



# HÁSKÓLI ÍSLANDS

## MS ritgerð í Markaðsfræði og alþjóðaviðskiptum

### Að smána geðsjúkdóma

Hverjir eru ákjósanlegustu markhóparnir til að draga úr smánun  
alvarlegra geðsjúkdóma?

**Þorgerður Elva Magnúsdóttir**

Leiðbeinandi: Auður Hermannsdóttir, aðjúkt

Febrúar 2023

**VIÐSKIPTAFRÆÐIDEILD**

## **Að smána geðsjúkdóma**

***Hverjir eru ákjósanlegustu markhóparnir til að draga úr smánun alvarlegra geðsjúkdóma?***

Þorgerður Elva Magnúsdóttir

Lokaverkefni til MS-prófs í markaðsfræði og alþjóðaviðskiptum  
Leiðbeinandi: Auður Hermannsdóttir, aðjúnkt

Viðskiptafræðideild  
Félagsvísindasvið Háskóla Íslands  
Febrúar 2023

Að smána geðsjúkdóma

Ritgerð þessi er 30 eininga lokaverkefni til MS-prófs við Viðskiptafræðideild á Félagsvísindasviði Háskóla Íslands.

© 2023 Þorgerður Elva Magnúsdóttir  
Ritgerðina má ekki afrita nema með leyfi höfundar.

Reykjavík, 2023

## Formáli

Þessi rannsókn er lokaverkefni mitt til meistaraþrófs í markaðsfræði og alþjóðaviðskiptum við Háskóla Íslands og er vægi hennar 30 einingar (ECTS). Áhugi minn á viðfangsefni ritgerðinnar kviknaði þegar ég sat áfangann Neytendahegðun haustið 2019 hjá Auði Hermannsdóttir, en þar kynntist ég fyrst hugtakinu samfélagsmiðuð markaðsfærsla (e. social marketing) og vissi þá að ég vildi tengja það hugtak við mína ritgerð.

Leiðbeinandi þessarar rannsóknar var Auður Hermannsdóttir aðjúnkt við viðskiptafræðideild Háskóla Íslands, og vil ég þakka henni fyrir ómetanlegan stuðning og þolinmæði á meðan þessi ritgerð var skrifuð. Jafnframt vil ég þakka henni fyrir góða leiðsögn og alla þá hjálp sem hún veitti mér í gegnum ferlið. Einnig vil ég þakka kærastanum mínum Guðmundi Þorláki Guðmundssyni fyrir alla þolinmæðina og þann stuðning sem hann veitti mér í gegnum námið og á meðan ritgerðarskrifum stóð. Jafnframt vil ég þakka vinnustaðnum mínum Birtingahúsinu fyrir að styðja við bakið á mér og hvetja mig áfram að klára ritgerðina. Það getur reynt erfitt að skrifa meistara ritgerð í 100% vinnu og því mikilvægt að fá góðan stuðning. Að lokum vil ég þakka foreldrum mínum Magnúsi Steinþórssyni og Elsu Hartmannsdóttur fyrir ómældan stuðning á meðan náminu stóð.

## Útdráttur

Geðheilbrigðismál hafa verið talsvert til umræðu á Íslandi síðustu misseri. Aukin vitundarvakning gagnvart geðheilbrigði hefur leitt til þess að almenningur hefur öðlast meiri skilning á mikilvægi góðrar geðheilsu en samtök eins og Geðhjálp hafa verið leiðandi afl í geðheilbrigðismálum og lagt áherslu á að rækta geðheilsu Íslendinga. En jafnvel þó umræðan um geðheilbrigðismál hafi verið opnari á undanförunum árum og meiri fræðsla og forvarnarstarf hafi verið til staðar, þá eru geðsjúkdómar ekki eins viðurkenndir og aðrir sjúkdómar. Víðsvegar má finna fólk sem smánar slíka sjúkdóma, þar sem það dregur fram ákveðnar hugmyndir eða ályktanir um fólk með geðsjúkdóma út frá staðalímyndum en slíkar hugmyndir geta leitt til fordóma og mismununar. Til að draga úr smánun hefur markaðsfólk meðal annars nýtt sér samfélagsmiðaða markaðsfærslu með það að markmiði að breyta eða hafa áhrif á hegðun þeirra sem smána geðsjúkdóma. Mikilvægur hluti samfélagsmiðaðrar markaðsfærslu er að skipta markaðnum niður í smærri og samstæðari hópa til að öðlast dýpri skilning á þeim hópum sem leitað er eftir að breyta hegðun hjá. Að hluta markaðinn niður auðveldar markaðsfólki að koma markvissari skilaboðum áfram til þeirra sem eru móttækilegir fyrir þeim, en mikilvægt er að skilaboðin séu sérsniðin að hverjum hóp fyrir sig.

Markmið rannsóknarinnar var að hluta niður markaðinn eftir því hvernig hann lítur á einstaklinga með alvarlega geðsjúkdóma og þar með búa til skýran markhóp sem hægt er að miða á til að draga úr smánun. Könnun sem innihélt tvo mælikvarða var lögð fram á rafrænu formi. Fyrri kvarðinn mældi viðhorf almennings til alvarlegra geðsjúkdóma og seinni mælikvarðinn, VIA-IS-V6, lagði mat á dygðir þátttakenda. Alls tóku 597 þátt í könnuninni að stórum hluta eða í heild.

Niðurstöður rannsókarinnar leiddu í ljós þrjá hópa með mismunandi viðhorf til alvarlegra geðsjúkdóma. Hópur 1 hallaðist að þeim viðhorfum að fólk með alvarlega geðsjúkdóma sé hættulegt, ofbeldisfullt og jafnvel ógn við samfélagið. Almennt séð hefur þessi hópur samúð gagnvart fólki með alvarlega geðsjúkdóma og vill jafnframt að þeim sé ekki mismunað af samfélaginu. Hópur 2 hallaðist að þeim viðhorfum að fólk með alvarlega geðsjúkdóma ætti erfitt með að vera hluti af samfélaginu eins og að fá sömu laun og aðrir fyrir sama starf. Það var fremur meira tilbúið til að sýna fólki með geðsjúkdóma umhyggju og góðvild og vill síður að því sé mismunað af samfélaginu. Hópur

3 hallaðist einnig að þeim viðhorfum að fólk með alvarlega geðsjúkdóma ætti erfitt með að vera hluti af samfélaginu eins og að fá sömu laun og aðrir fyrir sama starf. Almennt séð finnst þeim að fólk með alvarlega geðsjúkdóma eigi að njóta sömu réttinda og aðrir í samfélaginu og ekki eigi að mismuna þeim á grundvelli veikinda þeirra. Hópur þrjú var sá hópur sem höfundur valdi til að miða á en nánari útskýringu má finna á eftir í niðurstöðukaflanum.

## Efnisyfirlit

Formáli.....	4
Útdráttur.....	5
Töfluskra.....	7
1 Inngangur.....	9
2 Smánun.....	12
3 Sjálfssmánun.....	15
4 Hvernig er hægt að draga úr smánun?.....	17
5 Dygðir og skapgerðarstyrkleikar.....	19
6 Markaðshlutun.....	22
7 Aðferð.....	25
7.1 Þátttakendur.....	25
7.2 Mælitæki.....	25
7.3 Framkvæmd.....	27
8 Niðurstöður.....	28
8.1 Viðhorf til alvarlegra geðsjúkdóma.....	28
8.2 Dygðir.....	30
8.3 Tengsl milli dygða og viðhorfa til alvarlegra geðsjúkdóma.....	32
8.4 Lýðfræðibreytur.....	34
8.5 Markhópar.....	35
9 Umræða.....	38
9.1 Takmarkanir og tillögur að rannsóknum.....	42
10 Heimildaskrá.....	44
Viðauki A.....	59
Viðauki B.....	60
Viðauki C.....	63

## Töfluskra

Tafla 1: Dygðir og skapgerðarstyrkleikar (VIA Institute of Character, 2022).....	20
Tafla 2: Upplýsingar um þátttakendur.....	25
Tafla 3: Lýsandi niðurstöður atriða á viðhorf til geðsjúkdóma.....	28
Tafla 4: Lýsandi niðurstöður atriða á dygðir.....	30
Tafla 5: Fylgni milli breyta.....	33
Tafla 6: Niðurstöður þátttanna eftir aldri, menntun og tekjum.....	34
Tafla 7: Klasagreining: þrjú hópar eftir viðhorfi til alvarlegra geðsjúkdóma.....	35

Tafla 8: Klasagreining: þrír hópar eftir dygðum.....	35
Tafla 9: % fjöldi þátttakenda í markhópum eftir bakgrunnsbreytum .....	36
Tafla 10: Niðurstöður klasagreiningar .....	37



# 1 Inngangur

Geðheilbrigðismál hafa lengi verið einn stærsti heilbrigðisvandi samtímans. Samfélög víðsvegar um heim eiga það sameiginlegt að vanrækja andlega heilsu og veita ekki þá umönnun og stuðning sem fólk þarf á að halda, heldur velur að forgangsraða öðrum sjúkdómum umfram geðheilbrigði. Sem dæmi býr helmingur jarðarbúa í löndum þar sem aðeins einn geðlæknir er til að þjóna 200.000 íbúum eða fleiri. Ástæðan fyrir lélegri þjónustu og umönnun má að stórum hluta rekja til þess að samfélög setja einungis 2% eða minna af útgjöldum sínum til geðheilbrigðismála (Alþjóðaheilbrigðisstofunin, 2022). Árið 2021 voru heildarframlög íslenska ríkisins til geðheilbrigðismála einungis 5% þrátt fyrir að umfang þeirra séu um 25% af heilbrigðiskerfinu (Geðhjálp, 2022; Ríkisendurskoðun, 2022). Geðheilbrigðiskerfið á Íslandi hefur lengi verið fjársvelt en heildarframlög stjórnvalda til geðheilbrigðismála hafa dregist saman um tæp 40% á þeim áratug sem nú er liðinn (Geðhjálp, 2022). Hæfni stjórnvalda til þess að efla öryggi og gæði geðheilbrigðisþjónustu er því undir væntingum þrátt fyrir að sett hafi verið fram stefna og aðgerðaráætlun í geðheilbrigðismálum fyrir tímabilið 2016 - 2020. Sem dæmi er bið eftir þjónustu mjög löng en meðalbiðtími eftir viðtali hjá þunglyndis- og kvíðateymi Landspítalans er allt að 12 mánuðir (Ríkisendurskoðun, 2022). Þetta getur haft alvarlegar afleiðingar fyrir fólk með geðsjúkdóma því ef þeir eru ekki meðhöndlaðir nógu snemma getur það dregið enn frekar úr heilsu fólks og því mikilvægt að grípa inn í eins fljótt og auðið er (Green o.fl., 2012).

Skortur á þjónustu og umönnun í heilbrigðiskerfinu er þó ekki eina vandamálið sem fólk með geðsjúkdóma stendur frammi fyrir heldur er það líka smánað vegna sjúkdóma sinna. Smánun (e. stigma) vísar til neikvæðra viðbragða samfélagsins gagnvart fordæmdum hópum í þessu tilfelli, fólki með geðsjúkdóma (Corrigan og Watson, 2002a; Corrigan og Watson, 2002b). Þessi viðbrögð eru byggð á þremur þáttum; staðalímyndum, fordómum og mismunun (Corrigan og Watson, 2002b). Staðalímyndir eru hugmyndir eða ályktanir um einstaklinga sem byggja á meintum eiginleikum hópsins sem þeir tilheyra (Hinton 2017). Ef við styðjum staðalímyndina (t.d. „fólk með geðsjúkdóma er hættulegt“) þá getum við upplifað neikvæð tilfinningaleg viðbrögð, eins og ótta eða reiði sem kallað er fordómar (Angermeyer o.fl., 2010; Corrigan og Watson, 2002b). Fordómar geta síðan leitt hegðunar í fomi mismununar þar sem fólki með geðsjúkdóma er neitað um réttindi

sín eða þau eru skert á ómálefnalegum grundvelli einungis vegna sjúkdóma þeirra (Corrigan og Watson, 2002b). Sem dæmi er fólk með geðsjúkdóma líklegra til að verða fyrir mismunun á húsnæðis- og atvinnumarkaði heldur en fólk sem glímur ekki við slíka sjúkdóma (Corbière o.fl., 2011; Schulze og Angermeyer, 2003). Þessi höfnun og mismunun getur verið mannskemmandi fyrir einstaklinga með geðsjúkdóma og getur jafnvel dregið verulega úr lífsgæðum þeirra (Björklund 1985).

Markaðsfólk hefur gjarnan stuðst við samfélagsmiðaða markaðsfærslu til að þróa lausnir til að innleiða samfélagslegar breytingar eins og að draga úr smánun geðsjúkdóma (Evans-Lacko o.fl., 2013; Sampogna, 2017). Útskýra má samfélagsmiðaða markaðsfærslu sem svið innan markaðsfræðinnar, sem miðar að því að stuðla að hegðunarbreytingum fólks með því að nota markaðsaðferðir, sem eru aðlagðar frá hefðbundinni markaðsfærslu (e. commercial marketing) (Andreasen, 1994; Dibb, 2014). Í grunninn er markmið samfélagsmiðaðrar markaðsfærslu að hafa jákvæð áhrif á hegðun sem er framkvæmd sjálfviljug af markhópnum og er hegðuninni ætlað að auka velferð einstaklinganna og samfélagsins í heild (Andreasen, 2004; Donovan, 2011). Til að ná fram þessum tilteknu hegðunarbreytingum þarf að hluta niður markðinn til að sjá hvaða hópar hafa svipuð viðhorf og deila líkindum þegar kemur að hegðun þeirra (Dietrich o.fl., 2017). Þetta er kallað markaðshlutun. Landfræði- og lýðfræðilegar breytur eru þær breytur sem hafa verið mest notaðar til þess að skipta markaðnum niður því þær eru auðfundnar en þykja aftur á móti ekki eins góðar til þess að skilja hegðun og viðhorf fólks (Boslaugh o.fl., 2005; Dietrich o.fl., 2017). Á undanförunum áratugum hefur markaðsfólk lagt meiri áherslu á að skipta markaðnum niður eftir sálfræðilegum breytum, en rannsóknir sýna fram á að sálfræðilegar breytur spái töluvert betur fyrir um hegðun og veiti markaðsfólki dýpri innsýn heldur en landfræði- og lýðfræðilegar breytur gera (Baumgarten, 2002; Clarke and Robertsson, 2005; Lin, 2002).

Jákvæð sálfræði er tiltölulega ný fræðigrein sem beinir sjónum sínum að jákvæðum þáttum mannlegrar hegðunar (Peterson og Seligman, 2004). Þessi vísindalega nálgun rannsakar hugsanir, tilfinningar og hegðun mannsins og hvað það er sem gerir lífið þess virði að lifa því. Eitt af meginviðfangsefnum jákvæðrar sálfræði eru dygðir og skapgerðarstyrkleikar (Peterson og Seligman, 2004; Seligman og Csikszentmihalyi, 2000). Dygðir eru persónueinkenni eða mannkostir sem finna má í fari fólks og eru oftast en ekki sögð vera nauðsynleg forsenda farsældar og hamingju (Peterson og Seligman, 2004).

Peterson og Seligman (2004) settu fram sex kjarnadygðir; visku, hugrekki, mannúð, réttlæti, hófsemi og yfirskilvitleika (e. transcendence) auk 24 skapgerðarstyrkleika sem skilgreina dygðirnar. Sem dæmi halda Peterson og Seligman (2004) því fram að dygð viskunnar geti verið náð með sköpunargáfu, forvitni o.frv. Allir búa yfir 24 skapgerðarstyrkleikum á mismunandi stigum, svo að hver manneskja hefur sannarlega sinn einstaka skapgerðarstyrkleikaprófil (Seligman, 2003). Með því að þekkja styrkleika okkar náum við að tengjast fólki betur, sigrast á áskorunum og jafnvel aukið vellíðan og hamingju (Peterson og Seligman, 2004).

Markmið rannsóknarinnar er að hluta niður markaðinn eftir því hvernig hann lítur á einstaklinga með alvarlega geðsjúkdóma og þar með búa til skýran markhóp sem hægt er að miða á til að draga úr smánun. Höfundur telur að rannsóknin gæti nýst samtökum eins Geðhjálp sem vinna meðal annars að því að efla alla forvarnarvinnu til að draga úr smánun geðsjúkdóma. Hagnýtt gildi rannsóknarinnar gæti nýst Geðhjálp til þess að sýna hvernig hægt sé að nýta tæki og tól markaðsfræðinnar til að bæta hag fólks sem glímur við geðsjúkdóma. Rannsóknin gæti einnig nýst auglýsingastofum á Íslandi sem oftast en ekki koma að faglegru undirbúnings- og hugmyndavinnu þegar hanna á árangursríkar auglýsingaherferðir.

Hér á eftir verður farið yfir fræðilegt yfirlit rannsóknarinnar þar sem kafað verður dýpra í þau helstu hugtök sem tengjast rannsókninni ásamt fyrri rannsóknum. Því næst verður fjallað um aðferð rannsóknarinnar, ásamt því að framkvæmd hennar verður útlistuð. Að lokum verða niðurstöður rannsóknarinnar kynntar og í framhaldi af þeim er umræðukafli.

## 2 Smánun

Útskýra má smánun sem neikvæð viðbrögð almennings gagnvart fordæmdum hópum í samfélaginu (Corrigan og Watson, 2002a; Corrigan og Watson, 2002b). Þessi neikvæðu viðbrögð byggja á hugrænum, tilfinningalegum og hegðunarlegum þáttum sem fela í sér staðalímyndir, fordóma og mismunun (Corrigan og Watson, 2002b). Með staðalímyndum drögum við fram ákveðnar hugmyndir um tiltekinn hóp út frá hegðun, útliti eða eiginleikum þeirra, í þessu tilfelli fólki með geðsjúkdóma (t.d. „Þessi einstaklingur sem stendur þarna hlýtur að vera geðsjúkur“) (Corrigan o.fl., 2003; Corrigan og Watson, 2000b). Algengar staðalímyndir geðsjúkdóma fela í sér þá trú að einstaklingar með geðsjúkdóma séu hættulegir eða ofbeldisfullir, vanhæfir, eða með langvinnandi og ólæknandi sjúkdóm (Corrigan o.fl., 2003; Pescosolido o.fl. 1999; Yeh o.fl., 2017). Hræðsla við geðsjúkdóma er almennt ekki byggð á persónulegri reynslu einstaklinga af hættulegri hegðun fólks með geðsjúkdóma, heldur vegna áhrifa annarra þátta eins og t.d. fjölmiðla (Haller o.fl., 2006; Michalak o.fl., 2011; Stout o.fl., 2004). Sem dæmi þegar einstaklingur með alvarlegan geðsjúkdóm eins og geðklofa fremur ofbeldisglæp, eiga fjölmiðlar til með að greina frá atburðinum með því að einbeita sér einungis að geðheilbrigðisgreiningu einstaklingsins vegna glæpsins sjálfs en setja engar upplýsingar fram um sjúkdóminn sjálfan (Angermeyer og Schulze, 2001). Sem dæmi er frétt frá árinu 2016 þar sem bræður á fertugsaldri voru ákærðir fyrir íkveikju í Reykjavík. Í fréttinni kemur meðal annars fram að báðir mennirnir eigi sögu um andleg veikindi og annar þeirra hafi tvívegis orðið uppvís að íkveikju sem rekja mátti til ranghugmynda sem hann var haldinn þegar atburðurinn átti sér stað. Hvergi í fréttinni mátti finna almennar upplýsingar um veikindin sjálf, heldur var einungis sagt frá því að hann glími við geðklofa og eiturlyfjafíkn sem hamli sjúkdómsmeðferð hans (Kristjón Kormákur Guðjónsson, 2016). Út frá þessari frétt gæti almenningur fundið fyrir sterkum tengslum á milli geðklofa og glæpa, sem ýtir enn frekar undir að einstaklingur sem glímir við geðklofa sé hættulegur og ofbeldisfullur.

