguna hafi dregið úr áreiðanleika mælitækisins. Viðfangsefni upprunalega mælitækisins fjallaði um geðraskanir almennt en þar sem að viðfangsefni þessarar rannsóknar var einungis um geðklofa þurftu rannsakendur að breyta spurningum spurningalistans í heild sinni í samræmi við það. Mögulegt er að niðurstöður rannsóknarinnar hefðu verið aðrar ef mælitækið hefði verið betra.

Rannsakendur veltu lengi fyrir sér hvort hafa ætti kynjaspurningu sem eina af bakgrunnsspurningunum og eftir langa íhugun var ákveðið að betra væri að sleppa henni. Ástæða þess að ákveðið var að sleppa kynjaspurningunni er sú að vegna mikils meirihluta kvenna á heilbrigðisvísindasviði hefði mögulega verið hægt að finna út þau svör sem karlarnir hefðu svarað. Engu að síður hefði verið mjög áhugavert að hafa kynjaspurningu með í spurningalistanum og skoða viðhorf nemenda til einstaklinga með geðklofa eftir kyni.

Vert er að hafa í huga að ekki er vitað til þess að rannsókn sem þessi hafi verið framkvæmd áður á Íslandi og því voru engin viðmið til samanburðar nema erlend þar sem að svona rannsóknir hafa verið gerðar erlendis. Þó svo að einhver námssvið hafi mælst með neikvæðari viðhorf en önnur í sumum þáttunum þá ber að nefna, eins og fram kemur hér að ofan, að í heild sinni hafa háskólanemar á Akureyri jákvætt viðhorf til einstaklinga með geðklofa.

Heimildir

- Ahmead, M.K., Rahhal, A.A. og Baker, J.A. (2010). The Attitudes of Mental Health Professionals Towards Patients with Mental Illness in an Inpatient Setting in Palestine. *International journal of mental health nursing*, 19, 356–362. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2010.00674.x
- Altindag, A., Yanik, M., Ucok, A., Alptekin, K. og Ozkan, M. (2000). Effects of an Antistigma Program on Medical Students Attitudes Towards People with Schizophrenia. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 60, 283–288. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2006.01503.x
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM–IV–TR* (4. útgáfa). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23.
- Bertelsen, A. (2002). Schizophrenia and related disorders: Experience with Current Diagnostic System. *Psychopathology*, 35, 89–93.
- Breier, A. (1991). National Institute of Mental Health Longitudinal Study of Chronic Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 48, 239–246.
- Clayfield, J.C., Fletcher, K.E. og Grudzinskas, A.J. (2011). Development and Validation of the Mental Health Attitude Survey for Police. *Community mental health journal*, 47, 742–751. DOI: 10.1007/s10597-011-9384-y
- Casippo, J.T., og Pretty, R.E. (1981). Electromyograms as measures of extent and affectivity of information processing. *American Psychologist*, 36, 441–456. DOI: 10.1037/0003-066X.36.5.441

- Corrigan, P.W. og Watson, A.C. (2003). Factors that explain how policy makers distribute resources to mental health services. *Psychiatric Services*, 54, 501–507. DOI: 10.11.1176/appi.ps.54.4.501
- Camp, D. L., Finlay, W.M.L., Lyon, E. (2002). Is Low Self-esteem an Inevitable Consequence of Stigma? An Example from Women with Chronic Mental Health Problems. *Social Science and Medicine*, 55, 823-834. DOI: 10.1016/S0277-9536(01)00205-2
- Eagly, A.H., og Chaiken, S. (2005). Attitude research in the 21st century: The Current State of Knowledge. Í D. Albarracin, Johnson, T og Zanna, M.P (ritstjórar), *The handbook of attitudes*. (bls. 119–120). Manwah, New Jersey: Erlbaum.
- Eaton, W.W., Mortensen, P.B., Herrman, H., Freeman, H., Bilker, W., Burgess, P. og Wooff, K. (1992). Long-term Course of Hospitalization for Schizophrenia: I. Risk for Rehospitalization. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 217–218. DOI: 10.1093/schbul/18.2.217.
- Elísabet Konráðsdóttir. (2006). Hvernig geta hjúkrunarfræðingar nýtt sér klínískar leiðbeiningar í starfi í aðstoð við fjölskyldur? *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 82 (4), 19–25.
- George, D. og Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference* (4.útgáfa). Boston: Allyn & Bacon.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Engleood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Guðjón Magnússon. (2003). Frá WHO til lýðheilsustöðvar. *Læknablaðið*, 89, 611–615.
- Hörður Þorgilsson og Jakob Smári. (1993). *Sálfræðibókin*. Reykjavík: Mál og menning.
- Jablensky, A. (2000). Epidemiology of Schizophrenia: The Global Burden of Disease and Disability. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 250, 274–285. DOI: 10.1007/s004060070002