Eftir því sem geðsjúkdómurinn er alvarlegri því ýktari verður staðalímyndin, og tengslin við hættulega og ofbeldislega hegðun styrkjast samhliða því. Einstaklingar sem glíma við alvarlega geðsjúkdóma eins og geðklofa eru því taldir vera hættulegri heldur en þeir sem eru með þunglyndi (Griffiths o.fl., 2006; Jorm og Wright, 2008; Pescosolido o.fl., 1999) og þeir sem glíma við þunglyndi eru taldir vera hættulegri en þeir sem glíma við

kvíðaraskanir (Jorm og Wright, 2008; Reavley og Jorm, 2011). Einstaklingur sem er stimplaður sem geðklofi ýtir því enn meira undir þá trú að hann sé hættulegri heldur en sá sem er stimplaður þunglyndur (Angermeyer og Matschinger, 2003). Hugtakið „geðklofi“ hefur verið breytt í sumum löndum í Asíu með það að markmiði að draga úr smánun (Lee o.fl., 2013; Sartorius o.fl., 2014; Sato, 2006). Japan var fyrsta landið sem breytti hugtakinu geðklofi úr „*hugarskiptum sjúkdómi*“ (e. mind-split disease) í „*sambættingartruflanir*“ (e. integration disorder) (Lee o.fl., 2013; Sato 2006). Ástæðan fyrir því að hugtakið var endurnefnt var meðal annars til að draga úr skaðlegum áhrifum greiningarinnar sem gamla hugtakið hafði á sjúklinga og fjölskyldur þeirra. Margir geðlæknar hikuðu við að upplýsa sjúklinga um geðklofa með því að nota gamla hugtakið, vegna hugsanlegra neikvæðra afleiðinga sem það myndi hafa á meðferð þeirra (Sartorius o.fl., 2014; Sato, 2006).

Önnur staðalímynd geðsjúkdóma, vanhæfni, felur í sér þá hugmynd að einstaklingar með geðsjúkdóma séu vanhæfir til að taka sínar eigin ákvarðanir eins og þegar kemur að húsnæði, fjármálum og fleiru (t.d. „*Maður með geðklofa ætti ekki taka sínar eigin ákvarðanir, hann veit ekki hvað hann er að gera*“) (Angermeyer og Dietrich, 2006). Jafnframt heldur fólk því fram að einstaklingar með geðsjúkdóma séu vanhæfir til þess að ná ákveðnum markmiðum í lífinu, eins og að fá góða atvinnu og menntun (Angermeyer og Dietrich, 2006; Rüsç o.fl., 2005).

Þriðja staðalímyndin, varanleiki, snýr að þeim viðhorfum að geðsjúkdómar séu álitnir alvarlegir og langvinnir af almenningi (t.d. „*Þeir sem eru með geðklofa munu aldrei ná sér*“) (Angermeyer og Matschinger, 2003; Crisp o.fl., 2000; Hayward og Bright, 1997). Þessi staðalímynd tengst því hvort tiltækar læknis- eða sálfræðimeðferðir geðsjúkdóma skili árangri. Ef einstaklingar sem smána telja að fólk með geðsjúkdóma geti ekki náð bata, þá má búast við aukinni félagslegri fjarlægð (Angermyer og Matschinger, 2003; Crisp o.fl. 2000; Pescosolido o.fl., 2007). Félagsleg fjarlægð er sú hegðun að vilja forðast að vera í samskiptum eða nánu sambandi við fólk með geðsjúkdóma (Angermeyer og Matchinger, 2010).

Einstaklingar sem hallast að neikvæðum staðalímyndum um fólk með geðsjúkdóma (t.d. „*Það er rétt, allir með geðsjúkdóma eru ofbeldisfullir*“), geta þróað með sér neikvæð tilfinningaleg viðbrögð á borð við reiði og ótta, sem kallað er fordómar (Angermeyer og Dietrich, 2006). Fordómar geta síðan leitt til fjandsamlegrar hegðunar í formi mismununar

(t.d. „*Geðsjúkir ættu að vera lokaðir inni vegna þess að þeir eru hætturlegir*“) (Corrigan o.fl., 2003; Rössler, 2016). Mismunun birtist á þrennskonar á vegu þ.e í formi þvingunar (e. coercion), hjákvæmdar (e. avoidance) og aðskilnaðar (e. segregation) (Corrigan og Rüscher, 2002; Corrigan og Watson, 2002b). Með þvingun er átt við þá hegðun að vilja skerða sjálfræði einstaklings með geðsjúkdóma eins og að nauðungarvista á sjúkrahúsi, sökum þess að hann er talinn ógna samfélaginu (Cohen og Struening; 1962; Taylor og Dear, 1981). Hjákvæmd, felur í sér þá hegðun að vilja forðast fólk með geðsjúkdóma en sú hegðun er að mestu leyti knúin áfram af tilfinningalegum viðbrögðum eins og ótta eða hræðslu (t.d. „*Ég vil ekki að þessi manneskja sem er með geðsjúkdóm ógni vinnustaðnum mínum*“) (Corrigan o.fl., 2003; Harangozo o.fl., 2014). Aðskilnaður er sú hegðun að vilja að einstaklingar með geðsjúkdóma séu meðhöndlaðir á stofnunum sem eru fjarri samfélaginu (t.d. „*Ég myndi vilja loka hann inn á stofnun því ég vil ekki að hann komi nálægt mér*“) (Corrigan og Watson, 2002b). Þeir telja að stofnanavæðing sé besta þjónustan sem fólk með geðsjúkdóma fær en það telur að það eigi ekki afturkæmt aftur í samfélagið, þar sem það lítið er hægt að gera fyrir geðsjúkdóma (Farina o.fl., 1992).

Þegar fyrri rannsóknir á lýðfræðibreytum eru skoðaðar í tengslum við smáun geðsjúkdóma þá má sjá að karlmenn eiga það til að smána geðsjúkdóma meira heldur en konur (Angermeyer o.fl., 1998; Angermeyer og Matschinger, 2003; Lauber o.fl., 2000; Lauber o.fl., 2004; Madianos o.fl., 1999). Eldra fólk á það til að smána geðsjúkdóma meira heldur en þeir sem yngri eru (Angermeyer og Matschinger, 1997; Jorm og Oh, 2009; Lauber o.fl., 2000; Schomerus o.fl., 2015) og þeir sem hafa hærra menntunarstig hafa minni tilhneigingu til að smána geðsjúkdóma heldur en þeir sem eru með lægra menntunarstig (Angermeyer og Matschinger, 2003; Angermeyer og Matschinger, 2004; Chou o.fl., 1996; Lauber o.fl., 2000; Lauber o.fl., 2004).

### 3 Sjálfssmánun

Smánun geðsjúkdóma getur leitt til þess að einstaklingar með geðrænan vanda hafa fordæmandi skoðanir gagnvart sjálfum sér sem er kallað sjálfssmánun (e. self stigma) (Henderson o.fl., 2013). Sjálfssmánun á sér stað þegar fólk með geðsjúkdóma er ekki aðeins meðvitað um neikvæðar staðalímyndir almennings um sjálfan sig og hóp sinn (t.d. „Fólk með geðsjúkdóma er hættulegt“), heldur er líka sammála þeim (t.d. „Já, það er satt fólk með geðsjúkdóma er hættulegt“) og beitir þeim á sig (t.d. „Já ég er með geðsjúkdóm og þess vegna er ég hættulegur“) (Corrigan og Rao, 2012; Corrigan og Watson, 2002a). Út frá þessu má því segja að sjálfssmánun sé byggð á staðalímyndum, fordómum og mismunun líkt og smánun (Corrigan og Watson, 2002a).

Einstaklingur sem hallast neikvæðum staðalímyndum um sjálfan sig geta upplifað neikvæð tilfinningaleg viðbrögð (fordómar) eins og skömm (Rüsch o.fl., 2010; Tucker o.fl., 2013) eða ótta (Corrigan og Rao, 2012). Þessi neikvæðu viðbrögð leiða síðan til hegðunar (mismunun) þar sem fólk með geðsjúkdóma byrjar að mismuna sjálfum sér með því að einangra sjálfan sig frá samfélaginu (Corrigan og Rao, 2012). Þetta getur haft slæmar afleiðingar fyrir þá sem glíma við geðsjúkdóma en sjálfssmánun getur leitt til minni lífsgæða og vellíðan (Corrigan og Rao, 2012; Kao o.fl., 2016) auk alvarlegra einkenna eins og sjálfsvígshugsana (Oexle o.fl., 2018).

Sjálfssmánun er einnig sögð tengjast minni sjálfsgetu (e. self-efficacy) (Link o.fl., 2001; Markowitz; 1999; Ritscher o.fl., 2003). Sjálfsgeta er mat á eigin getu til að leysa verkefni með árangursríkum hætti m.ö.o. að hafa trú á sjálfum sér (Bandura, 1977). Einstaklingar sem hafa litla sjálfsgetu halda að þeir séu minna færir og minna verðugir heldur en aðrir, sem getur leitt til þess að þeir nýta ekki þau tækifæri sem í boði vegna þess að þeir hafa ekki trú á sjálfum sér (t.d. „Af hverju ætti ég að leita mér að starfi sem lögfræðingur? Ég á ekki að skilið að fá svona góða stöðu, heldur ætti að gefa einhverjum svona starf sem er lofsverðari“) (Corrigan og Rao, 2012).

Sjálfsgeta hefur verið tengd við hegðun eins og hjálpsækni (e. help seeking) (Vogel o.fl., 2006). Hjálpsækni er þegar einstaklingur leitar sér hjálpar hjá maka, fjölskyldu, vinum, heilbrigðisstarfsfólki þ.e. læknum, sálfræðingum eða fleirum, hvað varðar að fá ráð, upplýsingar eða annan stuðning vegna þess að hann finnur fyrir vanlíðan af einhverjum ástæðum (Vogel o.fl., 2007). Rannsóknir hafa sýnt fram á að meiri hluti

einstaklinga leiti ekki til faglærðra einstaklinga vegna geðsjúkdóma sinna (Aalto-Setälä o.fl., 2002; Wittchen og Jakobi, 2005) heldur leiti frekar aðstoðar hjá maka (Eisenberg o.fl., 2011; Muscari og Fleming, 2019), fjölskyldu eða vinum (Rickwood o.fl., 2005; Pahwa o.fl., 2017; Wilson o.fl., 2005). Helsta ástæðan fyrir því að einstaklingar leita sér ekki læknis- eða sálfræðihjálpar er vegna þess að þeir telja það vera tákni um veikleika eða um að vera minni manneskja heldur en aðrir (Eigenhuis o.fl., 2021; Salaheddin og Mason, 2016). Þetta getur verið sérstaklega áberandi meðal karlmanna en þeir eru sagðir síður tilbúnir til þess að tala um vandamál sín og tilfinningar við aðra heldur en konur. Slíkt vandamál má meðal annars tengja við ákveðnar hugmyndir sem samfélagið hefur um hefðbundinn hlutverk karla (Connell og Messerschmidt, 2005; Player o.fl., 2015). Þeir eiga vera sjálfstæðir og sjálfbjarga en þessar hugmyndir geta ýtt undir að þeir leiti sér ekki hjálpar sökum þess að þeir þurfa að viðurkenna að þeir ráði ekki við hlutina upp á eigin spýtur (Vogel o.fl., 2007).

Valdefling er áhrifarík leið til að draga úr sjálfssmánun meðal fólks með geðsjúkdóma (Corrigan o.fl., 1999). Markmiðið með valdeflingu er fyrst og fremst að hvetja fólk áfram til að trúá því að það geti náð markmiðum sínum í lífinu og þar með sniðganga þær neikvæðu hugsanir og afleiðingar sem stafa af sjálfssmánun (Corrigan o.fl., 1999; Corrigan og Watsson, 2002a). Rannsóknir hafa sýnt fram að valdefling tengist háu sjálfsáliti, betri lífsgæðum og aukinni ánægju (Corrigan o.fl., 2009; Rogers o.fl., 1999; Rogers o.fl., 2010). Til þess að við getum dregið úr sjálfssmánun og aukið valdeflingu á meðal fólks með geðsjúkdóma þá þurfum við að skilja betur hvers vegna einstaklingar bregðast öðruvísi við smánun samfélagsins (Rüsch o.fl., 2006).



## 4 Hvernig er hægt að draga úr smánun?

Að draga úr smánun og auka vellíðan fólks með geðsjúkdóma ætti að vera forgangsmál heilbrigðiskerfisins og samfélagsins almennt. Mótmæli (e. protest), samskipti (e. contact) og fræðsla (e. education) eru meðal annars aðferðir sem hafa verið notaðar til þess að draga úr smánun geðsjúkdóma en hver aðferð hefur sína styrkleika, veikleika og takmörkuðu áhrif (Corrigan o.fl., 2012; Watson og Corrigan, 2005). Aðrar aðferðir eins og lög og samfélagsmiðuð markaðsfærsla hafa einnig verið notaðar til að aðstoða stjórnendur við að leysa flókin samfélagsleg verkefni (Rothschild, 1999).

Mótmælum er ætlað að draga úr neikvæðum viðhorfum með því að andmæla fordómum og mismunun gagnvart einstaklingum með geðsjúkdóma (Arboleda-Flórez og Stuart, 2012, Corrigan o.fl., 2001; Klarić og Lovrić, 2017). Mótmæli hafa verið skipulögð af mannréttinda- og hagsmunahópum til þess að andmæla neikvæðum staðalímyndum og umræðum um fólk með geðsjúkdóma í fjölmiðlum, bíómyndum o.s.frv (Klarić og Lovrić, 2017; Rüsç o.fl., 2005). Sem dæmi skrifaði Geðhjálp á samfélagsmiðlinn Facebook viðmið hvernig draga eigi úr fordómafullri umræðu um geðheilbrigðismál í fjölmiðlum. Þar var meðal annars sagt að ekki megi tala um að fólk með geðsjúkdóma sé hættulegra en annað fólk því það kyndir undir slíka fordóma (Landssamtökin Geðhjálp, 2022). Annað dæmi er herferðin „39“ sem Geðhjálp stóð fyrir en talan 39 vísar til fjölda sjálfsvíga árið 2019. Í þessari herferð skoraði Geðhjálp á stjórnvöld og samfélagið í heild að setja geðheilsuna í forgang, en í framhaldinu hóf Geðhjálp undirskriftasöfnun þar sem þeir hvöttu Íslendinga til að skrifa undir á vefsíðunni 39.is (Jafet Máni Magnússon, 2020).

Samskipti er talin vera árangursrík aðferð til að draga úr smánun meðal almennings (Corrigan o.fl. 2001; Corrigan o.fl., 2012; Corrigan og Shaugnessy, 2007). Samskipti eru byggð á samskiptareynslu milli hópa (e. intergroup contact theory) þar sem einstaklingar með geðsjúkdóma eiga í beinum samskiptum við fólk, augnliti til augnlits, og lýsa meðal annars þeim áskorunum sem sjúkdómarnir hafa haft á líf þeirra (Pettigrew og Tropp, 2006). Rannsóknir hafa sýnt fram á verulegar viðhorfsbreytingar meðal fólks sem hefur átt í samskiptum við einstaklinga með geðsjúkdóma (Corrigan o.fl., 2001; Corrigan o.fl., 2002; Pinfold o.fl., 2003; Schulze o.fl., 2003) en samskipti hafa meðal annars annars dregið úr félagslegri fjarlægð (Ata o.fl., 2009). Samskipti eru ekki alltaf bein og persónuleg heldur geta líka verið óbein. Dæmi um óbein samskipti er t.d. kvikmyndað myndefni þar

sem fólk með geðsjúkdóma talar um reynslu sína ásamt meðferð og persónulegum bata og er efnið síðan notað til þess að sýna almenningi (Nguyen, 2012). Samkvæmt fyrri rannsóknum hafa óbein samskipti jafnmikil áhrif og bein samskipti þegar draga á úr smánun (Paolini o.fl., 2004; Pettigrew, 2008; Pettigrew o.fl., 2007).

Fræðsla er sú aðferð sem er oftast notuð til þess að draga úr smánun (Gronhold og Thornicroft, 2017; Mehta o.fl., 2015; Rao, 2019). Hægt er að nýta fræðslu til að hafa áhrif á eða breyta hegðun. Hér væri því markmiðið að hanna skilaboð þar sem ætlunin væri að upplýsa eða sannfæra markhópinn til að hegða sér öðruvísi með sjálfviljugum hætti. Við viljum því fræða eða upplýsa hópinn á einn eða annan hátt og láta vita að það sé góð hugmynd að breyta hegðun sinni og það muni fá eitthvað út úr því síðar (Rothschild, 1999). Rannsóknir hafa sýnt fram á að fræðsla geti skilað árangri þegar markmiðið er að draga úr neikvæðum viðhorfum gagnvart einstaklingum með geðsjúkdóma (Angermeyer og Matschinger, 2003; Corrigan og O'Shaughnessy, 2007; Pinfold o.fl., 2003). Aftur á móti hafa rannsóknir einnig sýnt fram á að fræðsluaðferðir séu líklegri til að breyta viðhorfi til skemmri tíma en ekki til lengri tíma (Corrigan o.fl., 2001; Corrigan o.fl., 2012, Griffiths o.fl., 2014).

Með lögum er þvingun beitt á markhópinn til að ná fram breytingum á hegðun. Hér eru einstaklingur neyddir til þess að framkvæma ákveðna hegðun og er jafnframt refsað fyrir óviðeigandi hegðun (Maibach, 2003; Rothschild, 1999). Sem dæmi má nefna að samkvæmt lögum um jafna meðferð á vinnumarkaði er skýrt kveðið á um bann við allri mismunun á atvinnumarkaði og á það meðal annars við þá sem glíma við geðrænar áskoranir (Lög um jafna meðferð á vinnumarkaði, nr. 86, 2018).

Síðasta aðferðin, samfélagsmiðuð markaðsfærsla, snýr að því að beita aðferðafræði markaðsfræðinnar til þess að reyna að hafa áhrif á eða breyta hegðun einstaklinga (Andreasen, 1994). Hér er ekki verið að neyða fólk til að breyta hegðun sinni, heldur er meginmarkmiðið að hafa áhrif á þessar hegðunarbreytingar (Rothschild, 1999). Gordon og Oades (2017) segja kjarnann í samfélagsmiðaðri markaðsfærslu sé að skapa almannagæði (e. social good) sem skili sér í sjálfbærari, réttlátari, heilbrigðari og hamingjusamari samfélögum. Inngrip samfélagsmiðaðrar markaðsfærslu er ekki takmarkað við það eitt að ná almannagæðum, heldur er markmið markaðsfólks langtímabreytingar á hegðun og hámarksleg samfélagslegrar velferðar (Andreasen, 1994).

## 5 Dygðir og skapgerðarstyrkleikar

Undanfarin ár hafa rannsóknir á dygðum og skapgerðarstyrkleikum verið gerðar á sviði jákvæðrar sálfræði (Peterson o.fl., 2008, Peterson og Seligman, 2004; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Jákvæð sálfræði er tiltölulega ný vísindaleg nálgun sem byggir á því að kanna hvaða þættir skapa hamingju og vellíðan hjá fólki og hvað það er sem lætur fólk blómstra í lífinu (Peterson o.fl., 2008; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Með jákvæðri sálfræði viljum við reyna að auka velferð einstaklinga, en velferð snýst ekki alltaf um að líða vel og vera í góðu skapi heldur einnig hvernig maður bregst við neikvæðum tilfinningum og erfiðleikum sem koma upp í lífinu (Fredrickson, 2001). Jákvæð sálfræði hefur verið notuð til að fyrirbyggja andleg veikindi með það markmið að efla skapgerðarstyrkleika (Stemmler o.fl., 2021; Yan o.fl., 2020).

Skapgerðarstyrkleikar eru jákvæðir eiginleikar sem birtast í hugsunum, tilfinningum og hegðun okkar. Þessir jákvæðu eiginleikar geta hjálpað fólki að bæta líf sitt og vellíðan, ásamt því að takast á við áskoranir og erfiðleika sem það stendur frammi fyrir (Peterson og Seligman, 2004). Það er ekki einungis mikilvægt að þekkja styrkleika sína heldur er líka mikilvægt að geta skapað aðstæður til þess að nota þá í sínu daglega lífi. Ef einstaklingur nýtir styrkleika sína í erfiðum eða krefjandi aðstæðum á hann auðveldara með að ýta öllum neikvæðum tillfinningum og hugsunum í burtu sem hefur þar með áhrif á eigin útkomu og frammistöðu (Shoshani og Sloan, 2016).

Peterson og Seligman (2004) settu saman lista yfir dygðir og skapgerðarstyrkleika þar sem taldar eru upp sex kjarnadygðir; viska, hugrekki, mannúð, réttlæti, hófsemi og yfirskilvitleiki, auk 24 skapgerðarstyrkleika sem hver um sig er birtingarmynd tiltekinnar dygðar. Dygðir eru persónu- eða skapgerðareinkenni sem finna má í fari fólks og eru oftár en ekki nauðsynleg skilyrði lífshamingju eða farsældar (Martin, 2007). Dygðirnar sex, eru almennt viðurkenndar um allan heim og eiga sér hliðstæðu í trúarbrögðum, bókmenntum og sagnaarfi. Viska er sögð vitsmunaleg dygð sem felur í sér að öðlast meiri þekkingu, innsæi og skilning á lífinu (Peterson og Seligman, 2004). Þetta er þekking sem við höfum þurft að hafa fyrir að öðlast og við notum hana til góðs. Helstu styrkleikar þessarar dygðar eru sköpunargáfa, forvitni, dómgreind, lærdómsást og yfirsýn (Peterson og Park, 2009).

Tafla 1: Dygðir og skapgerðarstyrkleikar (VIA Institute of Character, 2022)

Dygðir	Skapgerðarstyrkleikar
Viska	<p><b>Sköpunargáfa</b> - að hugsa um nýjar leiðir til gera hlutina; að hafa gott ímyndunarafli; að geta kallað fram frumlegar hugmyndir</p> <p><b>Forvitni</b> - að finnast öll umræðu- eða viðfangsefni heillandi og spennandi; að vilja kanna eða uppgötva eitthvað nýtt</p> <p><b>Dómgreind</b> - að velta fyrir sér öllum hliðum mála; að taka skynsamlegar og rökréttar ákvarðanir; að hugsa hlutina til enda áður en ákvörðun er tekin; skoða sönnunargögn frá öllum hliðum heldur en að draga frekari ályktanir</p> <p><b>Lærdómsást</b> - að ná tökum á nýrri færni eða þekkingu; að hafa ástríðu fyrir að læra</p> <p><b>Yfirsýn</b> - að geta gefið öðrum góð ráð; að sjá heildarmynd lífsins</p>
Hugrekki	<p><b>Kjarkur</b> - að hörfa ekki frá ógnunum og öðrum áskorunum eða erfiðleikum; að standa fyrir því sem er rétt; að fara eftir sinni eigin sannfæringu þó hún sé óvinsæl</p> <p><b>Heiðarleiki</b> - að koma fram á ósvikinn og einlægán hátt; að vera ekki að þykjast að vera einhver annar en þú ert; að taka ábyrgð á eigin tilfinningum og mistökum</p> <p><b>Þrautseigja</b> - að ljúka við þau verkefni sem byrjað er á þrátt fyrir að hindranir og erfiðleikar geti komið upp</p> <p><b>Lífsþróttur</b> - að upplifa sig sem lifandi og virkan einstakling; að nálgast verkefni af ákafa en ekki með hálfum huga</p>
Manngæska	<p><b>Góðvild</b> - að vera örlátur; að vilja gera öðrum greiða; að gera góðverk gagnvart einhverjum; að sýna samúð og umhyggju gagnvart velferð annarra</p> <p><b>Ást</b> - kunna að meta samband sitt og tengsl við fjölskyldu og vini;</p> <p><b>Félagsgreind</b> - að vita hvernig maður passar inn í mismunandi aðstæður; að skilja hvað það er sem knýr fólk áfram í lífinu; að vera meðvitaður um tilfinningar sínar og annarra í kringum sig</p>
Réttlæti	<p><b>Sanngirni</b> - að koma fram við annað fólk á réttlátan hátt; ekki láta sínar eigin tilfinningar hafa áhrif á ákvarðanir þínar um aðra; að gefa öllum jöfn tækifæri í lífnu</p> <p><b>Leiðtogahæfni</b> – að hvetja hópinn sinn áfram til að koma hlutunum í verk; að vilja viðhalda góðum tengslum innan hópsins; að setja markmið og ná þeim, að veita öðrum innblástur</p> <p><b>Teymisvinna</b> - að vinna vel sem hluti af hóp eða teymi; að standa við skil á sínum hluta í teymisvinnunni; að vera staðráðinn í að stuðla að velgengni hópsins</p>
Yfirvegún	<p><b>Fyrirgefning</b> - að fyrirgefa öðrum sem hafa sært okkur; að sleppa takinu; að gefa fólk annað tækifæri</p> <p><b>Hógværð</b> - að vera lítillátur; að monta sig ekki; að vekja ekki athygli á sjálfum sér; að líta ekki á sig sem mikilvægari en aðra</p> <p><b>Varfærni</b> - að fara varlega í hlutina og vera varkár um val sitt; að vera skynsamur og taka ekki óþarfa áhættur; að gera ekki hluti sem þú veist að gætu valdið eftirsjá</p> <p><b>Sjálfsstjórn</b> - að hafa stjórn á sinni eigin líðan og hegðun; að hafa stjórn á sinni eigin löngun og tilfinningum</p>
Yfirskilvitsleiki	<p><b>Að meta fegurð</b> - að taka eftir fegurðinni í kringum sig</p> <p><b>Þakklæti</b> - að vera meðvitaður um alla góðu hlutina sem gerast í kringum þig; að vera þakklátur; að gefa sér tíma til þess að tjá sig eða sýna þakklæti</p> <p><b>Von</b> - að vona það besta í framtíðinni; að hafa jákvæðar væntingar um framtíðina; að hafa trú að geta náð markmiðum</p> <p><b>Húmor</b> – að elska að hlægja og hafa gaman; að ná fram brosi hjá öðrum; að horfa á björtu hliðarnar</p> <p><b>Andleg vitund</b> - að vita hvar þú passar inn í stóra samhenginu; að hafa skoðun á tilgangi lífsins sem mótar framkomu og hughreystir</p>

Dygðin hugrekki er sögð vera tilfinningaleg dygð og þykir nauðsynleg í lífi okkar (Peterson og Seligman, 2004). Hugrekki er hæfnin til að hörfa frá ógnunum, erfiðleikum og öðrum áskorunum þrátt fyrir að mæta andstöðu. Án hugrekkis myndum við einungis framkvæma hluti sem væru okkur auðveldir í stað þess að prófa nýja hluti sem geta verið

krefjandi og erfiðir (Wright og Goodstein, 2007; Zvaliy og Aristidou, 2014). Þeir skapgerðarstyrkleikar sem falla undir hugrekki eru heiðarleiki, kjarkur, þrautseigja og lífsþróttur (Peterson og Park 2009).

Mannúð er mannleg dygð sem felur í sér að hafa samúð eða sýna umhyggju gagnvart öðrum (Peterson og Seligman, 2004). Þeir sem skora hátt í þessari dygð sýna mikinn styrkleika í mannlegum samskiptum eins og að sýna öðrum umhyggju. Þeir skapgerðarstyrkleikar sem falla undir mannúð eru góðvild, ást og félagsgreind (Peterson og Park 2009). Réttlæti er vilji til að gera það sem er réttlátt, virða réttindi hvers og eins og stuðla að jöfnuði gagnvart einstaklingum í samfélaginu (Rawls, 2001). Þeir skapgerðarstyrkleikar sem falla undir réttlæti eru sanngirni, leiðtogahæfni og teymisvinna (Peterson og Park 2009).

Yfirvegum felur í sér hvernig við sköpum jafnvægi í lífinu eins og að hafa stjórn á löngunum og freistingum. Þeir sem mælast hátt í þessari dygð hafa meiri stjórn á tilfinningum sínum, hvötum og hegðun án utanaðkomandi aðstoðar (Peterson og Seligman, 2004). Þeir skapgerðarstyrkleikar sem falla undir yfirvegum eru fyrirgefning, hógværð, varfærni og sjálfstjórn (Peterson og Park, 2009). Yfirskilvitsleiki felur í sér hvernig einstaklingar mynda tengsl við heiminn og hvernig hann öðlast merkingu í þeirra augum (Peterson og Seligman, 2004). Þeir styrkleikar sem falla hér undir eru að meta fegurð, þakklæti, von, húnur og andleg vitund (Peterson og Park, 2009).

Til þess að vita hvaða styrkleikar eru ríkjandi hjá okkur hafa Peterson og Seligman (2004) þróað styrkleikapróf sem kallast VIA Inventory of Strengths (VIA-IS). VIA-IS gengur út á að meta skapgerðarstyrkleika sína en hægt er að sjá hvaða styrkleikar eru mest ríkjandi og jafnvel hvaða styrkleika maður nýtir ekki nægjanlega mikið (Peterson og Seligman, 2004). Styrkleikaprófið VIA-IS hefur verið þýtt á yfir 20 tungumál og er í dag notað í ólíkum löndum víðsvegar um heiminn. Fleiri en 25 milljónir manna hafa þeytt prófið (VIA Character, 2023).

## 6 Markaðshlutun

Markaðshlutun (e. segmentation) felur í sér að skipta markaðnum niður í smærri og samstæðari hópa sem hafa sameiginleg einkenni (Croft, 1994, Smith, 1956; Weinstein 1987). Þessir hlutar eru einsleitir að innan, sem þýðir að einstaklingar í hverjum hluta hafa svipuð viðhorf og deila líkingum þegar kemur að hegðun þeirra (Anderson og Vincze, 2000). Markaðshlutun er því byggð á þeirri forsendu að einstaklingar innan hvers hóps eru líklegir til þess að bregðast við settum markaðsaðgerðum á svipaðan hátt, en á þann hátt sem er ólíkt öðrum hópum (Anderson og Vincze, 2000). Hér er því mikilvægt að skilaboðin séu sérsniðin að hverjum hóp fyrir sig, en skilaboð sem eru sérsniðin eru yfirleitt talin vera áhrifaríkari heldur en skilaboð sem er það ekki (Noar o.fl., 2007).

Ekki er ein rétt leið til þess að hluta markaðinn niður en gjarnan er stuðst við landfræðilegar-, lýðfræðilegar-, sálfræðilegar- og hegðunarlegar breytur (Martin 2011; McLeay and Oglethorpe, 2013). Landfræðilegar breytur eru tengdar búsetu einstaklinga og geta verið allt frá skilgreindum svæðum eins og borgum, ríkjum og héruðum, til flokkunar í þéttbýli, dreifbýli og úthverfi (Dietrich o.fl., 2017). Lýðfræðilegar breytur lýsa víðtækum einkennum fólks eins og kyni, aldri, þjóðerni og tekjum. Landfræði- og lýðfræðilegar breytur eru þær breytur sem hafa mest verið notaðar, en á undanförunum áratugum hefur meiri áhersla verið lögð á sálfræðilegar og hegðunarlegar breytur þar sem landfræði- og lýðfræðilegar breytur eru ekki eins góðar til að spá fyrir um hegðun (Dietrich o.fl., 2017; Mathijssen o.fl., 2012). Sálfræðilegar breytur lýsa viðhorfum og persónuleika einstaklinga ásamt gildum og öðrum lífstílsseinkennum, meðan hegðunarlegar breytur skipta neytendum eftir hegðunarmynstri þeirra t.d. eftir því hvernig þeir mismuna einstaklingum með geðsjúkdóma (Martin, 2011). Í stað þess að flokka fólk einungis út frá kyni, búsetu og tekjum, þá er hægt að flokka eftir því hvernig fólk líður, hvernig það hugsar og jafnframt eftir viðhorfum og gildum sem það hefur (Dietrich o.fl., 2017).

Litið er á markaðshlutun sem lykilviðmið til að auka skilvirkni fyrir árangursríka samfélagsmiðaða markaðsherð, (Dietrich o.fl., 2017; Lefebvre og Flora, 1988). Áður fyrir þegar samfélagsmiðuð markaðsfærsla var ný af nálinni þótti vafasamt að hluta markaðinn niður í smærri og samstæðari hópa. Hugmyndin um að meðhöndla ákveðna hópa öðruvísi með sérstökum skilaboðum og hunsu aðra hópa þótti ekki samræmast við gildi og reglur félagslegra stofnana. Þar af leiðandi var markaðsfólk beðið um að reyna að forðast að

nota markaðshlutun í samfélagsmiðaðri markaðsfærslu (Bloom og Novelli, 1981). Í dag eru hins vegar breyttir tímar, hafa fræðimenn viðurkennt að markashlutun sé áhrifarík leið í samfélagsmiðaðri markaðsfærslu til að koma skilaboðum áleiðis til ákveðinna hópa með það markmiði að hafa áhrif á eða breyta hegðun (Dietrich o.fl., 2017; Maibach o.fl., 2002).

Dietrich o.fl., 2017 settu fram fimm skrefa ferli sem auðveldar samfélagslegum markaðsaðilum (e. social marketers) að hluta niður markaðinn. Í fyrsta lagi er mikilvægt að hafa djúpa þekkingu á því hver markaðurinn er sem verið er að miða á, sem í þessu tilfalli er fólk sem smáanar geðsjúkdóma. Hópurinn er því breiður og því mikilvægt að kanna hvort að hægt sé að hluta markaðinn niður í einsleita undirhópa (Dietrich o.fl., 2017).

Því næst þarf að velja hvaða breytur og aðferð skuli nota svo hægt sé að öðlast dýpri skilning á markaðnum (Dietrich o.fl., 2017). Ekki eru til neinar formlegar reglur þegar velja á viðeigandi breytur, en þar sem samfélagsmiðuð markaðsfærsla snýst um að breyta hegðun þá eru sálfræði- og hegðunarlegar breytur ákjósanlegasti kosturinn þar sem þær auka skilvirkni herferðarinnar (Martin, 2011). Þegar kemur að því að velja hvaða aðferð eigi að nota til að skipta markaðnum, er annars vegar hægt að velja „priori“ markaðshlutun og hins vegar „posteriori“ markaðshlutun (Bieger and Laesser 2002; Chen 2003; Hsu and Lee 2002) Í „priori“ markaðshlutun er markaðnum skipt niður í hluta á grundvelli ábendinga, forsenda eða fyrirbyggjandi gagna. Niðurstöður markaðsrannsóknar ákveða síðan stærð hópanna og er síðan einkennum hvers hóps fyrir sig lýst með tilliti til landfræðilega-, lýðfræðilega-, sálfræðilega- eða hegðunarlega þátta. Í „posteriori“ markaðshlutun er markaðurinn aftur á móti hlutaðir niður í smærri og samstæðari hópa eftir niðurstöðum markaðsrannsóknar (Dietrich o.fl., 2017). Hér eru því þátttakendur í rannsókninni paraðir saman út frá fleiri en einni breytni og síðan er klasagreiningu beitt til að greina markhópa. Klasagreining gerir markaðsfólki kleift að skipta markaðnum niður eftir landfræði og lýðfræðilegum breytum t.d. aldri (Flynn o.fl., 2007), kyni, (Staten o.fl., 2006), kynþætti (Granner o.fl., 2004), tekjum (Johh o.fl., 2004) og síðan greina klasa út frá sálfræðilegum, lífstíls eða hegðunarbreytum (Kazbare o.fl.,2010). Samkvæmt Dietrich o.fl., 2017 er „priori“ markaðshlutun valin fram yfir „posteriori“ markaðshlutun þegar auðlindir eins og fjármagn er takmarkað eða ekki til staðar, og jafnvel ef markaðurinn er of lítill.

Þegar búið er skipta markaðnum niður í smærri og samstæðari hópa er komið að þriðja skrefinu þ.e. að lýsa markaðshlutunum. Hér þarf markaðsfólk að skoða hvern hluta fyrir sig og hvernig hóparnir eru líkir innbyrðis. Jafnframt þarf að skoða hvernig þeir eru ólíkir hinum hópunum (Dietrich o.fl., 2017). Til að útskýra og túlka betur hvern hóp fyrir sig þá mælir Lefebvre (2013) með því að markaðsfólk búi til skáldaðar persónur (e. personas) af hverjum hluta sem lýsir honum eins vel og mögulegt er. Þessar persónur geta hjálpað rannsakanda að hafa betri skilning á hópunum og auðveldað þegar hanna á samfélagsmiðaða markaðsherferð sem samræmist þeim hóp sem verið er að miða á (Lefebvre, 2013)

Skref fjögur snýr að því að leggja mat á markópanna. Hér er því mikilvægt að spyrja sig spurninga eins og er hópurinn nógu stór? Getum við tryggt að við náum í þennan tiltekna hóp? Er hópurinn tilbúin og hefur vilja til þess að breyta hegðun sinni? Hvaða hópar eru mikilvægastir og af hverju? Þessi hópur sem hefur verið valinn er sá sem við viljum breyta hegðun hjá (Dietrich o.fl., 2017). Hópurinn hegðar sér svipað innbyrðis og er því líklegri til þess að bregðast við samfélagsmiðaðri markaðsherferð á svipaðan hátt. Áður en herferðin er sniðin að markhópnum er mikilvægt að bera kennsl á allan þann kostnað sem markhópurinn mun skynja varðandi hegðunina og reyna að veða upp eða lágmarka kostnaðinn eins og mögulegt er (Basil o.fl., 2019; Da Silva og Mazzon, 2006). Markmið samfélagsmiðaðs markaðsfólks er að gera hegðunarbreytinguna eins auðvelda og mögulegt er fyrir markhópinn en því meira sem þú gerir hegðunina þægilegri því líklegra er að fólk tileinki sér hana (Basil o.fl., 2019).