- Joiner, T.E., Brown, J.S., og Wingate, L.R. (2005). The Psychology and Neurobiology of Suicidal Behavior. *Annual Review of Psychology*, 56, 287–314. DOI: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070320
- Lárus Helgason. (2008). *Geðklofi, Leiðbeiningar fyrir sjúklinga og aðstandendur*. [Bæklingur]. Hafnarfjörður: Actavis.
- Link, B.G. og Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.
- Link, B.G., Struening, E.L., Rahav, M., Phelan, J.C. og Nuttbrock, L. (1997). On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of health and Social Behaviour*, 38, 177–190
- Luty, J., Fekadu, D., Umoh, O. og Gallagher, J. (2006). Validation of a Short Instrument to Measure Stigmatised Attitudes Towards Mental Illness. *The Psychiatrist*, 30, 257–260. DOI: 10.1192/pb.30.7.257
- Magliano, L., Read, J. og Marassi, R. (2011). Metaphoric and Non–metaphoric use of the Term „Schizophrenia“ in Italian Newspaper. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 1019–1025. DOI: 10.1007/s00127-010-0274-3
- Martin, J.K., Pescosolido, B.A., Ólafsdóttir, S. og McLeod, J.D. (2007). The Construction of Fear: Americans' Preferences for Social Distance from Children and Adolescents with Mental Health Problems. *Journal of Health and Social Behavior*, 48, 50–67. DOI: 10.1177/002214650704800104
- McDonell, M., Short, R., Berry, C. og Dyck, D. (2003). Burden in Schizophrenia Caregivers: Impact of Family Psychoeducation and Awareness of Patient Suicidality. *Family Process*, 42, 91–103. DOI: 10.1111/j.1545-5300.2003.00091.x

- McGlashan, T. H. (1988). A Selective Review of Recent North American Long-term Followup Studies of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 515–542.
- Mortensen, P.B. (2003). Mortality and physical illness in schizophrenia. Í R.M. Murray og P. B. Jones (ritstjórar), *The epidemiology of schizophrenia* (bls. 275–287) New York: Cambridge University Press.
- Myers, D.G. (2008). *Social Psychology* (9.útgáfa). New York: McGraw Hill Companies.
- National Alliance of Mental Illness. (2008). *Public Attitudes: Personal Needs*. [Bæklingur]. Virginia: National Alliance of Mental Illness.
- Norman, R., Sorrentino, R.M., Gawronski, B., Szeto, A., Ye, Y. og Windell, D. (2009). Attitudes and Physical Distance to an Individual with Schizophrenia: The Moderating Effects of Self Transcendent Values. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45, 751–758. DOI: 10.1007/s00127-009-0117-2
- Peden, A. R., Hall, L. A., Raynes, M. K. og Beebe, L. (2000). Negative Thinking Mediates the Effect of Self-Esteem on Depressive Symptoms in College Women. *Nursing Research*, 49, 201–207.
- Penn, D.L., Guynan, K., Daily, T., Spaulding, W. D., Garbin, C.P. og Sullivan, M. (1994). Dispelling the Stigma of Schizophrenia: What Sort of Information Is Best? *Schizophrenia Bulletin*, 20, 567–578. DOI: 10.1093/schbul/20.3.567
- Rüsch, N., Angermeyer, M.C. og Corrigan, P.W. (2005). Mentalillnessstigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry* 20, 529–539. DOI: 10.1037/10887-000.
- Sigurður Thorlacius og Sigurjón B. Stefánsson. (2004). Algengi örorku á Íslandi 1. desember 2002. *Læknablaðið*, 90(1), 21–25.

Torrey, E. F. (1995). *Surviving schizophrenia: A manual for families, consumers and providers* (3.útgáfa). New York: HarperPerennial.