## 7 Aðferð

Markmið rannsóknarinnar var að hluta niður markaðinn eftir því hvernig hann lítur á einstaklinga með alvarlega geðsjúkdóma og þar með búa til skýran markhóp sem hægt er að miða á til að draga úr smánun. Hér á eftir verður farið yfir aðferðafræði rannsóknarinnar og greint verður frá þátttakendum, hvaða mælitæki voru notuð, ásamt því að framkvæmd rannsóknarinnar verður útlistuð.

### 7.1 Þátttakendur

Notast var við rafrænt hentugleikaúrtak þar sem reynt var eftir fremsta megni að ná til fjölbreytts fólks á öllum aldri. Alls svöruðu 597 könnuninni að stórum hluta eða í heild. Kynjahlutfall var ójafnt en fleiri konur tóku þátt í könnuninni heldur en karlar (sjá töflu 2).

Tafla 2: Upplýsingar um þátttakendur

Kyn	Aldur	Menntun	Tekjur
Karl 19,9%	25 ára eða yngri 15,6%	Grunnskólamenntun 12,64%	400.000 kr. eða lægri 33,61%
Kona 79,2%	26 – 30 ára 20,4%	Framhaldsskólamenntun 26,97%	400.001 - 600.000 kr. 29,39%
Kynsegin 0,8%	31 – 35 ára 12,8%	Grunnmenntun úr háskóla 27,25%	600.001 - 800.000 kr. 22,03%
	36 – 40 ára 10,3%	Framhaldsmenntun úr háskóla 33,14%	800.001 eða hærrí 14,97%
	41 – 50 ára 19,2%		
	51 eða eldri 21,7%		

### 7.2 Mælitæki

Notast var við tvö fyrirliggjandi mælitæki, annars vegar mælitæki sem snýr að viðhorfi almennings til geðsjúkdóma og hins vegar mælitæki sem metur dygðir þátttakenda. Einnig voru settar fram fjórar bakgrunnsbreytur sem snéru að kyni, aldri, menntun og tekjum þátttakenda.

Við mælingu á viðhorfi til geðsjúkdóma var notast við ASMI (The Attitude Scale for Mental Illness) skalann eftir Ng og Chan (2000). Mælitækið aðlagð að spurningalistanum, OMICC (Options About Mental Illness In Chinese Community), sem mælir skoðun almennings á geðsjúkdómum (Poreddi o.fl., 2017). Spurningalistinn inniheldur 34 atriði, sem skipt var niður á sex undirþætti þ.e. góðvild, svartsýni, staðalímyndir, aðhaldssemi, stimplun og aðskilnað (Ng og Chan, 2000; Poreddi o.fl., 2017). Þátturinn góðvild samanstendur af átta atriðum sem snúa að því hvort almenningur hafi samúð gagnvart

fólki með geðsjúkdóma. Svartsýni inniheldur fjögur atriði sem snúa að því hvort almenningur trúir að fólk með geðsjúkdóma nái bata við sjúkdómi sínum og hvort þau eigi afturkvæmt í samfélagið þrátt fyrir að hafa hlotið meðferð. Staðalímyndir samanstendur af fjórum atriðum sem fjalla um algengar neikvæðar hugmyndir um alvarlega geðsjúkdóma. Aðhaldssemi inniheldur fjögur atriði og er ætlað að mæla réttindi fólks með geðsjúkdóma. Stimplun inniheldur fjögur atriði sem mæla mismunun gagnvart þeim sem eru með geðsjúkdóma. Að lokum samanstendur aðskilnaður af tíu fullyrðingum sem fela í sér að mæla félagslega fjarlægð fólks gagnvart einstaklingum með geðsjúkdóma (Poreddi, 2017).

Höfundur ákvað að breyta orðalagi fullyrðinganna úr „*geðsjúkdómar*“ í „*alvarlega geðsjúkdóma*“. Hugtakið geðsjúkdómar þykir mjög vítt en þunglyndi, geðhvarfasýki og geðklofi eru dæmi um viðurkennda geðsjúkdóma en eiga þó lítið sameiginlegt þegar kemur að einkennum og orsökum. Alvarlegir geðsjúkdómar eru þeir sjúkdómar sem trufla verulega eða takmarka daglegt líf fólks, en geðhvarfasýki og geðklofi eru meðal annars geðsjúkdómar sem eru flokkaðir sem alvarlegir (Saha o.fl., 2007).

Við mælingu á dygðum var mælitækið VIA-IS-V6 (VIA Inventory of Strengths – Virtues 6) notað. Mælitækið var þróað af McGrath (2017) og byggir á styrkleikaprófinu VIA-IS (e. Values In Action Institute) sem skoðar styrkleika einstaklinga. VIA-IS styrkleikaprófinu er ætlað að greina fimm helstu styrkleika einstaklinga sem væru þá þeirra kjarnaskapgerðarstyrkleikar og einkenna þá sem persónu. Prófið inniheldur 24 skapgerðarstyrkleika sem skiptast niður á sex dygðir þ.e hugrekki, manngæsku, réttlæti, yfirvegum, yfirskilvitsleika og visku. VIA-IS-V6 er styttri útgáfa af þessum mælikvarða en mælitækið inniheldur 48 atriði á meðan VIA-IS samanstendur af 240 atriðum (McGrath, 2017).

Höfundur þýddi bæði mælitækin á íslensku og voru allir svarkostir merktir með orðgildum og lagðir fram á fimm punkta Likert-kvarða. Til að ákvarða orðalag mælistika við hverja spurningu var stuðst við rannsókn Fanneyjar Þórsdóttur og Friðriks H. Jónssonar (2009) þar sem 1 táknaði að þátttakendur væru mjög sammála þeirri fullyrðingu sem sett var fram og 5 að þeir væru mjög ósammála viðkomandi fullyrðingu.

Spurningalistinn var forþróaður á sex einstaklingum af öllum kynjum á mismunandi aldri með það að markmiði að athuga hversu skýrar og skiljanlegar spurningarnar voru. Enga breytingu þurfti að gera þar sem allar spurningar þóttu vera auðskiljanlegar.

### 7.3 Framkvæmd

Eftir forprófun var spurningalistinn settur upp með rafrænum hætti í forritinu QuestionPro. Söfnun gagna fór fram frá 21. júní til 1. júlí 2021 og var spurningalistanum dreift rafrænt í gegnum samfélagsmiðilinn Facebook. Tengill á rafræna könnun var sendur á ættingja og vini í nærumhverfi rannsakanda og voru þeir hvattir til þess að deila könnuninni áfram á aðra sem kynnu að hafa áhuga á að taka þátt í rannsókninni. Ekki er hins vegar vitað hversu margir deildu könnuninni áfram. Lögð var áhersla á að dreifa spurningalistanum innan fjölmennra hópa eins og Brask og Brask- allt leyfilegt, Auglýstu allt sem þú vilt frítt, Sölusíða fyrir alla til að ná til sem flestra einstaklinga.

Á upphafssíðu könnunarinnar fengu þátttakendur upplýsingar um tilgang rannsóknarinnar. Þeim var gert ljóst að það tæki innan við tíu mínútur að svara ásamt því að svör þeirra yrðu ekki rakin. Einnig kom fram að fjórir þátttakendur ættu möguleika á að vinna 10.000 gjafabréf frá Arion banka ef þeir myndu rita netfang sitt í lok rannsóknarinnar en tekið var fram að þátttakan væri valfrjáls. Áður en þátttakendur byrjuðu að svara spurningalistanum setti höfundur fram nokkur varnarorð þar sem vert væri að hafa í huga að sumar fullyrðingar sem snéru að alvarlegum geðsjúkdómum gætu vakið óhug meðal einstaklinga sem glíma við eða hafa glímt við alvarlega geðsjúkdóma og aðstandendur þeirra.

## 8 Niðurstöður

Hér á eftir verður farið yfir niðurstöður rannsóknarinnar. Í byrjun verður farið yfir lýsandi tölfræði ásamt innri áreiðanleika mælitækjanna til þess að meta gæði undirþáttanna. Því næst verða tengsl milli dygða og viðhorfa til geðsjúkdóma kryfjuð með hjálp Pearson stuðulsins. Að lokum verður farið yfir niðurstöðu klasagreiningar.

### 8.1 Viðhorf til alvarlegra geðsjúkdóma

Í töflu 3 má sjá yfirlit yfir meðaltal, staðalfrávik og tíðni allra fullyrðinganna ásamt innri áreiðanleika þáttanna er varða viðhorf fólks til alvarlegra geðsjúkdóma. Því lægra sem meðaltalið er því neikvæðari eru viðhorf almennings gagnvart fólki með alvarlega geðsjúkdóma og öfugt.

Tafla 3: Lýsandi niðurstöður atriða á viðhorf til geðsjúkdóma

Fullyrðingar	M	sf	n
<b>Aðskilnaður <math>\alpha = 0,807</math></b>	<b>2,35</b>	<b>0,63</b>	<b>423</b>
Fólk með alvarlega geðsjúkdóma sýnir af sér ófyrirsjáanlega hegðun	3,37	1,05	422
Ef fólk greinist með alvarlegan geðsjúkdóm einu sinni verður það auðveldlega veikt aftur	3,14	0,93	422
Ef að búseta fyrir einstaklinga með alvarlega geðsjúkdóma myndi opna í götunni minni eða í hverfinu mínu, myndi ég flytja	2,01	1,07	421
Þrátt fyrir að einstaklingur með alvarlega geðsjúkdóm hafi hlotið meðferð við veikindum sínum, myndi ég vera hræddur við að umgangast hann	1,90	0,94	422
Einstaklinga með alvarlega geðsjúkdóma ætti ekki að meðhöndla á sama sjúkrahúsi og aðra sjúklinga	2,05	1,18	423
Ef einstaklingur glímir við alvarlegan geðsjúkdóm er eðlilegt að slíkt geti verið tilefni fyrir maka viðkomandi að sækja um skilnað	2,54	1,16	422
Einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma hafa tilhneigingu til þess að vera ofbeldishneigðir	2,61	1,05	423
Einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma eru hættulegir	2,35	1,02	422
Fólk ætti að hræðast einstaklinga með alvarlega geðsjúkdóma	1,73	0,89	409
Einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma eru hættulegri heldur en annað fólk þrátt fyrir að þeir hafa fengið viðeigandi meðferð við veikindum sínum	1,71	0,91	393
<b>Staðalímyndir <math>\alpha = 0,770</math></b>	<b>1,82</b>	<b>0,70</b>	<b>409</b>
Það er auðveldlega hægt að átta sig á hverjir eru með alvarlega geðsjúkdóma út frá hegðun þeirra	2,00	0,92	406
Það er auðvelt að bera kennsl á þá sem eru með alvarlega geðsjúkdóma	1,72	0,85	408
Einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma eru almennt með lægri greindarvísitölu en aðrir	1,46	0,76	408
Allir þeir sem eru með alvarlega geðsjúkdóma sýna af sér einhversskonar undarlega hegðun	2,00	1,05	408

<b>Aðhaldssemi <math>\alpha = 0,753</math></b>	<b>1,66</b>	<b>0,67</b>	<b>409</b>
Það er óviðeigandi fyrir einstaklinga með alvarlega geðsjúkdóma að gifta sig	1,39	0,75	407
Þeir sem eru með alvarlega geðsjúkdóma geta ekki náð fullum bata	1,88	0,99	408
Það er ekki æskilegt að einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma eignist börn	2,05	1,06	409
Einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma eiga sér enga framtíð	1,33	0,70	407
<b>Góðvild <math>\alpha = 0,743</math></b>	<b>1,65</b>	<b>0,63</b>	<b>393</b>
Einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma eiga í erfiðleikum með að haldast í starfi*	1,33	0,70	407
Stuðningur frá fjölskyldu og vinum getur hjálpað einstaklingum með alvarlega geðsjúkdóma að ná bata*	1,45	0,78	393
Fyrirtæki og hið opinbera eiga að bjóða upp á störf fyrir einstaklinga með alvarlega geðsjúkdóma*	2,00	0,90	392
Eftir að einstaklingur með alvarlega geðsjúkdóma hefur hlotið meðferð við veikindum sínum, má hann snúa aftur í sitt fyrra starf*	2,00	0,89	392
Besta leiðin til þess að hjálpa einstaklingum með alvarlega geðsjúkdóma að ná bata er að leyfa þeim að vera hluti af samfélaginu og lifa venjulegu lífi*	1,52	0,82	392
Ég myndi ekki vilja vingast við einstakling sem er með alvarlega geðsjúkdóm þó hann væri búinn að hljóta meðferð við veikindum sínum	1,53	0,86	393
Hver sem er getur greinst með alvarlega geðsjúkdóma*	1,40	0,75	392
Við ættum ekki að hlægja að þeim sem eru með alvarlega geðsjúkdóma, þrátt fyrir að þeir hagi sér furðulega*	1,42	0,94	384
<b>Svartsýni <math>\alpha = 0,585</math></b>	<b>3,52</b>	<b>0,62</b>	<b>384</b>
Það er erfiðara fyrir þá sem eru með alvarlega geðsjúkdóma að fá sömu laun og aðrir fyrir sama starf	3,47	1,01	383
Eftir að einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma hafa hlotið meðferð er erfitt fyrir þá að verða hluti af samfélaginu aftur	4,00	0,94	384
Fólk hefur fordóma gagnvart þeim sem eru með alvarlega geðsjúkdóma	4,00	0,72	384
Það er erfitt að eiga góða vini ef þú ert með alvarlegan geðsjúkdóm	2,87	1,05	382
<b>Stimplun <math>\alpha = 0,516</math></b>	<b>1,74</b>	<b>0,60</b>	<b>383</b>
Alvarlegir geðsjúkdómar eru oft refsing og afleiðing þess að hafa gert slæma hluti	2,87	1,05	382
Ég mæli með að einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma segi ekki neinum frá sjúkdómum sínum	1,38	0,73	383
Það er sjaldgæft að þeir sem ná árangri í starfi glími við alvarlega geðsjúkdóma	2,35	0,97	382
Það er skömm að vera með alvarlegan geðsjúkdóm	1,82	1,21	383

\*atriði snúið við í sameiningu atriða í þátt

Innri áreiðanleiki spurningalistans var kannaður með áreiðanleikastuðlinum Cronbachs alpha ( $\alpha$ ) til þess að skoða hvort fullyrðingarnar væru ekki að meta sama fyrirbærið. Innri áreiðanleiki listans í heild var 0,887. Þegar undirþættirnir voru skoðaðir reyndist innri áreiðanleiki góður fyrir þættina; góðvild, aðskilnaður, staðalímyndir og aðhaldssemi. Fyrir þáttinn góðvild voru fullyrðingarnar „Einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma eiga í erfiðleikum með að haldast í starfi“ og „Við ættum ekki að hlægja að þeim sem eru með alvarlega geðsjúkdóma, þrátt fyrir að þeir hagi sér furðulega“ teknar út og innri áreiðanleika greining keyrð aftur til þess að hækka Cronbachs alpha. Cronbachs

alpha hækkadi úr 0,685 í 0,743. Innri áreiðanleiki reyndist ekki jafngóður fyrir þættina svartsýni og stimplun en það skýrist að öllum líkindum af því að þættirnir byggja á færri fullyrðingum. Fá atriði í hverjum þætti getur þýtt að áreiðanleikastuðullinn verður lægri (Field, 2009).

Fullyrðingarnar voru síðan sameinaðar undir hvern þátt fyrir sig. Þó innri áreiðanleiki þáttanna, svartsýni og stimplun hafi verið ófullnægjandi var hins vegar ákveðið að sameina fullyrðingarnar í tvær breytur. Því er vert að hafa þessa þætti í huga þegar kemur að frekari úrvinnslu á gögnunum.

## 8.2 Dygðir

Í töflu 4 má sjá yfirlit yfir meðaltal, staðalfrávik, tíðni og innri áreiðanleika allra þeirra fullyrðinga sem leggja mat á dygðir þátttakenda.

Tafla 4: Lýsandi niðurstöður atriða á dygðir

Fullyrðingar	M	sf	n
<b>Hugrekki <math>\alpha = 0,689</math></b>	<b>3,77</b>	<b>0,52</b>	<b>377</b>
Ég svík oft loforð mín*	4,46	0,73	375
Mér finnst ég sjaldan orkumikil/I*	3,64	1,05	375
Ég er hugrökk manneskja	3,65	0,94	375
Ég gefst auðveldlega upp í krefjandi aðstæðum*	3,90	0,88	371
Oft verður ekkert úr þeim plönnum sem ég geri því ég gefst upp*	3,80	0,94	363
Ég mun segja hluti sem eru ósannir, ef það er auðveldara*	3,86	0,94	364
Ég er raunverulega spennt/ur að byrja hvern einasta dag	3,42	0,97	360
Í mjög erfiðum aðstæðum á ég í vandræðum með að sigrast á ótta mínum*	3,38	1,01	360
<b>Manngæska <math>\alpha = 0,744</math></b>	<b>3,82</b>	<b>0,57</b>	<b>377</b>
Ég elska að gleðja annað fólk	4,44	0,75	376
Ég á oft erfitt með að skilja fólk sem ég hef ekki hitt áður*	3,78	0,92	375
Ég er góð/ur í að tjá öðrum ást mína	3,51	1,14	369
Ég legg mig alla/n fram að hressa fólk sem virðist niðurdregið	3,69	0,78	364
Ég tjái oft ást mína til annarra	3,50	1,13	365
Ég reyni alltaf að hjálpa fólki í neyð	4,23	0,78	365
Ég á erfitt með að tjá ást mína gagnvart öðrum*	3,78	1,05	356
Ég veit alltaf hvað á að segja til þess að fólki líði vel	3,37	0,95	357
<b>Réttlæti <math>\alpha = 0,721</math></b>	<b>3,93</b>	<b>0,57</b>	<b>377</b>
Ég kem alltaf fram við fólk á sanngjarnan hátt, hvort sem mér líkar við það eða ekki	4,12	0,78	376
Undantekningalaust, styð ég liðsfélagana mína eða félagana í hópnum	4,09	0,90	373
Ég er mjög góð/ur í að leiða hópnum	3,80	1,03	364
Jafnvel þó að mér líki ekki við einhvern, þá kem ég fram við hann eða hana á sanngjarnan hátt	4,17	0,82	364
Ég á erfitt með að fá fólk til að vinna saman*	3,90	0,86	361
Mér líkar ekki að vera hluti af hóp*	3,79	0,97	359

Einn af mínum styrkleikum er að hjálpa fólki að vinna saman í hóp, jafnvel þó að ágreiningur komi upp	3,52	0,94	359
Mér finnst mjög gaman að vera hluti af hópi	3,85	1,03	357
<b>Yfirvegum <math>\alpha = 0,575</math></b>	<b>3,37</b>	<b>0,51</b>	<b>371</b>
Ég er hefnigjörn manneskja*	4,08	0,95	371
Ég monta mig aldrei af afrekum mínum	3,33	0,96	370
Það er auðvelt fyrir mig að láta undan freistingum*	3,14	1,08	369
Ég hugsa alltaf um afleiðingarnar áður en ég framkvæmi	3,48	1,0	365
Mig skortir sjálfsga*	3,61	1,09	360
Ég velti undantekningalaust fyrir mér mögulegum afleiðingum áður en ég gríp til aðgerða	3,59	0,97	359
Ég læt ekki undan freistingum	2,78	1,03	360
Ég hugsa alltaf áður en ég tala	3,00	1,05	357
<b>Yfirskilvitsleiki <math>\alpha = 0,767</math></b>	<b>3,36</b>	<b>0,63</b>	<b>377</b>
Ég hef fundið köllun í lífi mínu	3,08	1,15	376
Ef ég er niðurdregin/n, hugsa ég alltaf um það sem er gott í lífi mínu	3,36	1,04	371
Það er enginn tilgangur til að lifa lífinu*	4,50	0,82	371
Fólk myndi kalla mig svartsýna/n*	3,98	0,98	364
Ég er alltaf meðvituð/aður um náttúrufegurðina sem er í umhverfinu	3,92	1,01	358
Ég finn fyrir djúpu þakklæti á hverjum degi	3,38	1,00	358
Ég leyfi aldrei erfiðum aðstæðum að taka frá mér húmorinn	3,71	1,01	357
Að minnsta kosti einu sinni á dag staldra ég við og hugsa hversu heppin/n ég er	3,20	1,12	357
<b>Viska <math>\alpha = 0,726</math></b>	<b>3,72</b>	<b>0,51</b>	<b>377</b>
Ég er alltaf að finna nýjar leiðir til að gera hlutina	3,36	0,94	358
Aðrir líta á mig sem vitran einstakling	3,62	0,77	375
Ég skoða alltaf báðar hliðar allra mála	4,01	0,72	370
Ég sleppi aldrei tækifærinu til að gera eitthvað nýtt	3,41	0,95	367
Vinir mínir segja að ég hafi fullt af nýjum og mismunandi hugmyndum	3,38	0,94	370
Ég elska að læra nýja hluti	4,16	0,82	364
Ég er alltaf forvitin/n um heiminn	4,20	0,82	360
Ég prófa sjaldan nýja hluti*	3,70	0,99	375

\*atriði snúið við í sameiningu atriða í þátt

Innri áreiðanleiki spurningalistans var kannaður með áreiðanleikastuðlinum Cronbachs alfa ( $\alpha$ ) til þess að skoða hvort að fullyrðingarnar væru ekki að meta sama fyrirbærið. Innri áreiðanleiki var góður fyrir þættina réttlæti, manngæsku, visku og yfirskilvitsleika en ekki jafngóður fyrir þættina yfirvegum og hugrekki. Reynt var að taka út fullyrðingar til þess að hækka Cronbach's Alpha en ekki tókst að hækka stuðulinn. Þó innri áreiðanleiki fyrir þáttinn yfirvegum og hugrekki hafi verið ófullnægjandi, ákvað rannsakandi að sameina spurningarnar í tvær breytur. Því er vert að hafa þessa þætti í huga þegar kemur að frekari úrvinnslu á gögnunum.

### 8.3 Tengsl milli dygða og viðhorfa til alvarlegra geðsjúkdóma

Tengsl dygða og viðhorfa til alvarlegra geðsjúkdóma voru könnuð með Pearson fylgnistuðlinum. Til að meta styrkleika tengslanna var horft á viðmið Field (2009). Ef „ $r$ “ er undir 0,30 er um veika fylgni að ræða. Ef „ $r$ “ á bilinu 0,30 til 0,49 er um miðlungs fylgni að ræða og fylgni er sterk ef „ $r$ “ er yfir 0,50 (Field, 2009).

Í töflu 5 má sjá Pearson's fylgni milli rannsóknarbreyta. Sterk jákvæð tengsl reyndust vera milli staðalímynda og yfirskilvitsleika ( $r(377) = 0,584$ ;  $p < 0,001$ ). Eftir því sem dygðin yfirskilvitsleiki eykst hjá fólki því líklegra er það til hafa neikvæðar hugmyndir og þar með neikvæðar staðalímyndir um fólk með alvarlega geðsjúkdóma. Miðlungs neikvæð tengsl reyndist vera á milli staðalímynda og visku ( $r(377) = 0,466$ ;  $p < 0,001$ ). Eftir því sem dygðin viska eykst hjá fólki því ólíklegra er það til að hafa neikvæðar hugmyndir og þar með neikvæðar staðalímyndir um fólk með alvarlega geðsjúkdóma.

Neikvæð tengsl voru milli staðalímynda og dygðanna hugrekki, manngæska og réttlæti en í öllum tilvikum voru tengslin mjög veik. Eftir því sem dygðin hugrekki, manngæska og réttlæti eykst hjá fólki því ólíklegra er það til að hafi neikvæðar hugmyndir, og þar með neikvæðar staðalímyndir um fólk með alvarlega geðsjúkdóma. Aðrir undirþættir viðhorfs til alvarlega geðsjúkdóma höfðu mjög veik eða enginn tengsl við dygðirnar.



Tafla 5: Fylgni milli breyta

		Aðskilnaður	Staðalímyndir	Aðhaldssemi	Góðvild	Svartsýni	Stimplun
<b>Hugrekki</b>	r	-0,148**	-0,123*	-0,222**	-0,134**	-0,174**	-0,167**
	p	0,004	0,017	0,001	0,009	0,001	0,001
	n	377	377	377	377	377	376
<b>Manngæska</b>	r	-0,118*	-0,128*	-0,193**	-0,274**	-0,033	-0,136**
	p	0,022	0,013	-0,001	0,001	0,526	0,008
	n	377	377	377	377	377	376
<b>Réttlæti</b>	r	-0,100	-0,125*	-0,209**	-0,190**	-0,099	-0,111*
	p	0,052	0,015	-0,001	0,001	0,054	0,031
	n	377	377	377	377	377	376
<b>Yfirvegun</b>	r	-0,030	-0,055	-0,101	-0,112*	-0,047	-0,031
	p	0,559	0,288	0,052	0,032	0,366	0,552
	n	377	371	371	371	371	370
<b>Yfirskilvitsleiki</b>	r	-0,077	0,584**	-0,155**	-0,104*	-0,182**	-0,085
	p	0,134	0,001	0,003	0,043	0,001	0,100
	n	377	377	377	377	377	376
<b>Viska</b>	r	-0,105*	0,466**	-0,160**	-0,194**	-0,055	-0,123*
	p	0,041	0,001	0,002	0,001	0,283	0,017
	n	377	377	377	377	377	376

\*marktækt við  $p < ,05$  marktæktarstig  
 \*\*marktækt við  $p < ,001$  marktæktarstig

## 8.4 Lýðfræðibreytur

Þegar fylgni var skoðuð á milli lýðfræðibreyta og þáttanna sex sem snéru að viðhorfi til geðsjúkdóma kom í ljós að neikvæð tengsl voru á milli menntunarstigs og staðalímýnda ( $r_s(353) = -0,224; p < 0,001$ ), en tengslin voru mjög veik. Því hærra menntunarstig sem fólk hefur, því ólíklegra er það til að hafi neikvæðar hugmyndir og þar með neikvæðar staðalímýndir um fólk með alvarlega geðsjúkdóma. Enginn önnur tengsl var að finna milli lýðfræðibreyta og þáttanna sex.

Þegar fylgni var skoðuð milli lýðfræðibreyta og dygðanna, kom í ljós að jákvæð fylgni var á milli menntunarstigs og dygðanna sex en tengslin voru í öllum tilvikum mjög veik. Jákvæð fylgni reyndist milli aldurs og hugrekkis og yfirskilvitsleika og einnig á milli tekna og hugrekkis og yfirskilvitsleika. Þau voru líka í öllum tilvikum mjög veik.

Tafla 6: Niðurstöður þáttanna eftir aldri, menntun og tekjum

		Hugrekki	Manngæska	Réttlæti	Yfirvegund	Yfirskilvitsleiki	Viska
<b>Aldur</b>	$r_s$	0,163**	-0,018	-0,099	0,092	0,218**	-0,079
	p	<.001	0,731	0,062	0,082	<.001	0,136
	n	353	353	353	353	353	353
<b>Menntun</b>	$r_s$	0,214**	0,135*	0,208**	0,155*	0,207**	0,177**
	p	<.001	0,011	<.001	0,017	<.001	<.001
	n	353	353	353	353	353	353
<b>Tekjur</b>	$r_s$	0,191**	-0,076	0,040	0,018	0,181**	-0,002
	p	<.001	0,072	0,317	0,389	<.001	0,457
	n	353	353	353	353	353	353

\*marktækt við  $p < ,05$  marktæktarstig  
 \*\*marktækt við  $p < ,001$  marktæktarstig

## 8.5 Markhópar

Framkvæmd var tveggja þrepa klasagreining (two-step cluster analysis) til þess að sjá hvort að þátttakendur skiptust upp í markaðshluta. Þættirnir sex sem féllu undir viðhorf til alvarlegra geðsjúkdóma voru notaðir til þess að móta klasana og leiddu niðurstöður í ljós þrjá klasa. Skoðað var hvort munur væri milli hópanna þriggja eftir viðhorfi til alvarlegra geðsjúkdóma. Dreifigreining (ANOVA) leiddi í ljós mun á milli hópanna á víddunum sex sem snéru að viðhorfi til alvarlegra geðsjúkdóma nema í þættinum svartsýni (sjá töflu 7).

Tafla 7: Klasagreining: þrjú hópar eftir viðhorfi til alvarlegra geðsjúkdóma

Hópur	1	2	3	N	p	df
<i>N</i>	45	162	176	383		
Aðskilnaður	3,22	2,55	2,32	2,31	<.001	2
Staðalímyndir	2,78	2,06	1,30	1,79	<.001	2
Aðhaldssemi	2,88	1,73	1,23	1,63	<.001	2
Svartsýni	3,63	3,61	3,40	3,52	.003	2
Stimplun	2,51	1,87	1,40	1,73	<.001	2
Góðvild	2,54	1,75	1,30	1,64	<.001	2

Athugað var hvort munur væri á milli hópanna þriggja eftir dygðum og leiddi dreifigreining í ljós að marktækur munur var á milli hópanna þriggja þegar kemur að dygðunum hugrekki, manngæsku, réttlæti og visku. Ekki var marktækur munur á milli hópanna og dygðanna yfirvegun og yfirskilvitsleika (sjá töflu 8).

Tafla 8: Klasagreining: þrjú hópar eftir dygðum

Hópur	1	2	3	N	p	df
<i>N</i>	45	162	176	383		
Hugrekki	3,51	3,74	3,86	3,77	<.001	2
Manngæska	3,48	3,82	3,90	3,82	<.001	2
Réttlæti	3,64	3,91	4,02	3,93	<.001	2
Yfirvegun	3,22	3,42	3,37	3,37	.092	2
Yfirskilvitsleiki	3,39	3,61	3,70	3,62	.016	2
Viska	3,50	3,68	3,81	3,72	<.001	2

Pearson kí-kvaðrat marktæktarpróf var notað til þess að kanna tölfræðilegan marktækan mun á milli hópanna eftir bakgrunnsbreytum þ.e. kyni, aldri, menntun og tekjum. Marktækur munur reyndist milli hópanna eftir kyni ( $\chi^2(2, N = 355) = 11,97; p < 0,05$ ) og menntunarstigi ( $\chi^2(6, N = 355) = 12,77; p < 0,05$ ). Ekki reyndist marktækur munur milli

hópanna þriggja eftir aldri og tekjum. Í töflu 9 má sjá að flestir karlar eru í hóp 2 og flestar konur eru í hóp 3. Fæstir karlar og fæstar konur eru í hóp 1 en karlar eru þá aftur á móti í miklum meirihluta í þeim hóp.

**Tafla 9: % fjöldi þátttakenda í markhópum eftir bakgrunnsbreytum**

Hópur	1	2	3	p
<b>N</b>	<b>42</b>	<b>152</b>	<b>161</b>	
<b>Kyn</b>				
Karl	22,5%	45,1%	32,4%	
Kona	9,2%	42,3%	48,6%	.002*
<b>Aldur</b>				
25 ára eða yngri	16,1%	39,3%	44,6%	
26 - 30 ára	2,7%	50,7%	46,6%	
31 - 35 ára	15,6%	35,6%	48,9%	
36 - 40 ára	8,1%	54,1%	37,8%	
41 - 50 ára	13,2%	41,2%	45,6%	
51 árs eða eldri	15,6%	37,7%	46,6%	0.285
<b>Menntun</b>				
Grunnskólamenntun	15,6%	42,5%	42,2%	
Framhaldsskólamenntun	17,9%	46,3%	35,8%	
Grunnmenntun úr háskóla	8,2%	47,4%	44,4%	
Framhaldsskólamenntun úr háskóla	8,5%	35,6%	55,9%	0.047*
<b>Tekjur</b>				
400.000 kr eða lægri	10,2%	43,2%	46,6%	
400.001 - 600.000 kr	14,4%	36,5%	49,0%	
600.001 - 800.000 kr	9,0%	52,6%	38,5%	
800.001 eða hærrí	13,2%	41,5%	45,3%	0.498

\*marktækt við  $p < .05$  marktæktarstig

Í töflu 10 má sjá einkenni hvers hóps fyrir sig eftir viðhorfi til alvarlegrar geðsjúkdóma og dygðum.

**Tafla 10: Niðurstöður klasagreiningar**

<b>HÓPUR 1 (11,7%)</b>
<p>Í þessum hóp eru konur og karlar, en karlar í meirihluta. Aldur þeirra er mismunandi og er stór hluti þeirra með grunn - eða framhaldsskólamenntun. Heimilistekjur þeirra eru frá 400 þús til 600 þús kr.</p> <p>Þessi hópur hallast að þeim viðhorfum að fólk með alvarlega geðsjúkdóma sé hættulegt og ofbeldisfullt og það sé jafnvel ógn við samfélagið. Það vill síður vera í samskiptum við það og telur að það sé betur sett inn á viðeigandi stofnun þar sem þeim er stjórnað af fagaðilum. Þessi hópur er því líklegri til að vilja fjarlægjast fólk með alvarlega geðsjúkdóma. Almenn virðist þessi hópur þó hafa samúð með fólki með alvarlega geðsjúkdóma. Það vill ennfremur ekki að því sé mismunað af almenningi í samfélaginu og er einnig á þeirri skoðun að það eigi að hljóta sömu réttindi og annað fólk.</p> <p>Kjarnadygðir þessa hóps eru réttlæti, hugrekki, víska og manngæska. Innan þessa hóps eru einstaklingar sem búa yfir réttlæti og koma fram við fólk af sanngirni. Þessir einstaklingar velta fyrir sér öllum hliðum málsins áður en þeir taka ákvarðanir og láta ekki tilfinningar sínar og skoðanir annarra trufla dómgreind sína eða framkomu. Þau eru ekki hrædd af fara eftir eigin sannfæringu þó að hún gæti verið óvinsæl meðal fólks.</p>
<b>HÓPUR 2 (42,3%)</b>
<p>Einstaklingar í þessum hóp eru konur og karlar á mismunandi aldri. Jafnframt eru þau með mismunandi menntunarstig og eru heimilistekjur þeirra frá 400 þús eða hærrí.</p> <p>Þessi hópur hallast að þeim viðhorfum að fólk með alvarlega geðsjúkdóma eigi erfitt með að vera hluti af samfélaginu, eins og að fá sömu laun og aðrir fyrir sama starf. Almenn virðist þó þessi hópur ekki hafa löngun til að fjarlægjast fólk með alvarlega geðsjúkdóma. Þau fremur hallast meira af því sýna fólki með geðsjúkdóma góðvild og samúð og vill jafnframt að þeim sé ekki mismunað af samfélaginu.</p> <p>Kjarnadygðir þessa hóps eru réttlæti, manngæska og hugrekki. Innan þessa hóps eru því einstaklingar sem koma fram við aðra af réttlæti og hafa vilja til þess að bæta velferð annarra í samfélaginu. Þau búa yfir hugrekki og geta því yfirstigið ótta og erfiðleika þrátt fyrir mótstöðu sem það mætir. Það leggur mikið upp úr gera öðru fólki greiða án þess að það fái sjálft einhverja umbun fyrir. Það kemur fram á ósvikinn og heiðarlegan hátt og tekur ábyrgð á tilfinningum sínum og gjörðum.</p>
<b>HÓPUR 3 (46%)</b>
<p>Einstaklingar í þessum hóp eru konur og karlar á mismunandi aldri og jafnframt með mismunandi menntunarstig. Heimilistekjur þeirra eru allt frá 400 þús eða hærrí.</p> <p>Líkt eins og í hópi tvö þá hallast þessi hópur að þeim viðhorfum að fólk með alvarlega geðsjúkdóma eigi erfitt með að vera hluti af samfélaginu hvort sem það sé að fá atvinnu, leiguhúsnæði og fleira. Þau vilja fremur að fólk með alvarlega geðsjúkdóma eigi að njóta sömu réttinda og allir aðrir í samfélaginu og ekki eigi að mismuna þeim. Þessi hópur er jafnframt mjög líklegur til að sýna fólki með alvarlega geðsjúkdóma meiri samúð og góðvild gagnvart þeim sjálfum og veikindum þeirra.</p> <p>Kjarnadygðir þessa hóps eru réttlæti, manngæska og hugrekki. Hugmyndin um réttlæti er ríkjandi hjá þessum hóp. Þau eru tilbúinn til að berjast fyrir réttindum og velferð annarra og eru jafnframt óhrædd við að láta skoðanir sínar í ljós þrátt fyrir að þær gætu verið óvinsælar meðal annars fólks. Þau búa yfir kjarki og hörfa ekki frá þeim áskorunum og erfiðleikum sem það mætir þrátt fyrir andstöðu.</p>

## 9 Umræða

Markmið rannsóknarinnar var að hluta niður markaðinn eftir því hvernig hann lítur á einstaklinga með alvarlega geðsjúkdóma og þar með búa til skýran markhóp sem hægt er að miða á til að draga úr smánun. Spurningalistinn „ASMI - Attitude Scale of Mental Illness“ var lagður fram til að mæla viðhorf fólks til alvarlegra geðsjúkdóma og einnig „VIA-IS-V6“ til að meta dygðir þátttakenda. Ásamt því voru settar fram nokkrar bakgrunnsbreytur til þess að athuga hvort að munur væri á milli kyns, aldurs, menntunarstigs og tekna þátttakenda.

Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós þrjá hópa með mismunandi viðhorf til alvarlegra geðsjúkdóma. Hópur 1 var sá hópur sem smánaði geðsjúkdóma mest af öllum þremur hópunum. Einstaklingarnir í þessum hóp samanstóðu af konum og körlum þar sem karlar voru í meirihluta. Aldur þeirra reyndist mismunandi en stór hluti er með grunn- eða framhaldsskólamenntun og heimilistekjur þeirra á bilinu frá 400 til 600 þús kr. á mánuði.