Urizar, A., Maldonado, J., García, M., Salazar, C., Araya, D. og Peralta., A. (2011). Attitudes and Burden in Relatives of Patients with Schizophrenia in a Middle Income Country. *BMC family practice*, 12, 101. DOI: 10.1186/1471-2296-12-101

Wade, C. og Tavis, C. (2008). *Psychology* (9.útgáfa). London: Pearson Prentice Hall.

Viðauki 1

Spurningalisti og fyrirmæli

Viðauki 1

Kæri þátttakandi,

Þú ert beðin(n) um að svara hversu sammála eða ósammála þú ert eftirfarandi fullyrðingum sem tengjast geðklofa.

Vinsamlegast lestu fyrirmælin sem og fullyrðingarnar vandlega áður en þú svarar hverri fullyrðingu.

Birtingarmynd geðklofa er margþætt og getur verið mismunandi eftir einstaklingum. Helstu einkenni geðklofa eru ranghugmyndir, ofskynjanir, óskipulagt málfar, óskipulögð eða stjarfahegðun og neikvæð einkenni eins og tilfinningaleg flatneskja og skortur á löngun. Félagsleg og atvinnutengd virkni skerðist, til dæmis frammistaða tengd atvinnu eða skóla, samskipti við aðra og eigin umhirða.

Með fyrirfram þökk fyrir aðstoðina,

Alma Kristín Gísladóttir og Tinna Stefánsdóttir

1. Fólki með geðklofa sýnir af sér ófyrirsjáanlega hegðun.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

2. Einstaklingar með geðklofa geta auðveldlega veikt aftur þrátt fyrir að hafa hlotið árangursríka meðferð.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

3. Ef að stofnun fyrir einstaklinga með geðklofa myndi opna í götunni minni eða í nágrenni við mig, myndi ég flytja.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

4. Ég myndi vera hrædd/ur við að umgangast einstakling með geðklofa þrátt fyrir að hann hefði hlotið meðferð.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

5. Einstaklingar með geðklofa ættu ekki að hljóta meðhöndlun á sömu deild á sjúkrahúsi og aðrir sjúklingar.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

6. Lög um skilnað á Íslandi ættu að bjóða upp á flýtimeðferð ef um geðklofa hjá maka er að ræða.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

7. Einstaklingar með geðklofa hafa tilhneigingu til þess að vera ofbeldishneigðir.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála á
- Mjög sammála

8. Einstaklingar með geðklofa eru hættulegir.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

9. Fólk ætti að hræðast einstaklinga með geðklofa.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

10. Það er auðvelt að bera kennsl á þá sem eru með geðklofa.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

11. Þú getur auðveldlega greint hverjir eru með geðklofa út frá hegðun þeirra.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né

- Frekar sammála
- Mjög sammála

12. Einstaklingar með geðklofa hafa lægri greindarvísitölu en heilbrigt fólk.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

13. Allir einstaklingar með geðklofa sýna af sér einhverja undarlega hegðun.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

14. Það er óviðeigandi fyrir einstaklinga með geðklofa að gifta sig.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

15. Þeir sem eru með geðklofa geta ekki náð fullum bata.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

16. Einstaklingar með geðklofa ættu ekki að eignast börn.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

17. Einstaklingar með geðklofa eiga sér enga framtíð.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

18. Einstaklingar með geðklofa haldast illa í starfi.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

19. Umönnun og stuðningur frá fjölskyldu og vinum getur hjálpað einstaklingum með geðklofa að ná bata.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

20. Fyrirtæki og stjórnvöld eiga að bjóða upp á störf fyrir einstaklinga með geðklofa.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

21. Eftir að einstaklingur hefur hlotið meðferð við geðklofa og verið fjarverandi frá vinnu í nokkurn tíma á hann að fá að ganga í sitt fyrra starf.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

22. Góð leið til þess að hjálpa einstaklingum með geðklofa að ná bata er að leyfa þeim að vera hluti af samfélaginu og lifa venjulegu lífi.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

23. Ég myndi ekki vingast við einstakling með geðklofa þó svo að hann væri búinn að fara í meðferð.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

24. Þrátt fyrir að einstaklingar með geðklofa hafi hlotið meðferð, stafar samt meiri hættu af þeim en öðrum.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

25. Hver sem er getur greinst með geðklofa.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

26. Við ættum ekki að hlægja að þeim sem eru með geðklofa, þrátt fyrir að þeir hagi sér furðulega.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