Þegar fyrri rannsóknir á lýðfræðibreytum voru skoðaðar í tenglum við smánun geðsjúkdóma mátti sjá að karlar smána meira heldur en konur gera (Angermeyer o.fl., 1998; Angermeyer og Matschinger, 2003; Lauber o.fl., 2000; Lauber o.fl., 2004; Madianos o.fl., 1999). Þeir sem hafa lægra menntunarstig hafa einnig meiri tilhneigingu til að smána geðsjúkdóma heldur en þeir sem hafa hærra menntunarstig (Angermeyer og Matschinger, 2003; Angermeyer og Matschinger, 2004; Chou o.fl., 1996; Lauber o.fl., 2000; Lauber o.fl., 2001).

Þegar kemur að viðhorfum, þá hallaðist þessi hópur að því að fólk með alvarlega geðsjúkdóma sé hættulegt og ofbeldisfullt. Fyrri rannsóknir hafa sýnt fram á að algengustu staðalímyndir geðsjúkdóma séu að fólk með slíka sjúkdóma sé hættulegt eða ofbeldisfullt (Pescosolido o.fl. 1999; Link og Phelan, 2001; Corrigan o.fl., 2003; Yeh og Thomas, 2017). Þessi hópur hallaðist einnig fremur að því að vilja fjarlægjast fólk með alvarlega geðsjúkdóma. Almennt séð þá voru þau meira tilbúinn til að hafa meiri samúð gagnvart fólki með alvarlega geðsjúkdóma og vill einnig síður að því sé mismunað af almenningi í samfélaginu.

Kjarnadygðir þessa hóps eru réttlæti, hugrekki, viska og manngæska. Innan þessa hóps eru einstaklingar sem búa yfir réttlæti og koma fram við fólk af sanngirni. Þessir

einstaklingar velta fyrir sér öllum hliðum málsins áður en þeir taka ákvarðanir og láta ekki tilfinningar sínar og skoðanir annarra trufla dómgreind sína eða framkomu. Þau eru ekki hrædd við að fylgja eigin sannfæringu þó að hún gæti verið óvinsæl meðal fólks.

Hópur 2 samanstóð af konum og körlum á mismunandi aldri en þau hafa jafnframt mismunandi menntunarstig. Heimilistekjur þeirra eru allt frá 400 þús og uppúr. Þessi hópur hallast að þeim viðhorfum að fólk með alvarlega geðsjúkdóma eigi erfitt með að vera hluti af samfélaginu, eins og að fá sömu laun og aðrir fyrir sama starf. Almennt virtist þessi hópur ekki hafa löngun til að fjarlægjast fólk með alvarlega geðsjúkdóma. Það er fremur meira tilbúið til að sýna fólki með geðsjúkdóma umhyggju og góðvild og vill síður að því sé mismunað þrátt fyrir veikindi þeirra.

Kjarnadygðir þessa hóps eru réttlæti, manngæska og hugrekki en þessi hópur mældist jafnframt hærra í þessum dygðum heldur en hópur 1. Innan þessa hóps eru því einstaklingar sem koma fram við aðra af réttlæti og sanngirni og hugsa um að reyna að bæta velferð annarra í samfélaginu. Þau sýna óeigingirni í hegðun sinni og leggja upp úr því að gera öðru fólki greiða án þess að það fái sjálft einhverja umbun fyrir. Það kemur fram á ósvikinn og heiðarlegan hátt ásamt því að ábyrgð á tilfinningum sínum og gjörðum. Það býr yfir kjarki og hugrekki og getur yfirstigið ýmiss vandamál og áskoranir sem það mætir í lífinu þrátt fyrir að það mæti andstöðu.

Hópur 3 var sá hópur sem smánaði minnst af hópunum þremur. Þessi hópur samanstóð bæði af konum og körlum á mismunandi aldri. Þessir einstaklingar hafa mismunandi menntun og eru heimilistekjur þeirra allt frá 400 þús eða hærri. Líkt og í hópi 2 þá hallast þessi hópur að þeim viðhorfum að fólk með geðsjúkdóma eigi erfitt með að vera hluti af samfélaginu hvort sem það sé að fá atvinnu eða leiguhúsnæði. Það vill þó fremur að fólk með alvarlega geðsjúkdóma njóti sömu réttinda og aðrir í samfélaginu og að þeim sé ekki mismunað á grundvelli veikindi þeirra. Almennt séð þá var þessi hópur tilbúinn til þess að sýna fólki með alvarlega geðsjúkdóma meiri samúð og góðvild heldur en hinir hóparnir.

Kjarnadygðir þessa hóps eru réttlæti, manngæska og hugrekki en hópur 3 mældist jafnframt hæst í þessum þáttum af öllum hópunum. Því má segja að hugmyndin um jöfn réttindi sé ríkjandi innan þessa hóps. Þau hafa mikla samúð og samkennd með öðru fólki og eru góð í að setja sig í spor annars fólks. Þau trúa því að allir eigi það besta skilið en hafa á sama tíma góðan skilning á því að þarfir og aðstæður fólks geta verið mismunandi.

Þessi hópur nálgast lífið af mikilli þrautseigju og eldmóði og eru ekki hrædd við að segja sínar skoðanir á hlutunum, þó þær geti jafnvel verið óvinsælar.

Þegar búið er að hluta markaðinn niður er næsta skref að ákveða hvaða hóp/a eigi að miða á, hvaða skilaboð á að færa þeim og hvernig við ætlum að koma þeim á framfæri. Í hefðbundinni markaðsfærslu er horft á þætti eins og arðsemi hópsins og vaxtarmöguleika hans, en í samfélagsmiðaðri markaðsfærslu er hópurinn metinn út frá þeirri samfélagslegri breytingu sem óskað er eftir. Við viljum því hanna skilaboð sem styðja viðeigandi hegðunarbreytingar en grundvallarreglan er að auka skynjun almennings, að ávinningur nýrrar hegðunar vegi þyngra heldur en kostnaðurinn við að tileinka sér hana.

Ef við lítum aftur á hóp 1 þá vorum við búin að komast að þeirri niðurstöðu að sá hópur smánar geðsjúkdóma mest af hópunum þremur. Viðhorf þeirra hölluðust almennt að því að einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma séu hættulegir og jafnvel ofbeldisfullir. Hér væri hægt að hanna skilaboð með því að styðjast við fyrirbyggjandi rannsóknir sem sýna fram á að enginn bein tengsl séu á milli ofbeldis og geðsjúkdóma. T.d. væri hægt að setja fram mýtur um geðsjúkdóma (t.d. „*Fólk með alvarlega geðsjúkdóma er hættulegt og ofbeldisfullt*“) og koma síðan með staðreynd úr fyrri rannsóknum (t.d. „*Enginn tengsl eru á milli ofbeldis og alvarlega geðsjúkdóma*“). Þó að þessi aðferð sé notuð til að draga úr smánun eru samskipti þó talinn vera áhrifaríkari aðferð heldur en fræðsluáðferð þar sem markaðsfólk setur saman mýtur um geðsjúkdóma við staðreyndarupplýsingar (Corrigan o.fl., 2012). Hér væri því einnig hægt að nota samskipti sem aðferð með það að markmiði að búa til einhverskonar samúðarumræður þar sem fólk með alvarlega geðsjúkdóma segir frá þeirri mismunun og ofbeldi sem það upplifir í samfélaginu. Markmiðið væri þá að vekja hópinn til umhugsunar um að fólk með alvarlega geðsjúkdóma sé ekki einungis það sem beitir ofbeldi og sé hættulegt, heldur verður það oftast en ekki sjálft fyrir ofbeldi frá samfélaginu sjálfu. Í gegnum samræðurnar myndu þá byggjast upp tilfinningaleg tengsl milli hópsins og fólkins sem glímir við alvarlega geðsjúkdóma, sem myndi þ.a.l. hjálpa hópnum að auka samkennd og samúð gagnvart fólki sem glímir við geðrænan áskoranir. Með þessari aðferð gætum við reynt að efla dygðina mannúð enn frekar, en við vitum nú þegar að þessi hópur er almennt séð meira tilbúinn til að sýna fólki með alvarlega geðsjúkdóma samúð og það vilji síður að það sé mismunað í samfélaginu.



Hópur 2 var sá hópur sem smánar geðsjúkdóma næst mest af hópunum þremur. Þessi hópur hallast að þeim viðhorfum að fólk með geðsjúkdóma eigi erfitt með að vera hluti af samfélaginu eins og t.d. að fá sömu laun og aðrir fyrir sama starf. Hér væri hægt að nýta fræðslu með það að markmiði að koma upplýsingum um alvarlega geðsjúkdóma og bataferli þeirra. Í þessum hópi er hugsanlega einhver skortur á þekkingu gagnvart alvarlegum geðsjúkdómum og því mikilvægt að efla geðheilsulæsi enn frekar. Ásamt fræðslu væri hægt að nýta samskipti sem aðferð með því að láta einstaklinga með alvarlega geðsjúkdóma eiga í beinum samskiptum við hópinn. Markmiðið væri þá að hjálpa hópnum að skilja betur alvarlega geðsjúkdóma þ.e. hvernig hægt sé að ná bata og halda sjúkdómseinkennunum í skefjum með viðeigandi aðstoð. Hópur 3 er sá hópur sem smánar geðsjúkdóma minnst miðað við hina hópanna. Út frá þessum niðurstöðum mætti því ætla að þessi hópur myndi skapa sem minnst verðmæti fyrir okkur þegar draga á úr smánum. Hins vegar gæti þessi markhópur verið ákveðið skotmark fyrir önnur stefnumarkandi markmið. Eins og fram kom hér að ofan þá voru æðstu dygðir þessa hóps réttlæti, hugrekki og manngæska en hópurinn mældist jafnframt hæst í þessum tilteknu dygðum. Það segir okkur að þörf fyrir jafnrétti sé ríkjandi og þeir séu tilbúnir til þess að standa frammi fyrir því sem er rétt, þrátt fyrir andstöðu frá öðrum í samfélaginu. Þessi hópur væri þá hugsaður sem einhversskonar þrýstihópur sem væri tilbúinn til að leggjast á árarnar og berjast fyrir fólk með alvarlega geðsjúkdóma. Markmiðið væri að hanna skilaboð sem myndi hvetja hópinn áfram til þess að taka þátt í virkum samræðum og umfjöllunum t.d. á samfélagsmiðlum eins og Facebook og Twitter þar sem það tjáir skoðanir sínar með því að nota myllumerki til þess að dreifa umræðunni sem víðast. Að mati höfundar ættu skilaboðin ekki að innihalda mjög öfgafullar staðreyndir um fólk með alvarlega geðsjúkdóma (t.d. „Fólk með alvarlega geðsjúkdóma er ekki ofbeldisfullt“) heldur ættu þau frekar að beinast í áttina að réttindum og bataferli fólks með alvarlega geðsjúkdóma. Það er vegna þess að viðhorf þessa hóps gagnvart fólki með alvarlega geðsjúkdóma hölluðust að því að fólk með slíka sjúkdóma ætti erfitt með að ná bata og snúa aftur í samfélagið, eins og að fá atvinnu og fleira. Hér væri því einnig markmiðið að láta fólk breyta hegðun sinni gagnvart fólki með alvarlega geðsjúkdóma og bataferli þeirra.

Hópur 3 væri sá hópur sem höfundur myndi velja til að miða á. Ástæðan fyrir valinu er fyrst og fremst vegna þess að höfundur telur að þessi hópur gæti tekið virkan þátt

opinberlega í umræðum um alvarlega geðsjúkdóma. Það væri ekki hrætt við að benda á fordómafullar skoðanir annars fólks eða grípa inn í þegar þau heyra eða sjá einhvern vera mismuna einstaklingum með alvarlega geðsjúkdóma. Þó að þessi hópur nái ekki að breyta neikvæðum viðhorfum hjá öllum sem smána geðsjúkdóma þá gæti barátta þessa hóps náð til þeirra sem glíma við alvarlega geðsjúkdóma með það að markmiði að sýna þeim opinberlegan stuðing. Óskin væri að þessi aðferð ýtti undir jákvæð áhrif hjá öðru fólki sem smánar geðsjúkdóma og þar af leiðandi geti það breytt hegðun sinni.

## 9.1 Takmarkanir og tillögur að rannsóknum

Helstu takmarkanir rannsóknarinnar eru meðal annars þær að notast var við hentugleikaúrtak. Með því að nota hentugleikaúrak getur reynst erfitt að stjórna því hverjir svara spurningalistanum nákvæmlega. Það getur því leitt til þess að að kynja - og aldurshlutfall verða ójafnt líkt og var í þessari rannsókn en rúmlega 80% þátttakenda voru konur. Önnur takmörkun sem hægt er að nefna er hversu illa þátttakendum gekk að ljúka könnuninni en einungis 356 náðu að klára spurningalistann í heild af 597 en margir þátttakendur komu með athugasemd um að könnunin væri of löng. Einnig komu athugasemdir sem snéru að túlkun alvarlegra geðsjúkdóma en þátttakendur bentu á að alvarlegir geðsjúkdóma væru fjölbreyttir og þar af leiðandi ættu þau erfitt með að svara spurningum í spurningalistanum sem snéri að viðhorfi til alvarlegra geðsjúkdóma. Það er því spurning hvort að túlka hefði mátt betur hvað alvarlegur geðsjúkdómur væri og sjúkdómseinkenni þeirra í stað þess að koma einungis með dæmi um alvarlegan geðsjúkdóma eins og geðklofa líkt og gert var í þessari rannsókn.

Aðrar athugasemdir frá þátttakendum snéru að því hvort rannsakandi væri að reyna ýta enn frekar undir smánun geðsjúkdóma en í spurningalistanum voru sumar fullyrðingarnar nokkuð ýktar og eiga jafnvel ekki við núverandi samfélag í dag. Dæmi um fullyrðingar væru „Það er ekki æskilegt að einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma eignist börn“ og „Einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma eru almennt með lægri greindarvísitölu en aðrir“. Þetta fékk rannsakanda til að hugsa hvort þeir sem komu með slíkar athugasemdir væru í raun og veru að glíma við geðsjúkdóma eða hvort einhver í þeirra nærumhverfi væri að glíma við slíka sjúkdóma eins og fjölskyldumeðlimur eða vinur. Kannski hefði mátt íhuga að útiloka fólk með geðsjúkdóma úr rannsókninni þar sem uppspretta smánunar liggur fyrst og fremst meðal þeirra sem eru ekki með geðsjúkdóma.

Við mat á dygðum þátttakenda var notast við styttri útgáfu að spurningalistanum VIA-IS. Þegar styttri útgáfa eru notuð getur mælikvarðinn reynst ófullnægjandi til mælingar í hverjum og einum þætti. Líkt eins og áreiðanleikagreiningin sýndi fram á í þættinum visku, sem var ekki fullnægjandi. Því er mikilvægt að endurmeta hvort fullyrðingarnar nái nógu vel utan um þáttinn visku. Einnig átti höfundur erfitt með að finna núverandi rannsóknir þar sem spurningalistinn VIA-IS-V6 var notaður. Haft var samband við VIA Character of Strengths til þess að athuga hvort að einhverjar rannsóknir væru í grunninum hjá þeim þar sem þessi tiltekni spurningalisti var notaður en svo reyndist ekki vera. Það gæti því vel verið að þetta sé fyrsta rannsóknin þar sem þessi spurningalistinn er notaður.

Það er ljóst að þörf er á frekari rannsóknum í framtíðinni á smánun geðsjúkdóma. Eins og fram kom í þessari rannsókn eru margir þættir sem skapa neikvæð viðhorf gagnvart einstaklingum með geðsjúkdóma og því mikilvægt að rannsaka betur smánun í garð þeirra sem glíma við slíka sjúkdóma. Þar sem viðhorf mótast oft af fjölmiðlaumfjöllun og dægurmenningu væri áhugavert að skoða betur hvernig fjölmiðlar á Íslandi tala og fjalla um einstaklinga með geðsjúkdóma. Að mati rannsakanda gæta fjölmiðlar ekki að fyllstu varkárni í umfjöllun sinni en óábyrg umræða getur ýtt frekar undir smánun geðsjúkdóma meðal almennings. Einnig má spyrja sig hvort að fjölmiðlar geti ekki verið öflugt tól til að koma skilaboðum áleiðis til þess að draga úr smánun geðsjúkdóma. Frekari rannsóknar er því þörf á því hvernig fjölmiðlar geta með áhrifaríkum hætti dregið úr smánun geðsjúkdóma.

Það gæti einnig verið áhugavert væri að skoða dygðir og skapgerðarstyrkleika út frá ákveðnum sjúkdómum eins og þunglyndi eða geðklofa. Þeir sem greinast með geðsjúkdóma þurfa oftast en ekki að sættast við veikindin sín og og horfast í augu við þau. Að kynnast styrkleikum sínum og hæfileikum gæti því veitt þeim einhverja von til að ná ákveðnum markmiðum í lífinu þrátt fyrir að hafa greinst með slíka sjúkdóma.

## 10 Heimildaskrá

- Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K., og Lönnqvist, J. (2002). Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *The American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1235–1237. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.7.1235>
- Alþjóðaheilbrigðisstofnunin. (2022). *World Mental Health Report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Anderson, C., og Vincze, J. W. (2000). *Strategic marketing management*. Houghton Mifflin
- Andreasen, A. R. (1994). Social Marketing: Its Definition and Domain. *Journal of Public Policy & Marketing*, 13(1), 108–114. <https://doi.org/10.1177/074391569401300109>
- Andreasen, A. R. (2004). A Social Marketing Approach to Changing Mental Health Practices Directed at Youth and Adolescents. *Health Marketing Quarterly*, 21(4), 51–75. [https://doi.org/10.1300/J026v21n04\\_04](https://doi.org/10.1300/J026v21n04_04)
- Angermeyer, M. C., og Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological Medicine*, 27(1), 131–141. <https://doi.org/10.1017/s0033291796004205>
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., og Holzinger, A. (1998). Gender and attitudes towards people with schizophrenia. Results of a representative survey in the Federal Republic of Germany. *The International Journal of Social Psychiatry*, 44(2), 107–116. <https://doi.org/10.1177/002076409804400203>
- Angermeyer, M. C., og Schulze, B. (2001). Reinforcing stereotypes: how the focus on Forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *Int J Law Psychiatry*, 24(4-5), 469–486. [http://doi.org/10.1016/s01602527\(01\)00079-6](http://doi.org/10.1016/s01602527(01)00079-6)
- Angermeyer, M. C., Beck, M., og Matschinger, H. (2003). Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(10), 663–668. <https://doi.org/10.1177/070674370304801004>
- Angermeyer, M. C., og Matschinger, H. (2003). Public Beliefs About Schizophrenia and Depression: Similarities and Differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(9), 526–34. <http://doi.org/10.1007/s00127-003-0676-6>
- Andreasen, A. R. (2004). A Social Marketing Approach to Changing Mental Health Practices Directed at Youth and Adolescents. *Health Marketing Quarterly*, 21(4), 51–75. [https://doi.org/10.1300/J026v21n04\\_04](https://doi.org/10.1300/J026v21n04_04)
- Angermeyer, M. C., og Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163–179. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>

- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., og Matschinger, H. (2010). Emotional reactions to people with mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 19, 26–32. <http://doi.org/10.1017/S1121189X00001573>
- Arboleda-Flórez, J., og Stuart, H. (2012). From sin to science: fighting the stigmatization of mental illnesses. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 57(8), 457–463. <https://doi.org/10.1177/070674371205700803>
- Ata, A., Bastian, B., og Lusher, D. (2009). Intergroup contact in context: The mediating role of social norms and group-based perceptions on the contact–prejudice link. *International Journal of Intercultural Relations*, 33(6), 498–506. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2009.05.001>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Basil, D. Z., Diaz-Meneses, G., og Basil, M. D. (2019). *Social Marketing in Action: Cases from Around the World*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-13020-6>
- Baumgartner, H. (2002). Toward a personology of the consumer. *Journal of Consumer Research*, 29(2), 286–292. <https://doi.org/10.1086/341578>
- Bieger, T., og Laesser, C. (2002). Market segmentation by motivation: The case of Switzerland. *Journal of Travel Research*, 41 (1), 68–76. <https://doi.org/10.1177/0047287502041001008>
- Björklund, A. (1985). Unemployment and mental health: Some evidence from panel data. *The Journal of Human Resources*, 20(4), 469–483. <https://doi.org/10.2307/145679>
- Bloom, P. N., og Novelli, W. D. (1981). Problems and challenges in social marketing. *Journal of marketing*, 45(2), 79–88. <https://doi.org/10.1177/002224298104500208>
- Boslaugh, S. E., Kreuter, M. W., Nicholson, R. A., og Naleid, K. (2005). Comparing demographic, health status and psychosocial strategies of audience segmentation to promote physical activity. *Health Education Research*, 20(4), 430–438. <https://doi.org/10.1093/her/cyg138>
- Chen, J.S. (2003). Market segmentation by tourists' sentiments. *Annals of Tourism Research*, 30 (1), 178–193. [https://doi.org/10.1016/S0160-7383\(02\)00046-4](https://doi.org/10.1016/S0160-7383(02)00046-4)
- Chou, K. L., Mak, K. Y., Chung, P. K., og Ho, K. (1996). Attitudes towards mental patients in Hong Kong. *The International Journal of Social Psychiatry*, 42(3), 213–219. <https://doi.org/10.1177/002076409604200305>

- Clarke, S., og Robertson, I. T. (2005). A meta-analytic review of the Big Five personality factors and accident involvement in occupational and non-occupational settings. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78(3), 355–376. <https://doi.org/10.1348/096317905X26183>
- Cohen, J., og Struening, E. L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64(5), 349–360. <https://doi.org/10.1037/h0045526>
- Corbière, M., Zaniboni, S., Lecomte, T., Bond, G., Gilles, P. Y., Lesage, A., og Goldner, E. (2011). Job acquisition for people with severe mental illness enrolled in supported employment programs: a theoretically grounded empirical study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(3), 342–354. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9315-3>
- Corrigan, P. W., Faber, D., Rashid, F., og Leary, M. (1999). The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. *Schizophrenia Research*, 38(1), 77–84. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(98\)00180-7](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(98)00180-7)
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., og Kubiak, M. A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 187–195. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-13020-6>
- Corrigan, P. W., og Rüsçh, N. (2002). Mental illness stereotypes and clinical care: Do people avoid treatment because of stigma? *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(3), 312–334. <https://doi.org/10.1080/10973430208408441>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002a). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Corrigan, P. W., og Watson, A. C. (2002b). Understanding the impact of stigma on People with mental illness. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*, 1(1), 16–20.
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., og Kubiak, M. A. (2003). An Attribution Model of Public Discrimination Towards Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162. <https://doi.org/10.2307/1519806>
- Corrigan, P. W., og O'Shaughnessy, J. R. (2007). Changing mental illness stigma as it exists in the real world. *Australian Psychologist*, 42(2), 90–97. <https://doi.org/10.1080/00050060701280573>

- Corrigan, P. W., Larson, J. E., og Rüsçh, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 8(2), 75–81.  
<https://doi.org/10.1002/j.20515545.2009.tb00218.x>
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., og Rüsçh, N. (2012). Challenging The public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services. (Washington, D.C.)*, 63(10), 963–973.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Corrigan, P. W., og Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464–469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., og Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 4–7.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.177.1.4>
- Croft, M. J. (1994). *Market segmentation: A step-by-step guide to profitable new business*. Routledge
- Da Silva, E., og Mazzon, J. (2016). Developing Social Marketing Plan for Health Promotion. *International Journal of Public Administration*, 39, 1–10.  
<https://doi.org/10.1080/01900692.2015.1023447>
- Dibb, S. (2014). Up, up and away: social marketing breaks free. *Journal of Marketing Management*, 30, 1159–1185. <https://doi.org/10.1080/0267257X.2014.943264>
- Dietrich, T., Rundle-Thiele, S. og Kubacki, K. (2017). *Segmentation in Social Marketing*. Springer Singapore. <https://doi.org/10.1007/978-981-10-1835-0>
- Donovan, R. (2011). Social marketing's mythunderstandings. *Journal of Social Marketing*, 1, 8–16. <https://doi.org/10.1108/204267611111104392>
- Eigenhuis, E., Waumans, R. C., Muntingh, A. D. T., Westerman, M. J., van Meijel, M., Batelaan, N. M., og van Balkom, A. J. L. M. (2021). Facilitating factors and barriers in help-seeking behaviour in adolescents and young adults with depressive symptoms: A qualitative study. *PloS one*, 16(3), e0247516. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247516>

- Eisenberg, D., Hunt, J., Speer, N., og Zivin, K. (2011). Mental health service utilization among college students in the United States. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(5), 301–308. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182175123>
- Evans-Lacko, S., Henderson, C., Thornicroft, G., og McCrone, P. (2013). Economic evaluation of the anti-stigma social marketing campaign in England 2009-2011. *The British journal of Psychiatry. Supplement*, 55, 95–s101. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.113746>
- Fanney Þórsdóttir og Friðrik H. Jónsson. (2009). Hvaða orðagildi er best að nota á svarmöguleika matskvarða?. *Tímarit Sálfræðingafélags Íslands*. 14, 59-68.
- Farina, A., Fisher, J. D., og Fischer, E. H. (1992). Societal factors in the problems faced by deinstitutionalized psychiatric patients. Í P. J. Fink & A. Tasman (ritstj), *Stigma and mental illness* (bls. 167–184). American Psychiatric Association.
- Field, A. (2009) *Discovering Statistics Using SPSS*. (3. útgáfa). Sage Publications Ltd.
- Flynn B. S., Worden J. K., Bunn J. Y., Dorwaldt A. L., Connolly S. W. og Ashikaga T. (2007). Youth Audience Segmentation Strategies for Smoking-Prevention Mass Media Campaigns Based on Message Appeal. *Health Education & Behavior*, 34(4), 578-593. <https://doi.org/10.1177/1090198106294649>
- Fredrickson B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *The American Psychologist*, 56(3), 218–226. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.56.3.218>
- Geðhjálp. (2022, 26. október). *Umsögn um fjárlög 2023*. <https://gedhjalp.is/umsogn-um-fjarlog-2023/>
- Gordon, R og Oades G. L. (2017). Social marketing of wellbeing. Í M. Slade, L. Oades og Jarden A (ritstj), *Wellbeing, Recovery and Mental Health* (bls. 312 - 313). Cambridge.
- Green, A. C., Hunt, C., & Stain, H. J. (2012). The delay between symptom onset and seeking professional treatment for anxiety and depressive disorders in a rural Australian sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(9), 1475–1487. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0453-x>



- Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., og Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry, 13*(2), 161–175. <https://doi.org/10.1002/wps.20129>
- Griffiths, K. M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A. F., og Nakane, H. (2006). Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry, 6*, 21. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-21>
- Gronholm, P. C., Henderson, C., Deb, T., og Thornicroft, G. (2017). Interventions to reduce discrimination and stigma: The state of the art. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services, 52*(3), 249–258. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1341-9>
- Haller, B., Dorries, B., og Rahn, J. (2006). Media labeling versus the US disability community identity: a study of shifting cultural language. *Disability & Society, 21*(1), 61–75. <https://doi.org/10.1080/09687590500375416>
- Harangozo, J., Reneses, B., Brohan, E., Sebes, J., Csukly, G., López-Ibor, J. J., Sartorius, N., Rose, D., og Thornicroft, G. (2014). Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *The International Journal of Social Psychiatry, 60*(4), 359–366. <https://doi.org/10.1177/0020764013490263>
- Hayward, P., og Bright, J. A. (1997). Stigma and mental illness: A review and Critique. *Journal of Mental Health, 6*(4), 345–354. <https://doi.org/10.1080/09638239718671>
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., og Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health, 103*(5), 777–780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>
- Hinton, P.R. (2017). Implicit stereotypes and the predictive brain: cognition and culture in “biased” person perception. *Palgrave Communications, 3*, 1-9.
- Hsu, C.H.C., & Lee, E-J. (2002). Segmentation of senior motorcoach travelers. *Journal of Travel Research, 40* (4), 364-373. <https://doi.org/10.1177/004728750204000403>
- Jafet Máni Magnússon. (2020, 16. október). 39 er fjöldi sjálfsvíga á síðasta ári. *RÚV*. <https://www.ruv.is/frett/2020/10/16/39-er-fjoldi-sjalfsviga-a-sidasta-ari>

- John, R. Kerby D. D og Landers S. P. (2004). A Market Segmentation Approach to Nutrition Education Among Low Income Individuals. *Social Marketing Quarterly*, 10(3), 24–38. <http://doi.org/10.1080/15245000490903251>
- Jorm, A. F., & Oh, E. (2009). Desire for social distance from people with mental disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(3), 183–200. <https://doi.org/10.1080/00048670802653349>
- Jorm, A. F., og Wright, A. (2008). Influences on young people's stigmatising attitudes Towards peers with mental disorders: national survey of young Australians and their parents. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 144–149. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.039404>
- Kao, Y. C., Lien, Y. J., Chang, H. A., Wang, S. C., Tzeng, N. S., og Loh, C. H. (2016). Evidence for the indirect effects of perceived public stigma on psychosocial outcomes: The mediating role of self-stigma. *Psychiatry Research*, 240, 187–195. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.030>
- Kazbare, L., van Trijp C.M. H. og Eskildsen K. J. (2010). A-priori and post-hoc segmentation in the design of healthy eating campaigns. *Journal of Marketing Communications*, 16(1), 21–45. <https://doi.org/10.1080/13527260903342712>
- Klarić, M., og Lovrić, S. (2017). Methods to Fight Mental Illness Stigma. *Psychiatria Danubina*, 29(Suppl 5), 910–917.
- Kristjón Kormákur Guðjónsson. (2016, 6. júlí). *Bræður dæmdir vegna stórbrunans á Grettisgötu*. DV. <https://www.dv.is/frettir/2016/07/06/braedur-daemdir-vegna-storbrunans-a-grettisgotu-87/>
- Landssamtökin Geðhjálp. (2022, 7. Júlí). *Vegna umfjöllunar í fjölmiðlum sl. daga minna landssamtökin Geðhjálp á eftirfarandi: viðmiðum til að draga*. Facebook. <https://www.facebook.com/Landssamtokin.Gedhjalp>
- Lauber, C., Nordt, C., Sartorius, N., Falcató, L., og Rössler, W. (2000). Public acceptance Of restrictions on mentally ill people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(407), 26–32. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.00005.x>
- Lauber, C., Nordt, C., Falcató, L., og Rössler, W. (2002). Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(5), 385–389. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.1o267.x>

- Lauber, C., Nordt, C., Falcató, L., og Rössler, W. (2004). Factors influencing social Distance toward people with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40(3), 265–274. <https://doi.org/10.1023/b:comh.0000026999.87728.2d>
- Lee, Y. S., Kim, J. J., og Kwon, J. S. (2013). Renaming schizophrenia in South Korea. *The Lancet*, 382(9893), 683–684. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61776-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61776-6)
- Lefebvre, R. C. (2013). *Social Marketing and Social Change: Strategies and Tools for Improving Health, Well-being and the Environment*. Jossey-Bass.
- Lin, C. F. (2002). Segmenting customer brand preference: demographic or psychographic. *Journal of Product & Brand Management*, 11(4), 249-268. <https://doi.org/10.1108/10610420210435443>
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., og Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 52(12), 1621–1626. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1621>
- Lög um jafna meðferð á vinnumarkaði nr. 86. (2018). <https://www.althingi.is/lagas/nuna/2018086.html>
- Madianos, M. G., Economou, M., Hatjiandreu, M., Papageorgiou, A., og Rogakou, E. (1999). Changes in public attitudes towards mental illness in the Athens area (1979/1980-1994). *Acta psychiatrica Scandinavica*, 99(1), 73–78. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb05387.x>
- Maibach, E. W. (2003). Explicating Social Marketing: What is it, and What isn't It? *Social Marketing Quarterly*, 8(4), 7–13. <https://doi.org/10.1080/15245000309119>
- Markowitz, F. (1999). The Effects of Stigma on the Psychological Well-Being and Life Satisfaction of Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 335–347. doi:10.2307/2676342
- Martin, G. (2011). The Importance Of Marketing Segmentation. *American Journal of Business Education (AJBE)*, 4(6), 15–18. <https://doi.org/10.19030/ajbe.v4i6.4359>
- Martin, M. W. (2007). Happiness and virtue in positive psychology. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 37(1), 89–103. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.2007.00322.x>

- Mathijssen, J., Janssen, M., van Bon-Martens, M., & van de Goor, I. (2012). Adolescents and alcohol: an explorative audience segmentation analysis. *BMC public health*, *12*, 742. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-742>
- McGrath, R. E. (2017). *Technical report: The VIA Assessment Suite for Adults: Development and evaluation*. Cincinnati, OH: VIA Institute on Character.
- McLeay J. F og Oglethorpe D. (2013). Social marketing, parental purchasing decisions, and unhealthy food in developing countries: A Nigerian typology. *Journal of Consumer Behaviour*. *12*(3), 232–242. <https://doi.org/10.1002/cb.1426>
- Mehta, N., Clement, S., Marcus, E., Stona, A. C., Bezborodovs, N., Evans-Lacko, S., Palacios, J., Docherty, M., Barley, E., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., Henderson, C., og Thornicroft, G. (2015). Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, *207*(5), 377–384. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.151944>
- Michalak, E., Livingston, J. D., Hole, R., Suto, M., Hale, S., og Haddock, C. (2011). ‘It’s something that I manage but it is not who I am’: reflections on internalized stigma in individuals with bipolar disorder. *Chronic Illness*, *7*(3), 209–224. <https://doi.org/10.1177/1742395310395959>
- Muscari, E. C., og Fleming, C. E. (2019). Help-seeking for mental health concerns: The Role of partner influence. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, *8*(4), 181–196. <https://doi.org/10.1037/cfp0000125>
- Ng, P., og Chan, K. F. (2000). Sex differences in opinion towards mental illness of secondary school students in Hong Kong. *The International Journal of Social Psychiatry*, *46*(2), 79–88. <https://doi.org/10.1177/002076400004600201>
- Nguyen, E., Chen, T. F., og O'Reilly, C. L. (2012). Evaluating the impact of direct and indirect contact on the mental health stigma of pharmacy students. *Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology*, *47*(7), 1087–1098. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0413-5>
- Noar, S. M., Benac, C. N., og Harris, M. S. (2007). Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychological bulletin*, *133*(4), 673–693. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.673>

- Oexle, N., Müller, M., Kawohl, W., Xu, Z., Viering, S., Wyss, C., Vetter, S., og Rüsç, N. (2018). Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(2), 209–212. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0773-2>
- Pahwa, R., Fulginiti, A., Brekke, J. S., og Rice, E. (2017). Mental illness disclosure decision making. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(5), 575–584. <https://doi.org/10.1037/ort0000250>
- Paolini, S., Hewstone, M., Cairns, E., og Voci, A. (2004). Effects of Direct and Indirect Cross-Group Friendships on Judgments of Catholics and Protestants in Northern Ireland: The Mediating Role of an Anxiety-Reduction Mechanism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(6), 770–786. <https://doi.org/10.1177/0146167203262848>
- Pescosolido, B. A., Monahan, J., Link, B. G., Stueve, A., og Kikuzawa, S. (1999). The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1339–1345. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.9.1339>
- Pescosolido, B. A., Perry, B. L., Martin, J. K., McLeod, J. D., og Jensen, P. S. (2007). Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 58(5), 613–618. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.5.613>
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. American Psychological Association; Oxford University Press.
- Peterson, C., Park, N., og Sweeney, P. J. (2008). Group well-being: Morale from a positive psychology perspective. *Applied Psychology: An International Review*, 57(1), 19–36. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00352.x>
- Peterson, C., og Park, N. (2009). Classifying and measuring strengths of character. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (bls. 25–33). Oxford University Press.
- Pettigrew, T. F., og Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(5), 751–783. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.5.751>

- Pettigrew, T. F., Christ, O., Wagner, U., og Stellmacher, J. (2007). Direct and indirect intergroup contact effects on prejudice: A normative interpretation. *International Journal of Intercultural Relations*, 31(4), 411–425. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2006.11.003>
- Pettigrew, T. F. (2008). Future directions for intergroup contact theory and research. *International Journal of Intercultural Relations*, 32(3), 187–199. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2007.12.002>
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., og Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 182, 342–346.
- Player, M. J., Proudfoot, J., Fogarty, A., Whittle, E., Spurrier, M., Shand, F., Christensen, H., Hadzi-Pavlovic, D., og Wilhelm, K. (2015). What Interrupts Suicide Attempts in Men: A Qualitative Study. *PloS one*, 10(6), e0128180. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128180>
- Poreddi, V., Thimmaiah, R., Pashupu, D. R., Ramachandra, og Badamath, S. (2014). Undergraduate Nursing Students' Attitudes towards Mental Illness: Implications for Specific Academic Education. *Indian journal of psychological medicine*, 36(4), 368–372. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.140701>
- Rao, D., Elshafei, A., Nguyen, M., Hatzenbuehler, M. L., Frey, S., og Go, V. F. (2019). A systematic review of multi-level stigma interventions: state of the science and future directions. *BMC medicine*, 17(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1244-y>
- Reavley, N. J., og Jorm, A. F. (2011). Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(11), 94– 956. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.621060>
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., og Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *AeJAMH (Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health)*, 4(3). <https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.218>
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., og Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121(1), 31–49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>