27. Það er erfiðara fyrir þá sem eru með geðklofa að fá sömu laun og aðrir fyrir sömu vinnu.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

28. Eftir að einstaklingur með geðklofa hefur hlotið meðferð er erfitt fyrir hann að verða aftur hluti af samfélaginu.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

29. Flest fólk er með fordóma gagnvart einstaklingum með geðklofa.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

30. Það er erfitt fyrir einstaklinga með geðklofa að eiga góða vini.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

31. Það er sjaldgæft að einstaklingum með geðklofa vegni vel í vinnu.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

32. Það er skömm að vera með geðklofa.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

33. Að greinast með geðklofa er refsing fyrir að hafa gert eitthvað slæmt.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

34. Ég mæli með því að einstaklingar með geðklofa segi ekki neinum frá veikindum sínum.

- Mjög ósammála
- Frekar ósammála
- Hvorki né
- Frekar sammála
- Mjög sammála

35. Á hvaða aldursbili ert þú?

- 18-23 ára
- 24-29 ára
- 30-35 ára
- 36-41 árs
- 42 ára eða eldri

36. Hvaða námi tilheyrir þú?

- Heilbrigðisvísindasviði
- Viðskipta- og raunvísindasviði
- Kennarafræði

- Sálfræði
- Hug-og félagsvísindasviði fyrir utan sálfræði og kennarafræði

37. Þekkir þú einhvern með geðklofa?

- Já
- Nei

Takk fyrir þátttökuna

Viðauki 2

Beiðni um þátttöku í könnun og ítrekað boð

Viðauki 2

Beiðni um þátttöku í könnun

Kæri viðtakandi,

Við erum nemendur á lokaári í sálfræði við Háskólann á Akureyri og erum að vinna að lokaverkefni okkar, þar sem ætlunin er að kanna viðhorf nemenda í Háskólanum til geðklofa.

Langar okkur að biðja þig um að aðstoða okkur með því að gefa þér tíma til að svara eftirfarandi spurningalista og ætti það ekki að taka meira en 10 mínútur í svörum.

Könnunin er nafnlaus og vert er að benda á að ekki er hægt að rekja svör til einstakra þátttakenda. Þátttaka þín skiptir miklu máli

Með fyrirfram þökk fyrir aðstoðina,

Tinna Stefánsdóttir og Alma Kristín Gísladóttir

Til þess að taka þátt smelltu þá á slóðina hér að neðan.

<http://www.kannanir.is/nemendur/index.php?sid=87286&lang=is>

Ítrekað boð um þátttöku í könnun

Kæri viðtakandi,

Okkur langar að minna þig á spurningakönnunina okkar um viðhorf til geðklofa.

Könnunin tekur ekki meira en 10 mínútur í svörun og skiptir þátttaka þín miklu máli.

Við viljum eindregið hvetja þig til þess að taka þátt en ef þú hefur nú þegar svarað könnuninni biðjumst við afsökunar á þessum pósti og þökkum við þér kærlega fyrir þátttökuna.

Til þess að taka þátt smelltu þá á slóðina hér að neðan:

<http://www.kannanir.is/nemendur/index.php?sid=87286&lang=is>

Takk fyrir hjálpina,

Tinna Stefánsdóttir og Alma Kristín Gísladóttir

Viðauki 3

Bréf frá Persónuvernd

Viðauki 3

Tinna Stefánsdóttir
Grenihundi 25
600 Akureyri



Persónuvernd

Rauðlaug 18 105 Reykjavík
Sími: 510 9000 | Félafélagi: 510 9000
netfang: persur@personuvernd.is
vefbfang: personuvernd.is

Reykjavík 6. mars 2012
Tilvísun: S5622/2012/ 16/-

Hér með staðfestist að Persónuvernd hefur móttengið tilkynningu í yðar nafni um vinnslu persónuupplýsinga. Tilkynningin er nr. S5622/2012 og fylgir afrit hennar hjálagt.

Allar tilkynningar sem berast Persónuvernd birtast sjálfkrafa á heimasíðu stofnunarinnar. Tekið skal fram að með móttöku og birtingu tilkynninga hefur engin afstaða verið tekin af hálfu Persónuverndar til efnis þeirra.

Vindingsarfyllst,

Þorður Sveinsson

Hjál.: - Tilkynning nr. S5622/2012 um vinnslu persónuupplýsinga.