- Ríkisendurskoðun. (2022). *Geðheilbrigðisþjónusta - Stefna, skipulag, kostnaður árangur*. <https://www.rikisend.is/reskjol/files/Skyrslur/2022-gedheilbrigdismal.pdf>
- Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L., og Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 48(8), 1042–1047. <https://doi.org/10.1176/ps.48.8.1042>
- Rogers, E. S., Ralph, R. O., og Salzer, M. S. (2010). Validating the empowerment scale with a multisite sample of consumers of mental health services. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 61(9), 933–936. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.9.933>
- Rothschild, M. L. (1999). Carrots, Sticks, and Promises: A Conceptual Framework for the Management of Public Health and Social Issue Behaviors. *Social Marketing Quarterly*, 6(4), 86–114. <https://doi.org/10.1080/15245004.2000.9961146>
- Rüsch, N., Angermeyer, M., og Corrigan, P. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Rüsch, N., Hölzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G. A., Bohus, M., Lieb, K., og Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(10), 766–773. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000239898.48701.dc>
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Todd, A. R., & Bodenhausen, G. V. (2010). Implicit self-stigma in people with mental illness. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(2), 150–153. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181cc43b5>
- Rössler W. (2016). The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices. *EMBO reports*, 17(9), 1250–1253. <https://doi.org/10.15252/embr.201643041>
- Saha, S., Chant, D., & McGrath, J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of General Psychiatry*, 64(10), 1123–1131. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.10.1123>
- Salaheddin, K., og Mason, B. (2016). Identifying barriers to mental health help-seeking among young adults in the UK: a cross-sectional survey. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 66(651), e686–e692. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X687313>

- Sampogna, G., Bakolis, I., Evans-Lacko, S., Robinson, E., Thornicroft, G., & Henderson, C. (2017). The impact of social marketing campaigns on reducing mental health stigma: Results from the 2009-2014 Time to Change programme. *European psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *40*, 116–122. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.08.008>
- Sartorius, N., Chiu, H., Heok, K. E., Lee, M. S., Ouyang, W. C., Sato, M., Yang, Y. K., og Yu, X. (2014). Name change for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *40*(2), 255–258. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt231>
- Sato M. (2006). Renaming schizophrenia: a Japanese perspective. *World Psychiatry Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *5*(1), 53–55.
- Schewe D. C. og Calantone K. R. (1978). Psychographic Segmentaton of Tourists. *Journal of Travel Research*, *16*(3), 14–20. <https://doi.org/10.1177/00472875780160030>
- Schomerus, G., Van der Auwera, S., Matschinger, H., Baumeister, S. E., og Angermeyer, M. C. (2015). Do attitudes towards persons with mental illness worsen during the Course of life? An age-period-cohort analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *132*(5), 357–364. <https://doi.org/10.1111/acps.12401>
- Schulze, B., og Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, *56*(2), 299–312. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00028-x](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00028-x)
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H., og Angermeyer, M. C. (2003). Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *107*(2), 142–150. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.02444.x>
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, *55*(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Shoshani, A., og Slone, M. (2017). Positive education for young children: Effects of a positive psychology intervention for preschool children on subjective well being and learning behaviors. *Frontiers in Psychology*, *8*, 1866 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01866>



- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta analysis. *Journal of Clinical Psychology, 65*(5), 467–487.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.20593>
- Smith, W. R. (1956). Product differentiation and market segmentation as alternative marketing strategies. *Journal of Marketing, 21*(1), 3-8. <https://doi.org/10.2307/1247695>
- Staten, L. K., Birnbaum, A. S., Jobe, J. B., og Elder, J. P. (2006). A typology of middle school girls: audience segmentation related to physical activity. *Health education & behavior : the official publication of the Society for Public Health Education, 33*(1), 66–80. <https://doi.org/10.1177/1090198105282419>
- Stemmler, A., Staehle, R., Heinemann, T., Bender, M., & Hennig, J. (2021). Positive psychology interventions in in-patients with depression: influences of comorbidity and subjective evaluation of the training programme. *BJPsych open, 7*(4), e109.  
<https://doi.org/10.1192/bjo.2021.65>
- Stout, P. A., Villegas, J., og Jennings, N. A. (2004). Images of Mental Illness in the Media: Identifying Gaps in the Research. *Schizophrenia Bulletin, 30*(3), 543–561.  
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007099>
- Taylor, S., & Dear, M. (1981). Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. *Schizophrenia Bulletin, 7*, 225-240. <https://doi.org/10.1093/schbul/7.2.225>
- Tucker, J. R., Hammer, J. H., Vogel, D. L., Bitman, R. L., Wade, N. G., & Maier, E. J. (2013). Disentangling self-stigma: are mental illness and help-seeking self-stigmas different?. *Journal of Counseling Psychology, 60*(4), 520–531.  
<https://doi.org/10.1037/a0033555>
- VIA Institute of Character, 2022. *StrenghtsProfile*. VIA Institute of Character, 2022.  
<https://www.viacharacter.org/character-strengths>
- VIA Institute of Character. (2023). *Via Character Strengths Survey & Character Reports – Character Reports*. <https://www.viacharacter.org/>
- Vogel, D. L., Wade, N. G., og Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology, 53*(3), 325–337.  
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.325>

- Vogel, D.L., Wade, N.G. og Hackler, A.H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 40–50
- Yeh, M. A., Jewell, R. D., og Thomas, V. L. (2017). The Stigma of Mental Illness: Using Segmentation for Social Change. *Journal of Public Policy and Marketing*, 36(1), 97–116. <https://doi.org/10.1509/jppm.13.125>
- Zavaliy, G. A. og Aristidou, M. (2014). Courage: A Modern Look at an Ancient Virute. *Journal of Military Ethics*. 13(1), 174–189. <https://doi.org/10.1080/15027570.2014.943037>
- Watson, A. C., og Corrigan, P. W. (2005). Challenging public stigma: A targeted approach. Í P. W. Corrigan (ritstj.). On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change (bls. 281–295). *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/10887-013>
- Weinstein, A. (1987). *Market segmentation: Using Niche marketing to exploit new markets*. Probus
- Wilson, C. J., Deane, F. P., og Ciarrochi, J. (2005). Can hopelessness and adolescents' beliefs and attitudes about seeking help account for help negation? *Journal of clinical psychology*, 61(12), 1525–1539. <https://doi.org/10.1002/jclp.20206>
- Wittchen, H. U., og Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>
- Wright, T. A., og Goodstein, J. (2007). Character is not "dead" in management research: A review of individual character and organizational-level virtue. *Journal of Management*, 33(6), 928–958. <https://doi.org/10.1177/0149206307307644>

## Viðauki A

Rafræn spurningakönnun:

Kæri þátttakandi

Takk kærlega fyrir að gefa þér tíma til þess að svara könnuninni. Þorgerður Elva heiti ég og er meistaranemi í markaðsfræði og alþjóðaviðskiptum við Háskóla Íslands.

Könnuninni er skipt í þrjá hluta. Í fyrsta hluta er verið að kanna viðhorf gagnvart ýmsu sem snýr að einstaklingum sem glíma við geðsjúkdóma. Í öðrum hluta er verið að kanna hversu vel ákveðnir eiginleikar eiga við um þig og í þriðja hluta eru nokkrar spurningar um bakgrunn. Rannsóknin er unnin undir leiðsögn Auðar Hermannsdóttur, aðjúnkts við Háskóla Íslands. Könnunin er nafnlaus og tekur innan við 10 mínútur. Svör verða ekki rakin til einstakra þátttakenda.

Þátttakendum gefst kostur á að vinna gjafakort frá Arion Banka að upphæð 10.000 kr. Fjórir heppnir þátttakendur sem rita netfang sitt aftast í könnunina lenda í potti sem dregið verður út 15. júlí. Þátttaka er valfrjáls.

Með fyrirfram þökk,  
Þorgerður Elva Magnúsdóttir

Ef það eru það eru einhverjar fyrirspurnir eða athugasemdir þá getið þið haft samband við mig í netfanginu [thm39@hi.is](mailto:thm39@hi.is)

## Viðauki B

ASMI

Hér á eftir koma fullyrðingar um einstaklinga með alvarlega geðsjúkdóma. Sumar fullyrðingarnar gætu þótt óþægilegar.

- 1. Einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma eiga ekki í erfiðleikum með að haldast í starfi** (e. *People with mental illness can hold a job*).
- 2. Stuðningur frá fjölskyldu og vinum getur hjálpað einstaklingum með alvarlega geðsjúkdóma að ná bata** (e. *The care and support of family and friends can help people with mental illness to get rehabilitated*).
- 3. Fyrirtæki og hið opinbera eiga að bjóða upp á störf fyrir einstaklinga með alvarlega geðsjúkdóma** (e. *Corporations and the community (including the government) should offer jobs to people with mental illness*).
- 4. Eftir að einstaklingur með alvarlega geðsjúkdóma hefur hlotið meðferð við veikindum sínum, má hann snúa aftur í sitt núverandi starf** (e. *After a person is treated for mental illness they can return to their former job position*).
- 5. Besta leiðin til þess að hjálpa einstaklingum með alvarlega geðsjúkdóma að ná bata er að leyfa þeim að vera hluti af samfélaginu og lifa venjulegu lífi** (e. *The best way to help those with a mental illness to recover is to let them stay in the community and live a normal life*).
- 6. Ég myndi ekki vilja vingast við einstakling sem er með alvarlega geðsjúkdóma þó hann væri búinn að hljóta meðferð við veikindum sínum** (e. *After people with mental illness are treated and rehabilitated, we still should not make friends with them*).
- 7. Hver sem er getur greinst með alvarlega geðsjúkdóma** (e. *It is possible for everyone to have a mental illness*).
- 8. Við ættum ekki að hlægja að þeim sem eru með alvarlega geðsjúkdóma, þrátt fyrir að þeir hagi sér furðulega** (e. *We should not laugh at the mentally ill even though they act strangely*).
- 9. Fólk með alvarlega geðsjúkdóma sýnir af sér ófyrirsjáanlega hegðun** (e. *People with mental illness have unpredictable behavior*).
- 10. Ef fólk greinist með alvarlegan geðsjúkdóm einu sinni verður það auðveldlega veikt aftur** (e. *If people become mentally ill once, they will easily become ill again*).

11. Ef að aðstaða fyrir einstaklinga með alvarlega geðsjúkdóma myndi opna í götunni minni eða í hverfinu mínu, myndi ég flytja (e. *If a mental health facility is set up in my street or community, I will move out of the community*).
12. Þrátt fyrir að einstaklingur með alvarlega geðsjúkdóm hafi hlotið meðferð við veikindum sínum, myndi ég vera hræddur við að umgangast hann (e. *Even after a person with mental illness is treated, I would still be afraid to be around them*).
13. Ekki ætti að meðhöndla einstaklinga með alvarlega geðsjúkdóma og aðra sjúklinga á sama sjúkrahúsi (e. *Mental patients and other patients should not be treated in the same hospital*).
14. Ef einstaklingur glímir við alvarlegan geðsjúkdóm er eðlilegt að slíkt geti verið tilefni fyrir maka viðkomandi að sækja um skilnað (e. *When a spouse is mentally ill, the law should allow for the other spouse to file for divorce*).
15. Einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma hafa tilhneigingu til þess að vera ofbeldishneigðir (e. *People with mental illness tend to be violent*).
16. Einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma eru hættulegir (e. *People with mental illness are dangerous*).
17. Fólk ætti að hræðast einstaklinga með alvarlega geðsjúkdóma (e. *People with mental illness should be feared*).
18. Einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma er hættulegri heldur en annað fólk þrátt fyrir að þeir hafa fengið meðferð við veikindum sínum (e. *After people with mental illness are treated, they are still more dangerous than normal people*).
19. Það er auðvelt að bera kennsl á þá sem eru með alvarlega geðsjúkdóma (e. *It is easy to identify those who have a mental illness*).
20. Það er auðveldlega hægt að átta sig á hverjir eru með alvarlega geðsjúkdóma út frá hegðun þeirra (e. *You can easily tell who has a mental illness by the characteristics of their behavior*).
21. Einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma eru almennt með lægri greindarvísitölu en aðrir (e. *People with mental illness have a lower I.Q*).
22. Allir þeir sem eru með alvarlega geðsjúkdóma sýna af sér einhversskonar undarlega hegðun (e. *All people with mental illness have some strange behavior*).
23. Það er óviðeigandi fyrir einstaklinga með alvarlega geðsjúkdóma að gifta sig. (e. *It is not appropriate for a person with mental illness to get married*).

24. Þeir sem eru með alvarlega geðsjúkdóma geta ekki náð fullum bata. (e. *Those who have a mental illness cannot fully recover*).
25. Það er ekki æskilegt að einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma eignist börn. (e. *Those who are mentally ill should not have children*)
26. Einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma eiga sér enga framtíð (e. *There is no future for people with mental illness*)
27. Það er erfiðara fyrir þá sem eru með alvarlega geðsjúkdóma að fá sömu laun og aðrir fyrir sama starf (e. *It is harder for those who have a mental illness to receive the same pay for the same job*)
28. Eftir að einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma hafa hlotið meðferð er erfitt fyrir þá að verða hluti af samfélaginu aftur. (e. *After treatment it will be difficult for the mentally ill to return to the Community*)
29. Fólk hefur fordóma gagnvart þeim sem eru með alvarlega geðsjúkdóma (e. *People are prejudiced towards those with mental illness*)
30. Það er erfitt að eiga góða vini ef þú ert með alvarlegan geðsjúkdóm. (e. *It is hard to have good friends if you have a mental illness*)
31. Það er sjaldgæft að þeir sem ná árangri í starfi glími við alvarlega geðsjúkdóma (e. *It is seldom for people who are successful at work to have a mental illness*)
32. Það er skömm að vera með alvarlegan geðsjúkdóm (e. *It is shameful to have a mental illness*)
33. Alvarlegir geðsjúkdómar eru oft refsing og afleiðing þess að hafa gert slæma hluti. (e. *Mental illness is a punishment for doing some bad things*).
34. Ég mæli með að einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma segi ekki neinum frá veikindum sínum (e. *I suggest that those who have a mental illness do not tell anyone about their illness*)

## Viðauki C

VIA-IS-V6

1. **Ég svík oft loforð mín** (e. *I often break my promises*).
2. **Mér finnst ég sjaldan orkumikil/l** (e. *I rarely feel energetic*)
3. **Ég er hugrökk manneskja** (e. *I am a brave person*)
4. **Ég gefst auðveldlega upp í krefjandi aðstæðum** (e. *I easily give up in challenging situations*)
5. **Oft verður ekkert úr þeim plönnum sem ég geri því ég gefst upp** (e. *My plans often fall through because I give up*)
6. **Ég mun segja hluti sem ég veit að eru ósannir, ef það er auðveldara** (e. *I will say things I know are untrue if it's easier*)
7. **Ég er raunverulega spennt/ur að byrja hvern einasta dag** (e. *I am genuinely excited to start each day*)
8. **Í mjög erfiðum aðstæðum á ég í vandræðum með að sigrast á ótta mínum** (e. *In very difficult situations, I have trouble facing my fears*)
9. **Ég elska að gleðja annað fólk** (e. *I love to make other people happy*)
10. **Ég á oft erfitt með að skilja fólk sem ég hef ekki hitt áður** (e. *I often find it difficult to understand new people*)
11. **Ég er góð/ur í að tjá öðrum ást mína** (e. *I am good at expressing love to someone else*)
12. **Ég legg mig alla/n fram við að hressa fólk sem virðist niðurdregið** (e. *I go out of my way to cheer up people who appear down*)
13. **Ég tjái oft ást mína til annarra** (e. *I often express my love to others*)
14. **Ég reyni alltaf að hjálpa fólki í neyð** (e. *I always try to help people in need*)
15. **Ég á erfitt með að tjá ást mína gagnvart öðrum** (e. *It is difficult for me to express my love to others*)
16. **Ég veit alltaf hvað ég á að segja til þess að fólki líði vel** (e. *I always know what to say to make people feel good*).
17. **Ég kem alltaf fram við fólk á sanngjarnan hátt, hvort sem mér líkar við það eða ekki** (e. *I always treat people fairly whether I like them or not*)
18. **Undantekningalaust, styð ég liðsfélagana mína eða féлага í hópnum** (e. *Without exception, I support my teammates or fellow group members*)
19. **Ég er mjög góð/ur í að leiða hópvinnu** (e. *I am very good at leading group activities*)
20. **Jafnvel þó að mér líki ekki við einhvern, þá kem ég fram við hann eða hana á sanngjarnan hátt** (e. *Even if I do not like someone, I treat him or her fairly*)
21. **Ég á erfitt með að fá fólk til að vinna saman** (e. *I have hard time getting people to work together*)
22. **Ég líkar ekki að vera hluti af hóp** (e. *I don't like being a members of groups*)
23. **Einn af mínum styrkleikum er að hjálpa fólki að vinna saman í hóp, jafnvel þó að ágreiningur komi upp** (e. *One of my strengths is helping a group of people work well together even when they have their differences*)
24. **Mér finnst mjög gaman að vera hluti af hópi** (e. *I really enjoy being a part of a group*)

25. **Ég er hefnigjörn manneskja** (e. *I am a vengeful person*)
26. **Ég monta mig aldrei af afrekum mínum** (e. *I never brag about my accomplishments*)
27. **Það er auðvelt fyrir mig að láta undan freistingum** (e. *It is easy for me to give in temptation*)
28. **Ég hugsa alltaf um afleiðingarnar áður en ég geri framkvæmi** (e. *I always think about the consequences before I act*)
29. **Mig skortir sjálfsaga** (e. *I lack self-discipline*)
30. **Ég velti undantekningalaust fyrir mér mögulegum afleiðingum áður en ég gríp til aðgerða** (e. *I think through the consequences every time before I act*)
31. **Ég læt ekki undan freistingum** (e. *I do not give into temptation*)
32. **Ég hugsa alltaf áður en ég tala** (e. *I always think before I speak*)
33. **Ég hef fundið köllun í lífi mínu** (e. *I have a calling in my life*)
34. **Ef ég er niðurdregin/n, hugsa ég alltaf um það sem er gott í lífi mínu** (e. *If I feel down, I always think about what is good in my life*)
35. **Það er enginn tilgangur til að lifa lífinu** (e. *There is no meaning to life*)
36. **Fólk myndi kalla mig svarsýna/n** (e. *People would call me pessimist*)
37. **Ég er alltaf meðvituð/aður um náttúrufegurðina sem er í umhverfinu** (e. *I am always aware of the natural beauty in the environment*)
38. **Ég finn fyrir djúpu þakklæti á hverjum degi** (e. *I feel a profound sense of appreciation every day*)
39. **Ég leyfi aldrei erfiðum aðstæðum að taka frá mér húmorinn** (e. *I never allow a gloomy situation to take away my sense of humor*)
40. **Að minnsta kosti einu sinni á dag staldra ég við og hugsa hversu heppin/n ég er** (e. *At least once a day, I stop and count my blessings*)
41. **Ég er alltaf að finna nýjar leiðir til að gera hlutina** (e. *I am always coming up with new ways to do things*)
42. **Aðrir líta á mig sem vitran einstakling** (e. *Others consider me to be a wise person*)
43. **Ég skoða alltaf báðar hliðar allra mála** (e. *I always examine both sides of an issue*)
44. **Ég sleppi aldrei tækifærinu til að gera eitthvað nýtt** (e. *I never miss the chance to learn something new*)
45. **Vinir mína segja að ég hafi fullt af nýjum og mismunandi hugmyndum** (e. *My friends say that I have lots of new and different ideas*)
46. **Ég elska að læra nýja hluti** (e. *I love to learn new things*)
47. **Ég er alltaf forvitin/n um heiminn** (e. *I am always curious about the world*)
48. **Ég prófa sjaldan nýja hluti** (e. *I rarely explore new things*)