

STIGMATIZACIJA I DISKRIMINACIJA U OBLASTI ZAPOŠLJAVANJA OSOBA SA SHIZOFRENIJOM

Ivona Milačić Vidojević¹
Vojislav Jovanović²
Branislav Brojčin³

- 1 Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Beograd, Srbija
- 2 Psihijatrijska bolnica „Dr Laza Lazarević“, Beograd, Srbija
- 3 Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Beograd, Srbija

UVOD

Stigma označava karakteristiku koju neka osoba poseduje (ili se veruje da je poseduje) i dovodi do stvaranja socijalnog identiteta koji je obezvređen, ili predstavlja znak sramote povezane sa određenim okolnostima, kvalitetima ili osobom [1]. Stigma se

Kratak sadržaj

Cilj: stigma i diskriminacija prema osobama sa mentalnom bolešću su česte. Mentalna bolest utiče značajno na sposobnost za rad. Ispitivanje je imalo za cilj da definiše u kojoj meri doživljena i anticipirana stigmatizacija i diskriminacija utiču na pronalaženje i zadržavanje posla.

Metod: Intervjuisano je 50 osoba sa postavljenom dijagnozom shizofrenije (DISC-10). U intervjuu se nalaze četiri pitanja povezana sa zaposlenjem: 1. Da li ste trenutno zaposleni? 2. Da li su se prema vama ponašali drugačije u odnosu na druge ljude zbog dijagnoze mentalne bolesti prilikom konkurisanja za posao? 3. Da li su se prema vama ponašali drugačije u odnosu na druge ljude zbog dijagnoze mentalne bolesti prilikom zadržavanja posla? 4. Koliko ste sami sebe zaustvaljali u konkurisanju za posao ili vraćanju na posao, a zbog dijagnoze mentalne bolesti?

Rezultati: 56% ispitanika su bili muškarci, u proseku su imali 13 godina edukacije. Rezultati ukazuju da je 76% pacijenta nezaposleno, 34 % pacijenta je izvestilo o doživljenoj diskriminaciji prilikom zadržavanja posla, 28% pacijenta je izvestilo o doživljenoj diskriminaciji prilikom konkurisanja za posao, 54 % pacijenta je sebe zaustavljalo u konkurisanju za posao.

Zaključak: mentalna bolest utiče na sposobnost za rad, tome doprinose i doživljena i anticipirana diskriminacija.

Ključne reči: stigma, diskriminacija, zaposlenje, mentalna bolest, shizofrenija

može sagledati kao sveobuhvatni termin koji sadrži tri važna elementa: problem znanja (neznanje); problem stava (predrasude) i problem ponašanja (diskriminacija) [2].

Rad je važna determinanta mentalnog zdravlja i društveno integrišuća snaga koja je visoko vrednovana. Ni jedna aktivnost ne doprinosi osećanju samocenjenja i socijal-

nog identiteta kao posao. Isključenost sa posla dovodi do materijalne deprivacije, snižava samopouzdanje, stvara osećanje izolovanosti i marginalizacije i ključan je riziko faktor za pojavu problema mentalnog zdravlja. To je faktor koji doprinosi normalizaciji, obezbeđuje strukturu dana, rutinu, postavljanje značajnih ciljeva, podstiče samovrednovanje, smanjuje siromaštvo, obezbeđuje prilike za sklapanje prijateljstva i dobijanje podrške, doprinosi kvalitetu života. Osobe sa problemima mentalnog zdravlja koje su nezaposlene i kojima nedostaju značajne socijalne uloge su u poziciji dvostruke opasnosti: stigmatizacije usled mentalne bolesti i nedostatka posla [3,4,5].

Istorijski gledano, kompetitivni poslovi nikada nisu bili cilj u rehabilitaciji osoba sa problemima mentalnog zdravlja. Postojala je tendencija usvajanja minimalnih očekivanja i niskih standrada postignuća kod osoba sa mentalnim poremećajima. Sociokulturnološke barijere su takođe zaustavljale osobe sa problemima mentalnog zdravlja da opstanu u kompetitivnim poslovima [6]. Moderna filozofija tretmana u oblasti mentalnog zdravlja se bazira na premisi da ljudi imaju pravo da žive i rade u zajednici. Da bi postigli ove ciljeve osobe sa mentalnom bolešću moraju imati pristup tretmanu i rehabilitacionim servisima, sigurnom stanovanju i mogućnost zaposlenja u skladu sa edukacijom, veštinama i interesovanjima. Stigma iskazana kroz nedostatak političke saglasnosti u obezbeđenju servisa, netolerantnost zajednice prema osobama sa mentalnom bolešću i nejednakim uslovima zapošljavanja onemogućavaju ove ciljeve [7]. Kako je stigma pervazivna, a njene posledice duboke WHO i WPA su identifikovali stigmatu prema osobama sa mentalnom bolešću kao najveći izazov u području oblasti mentalnog zdravlja [8,9].

Razlozi borbe protiv stigme i diskriminacije nemaju samo humanistički karakter zaštite ljudskih prava, već i umanjivanje materijalnih davanja u oblasti javnog zdravlja. Globalno, oko 48 miliona osoba prima socijalnu pomoć usled ometenosti (Social Security Disability Income (SSDI) i Supplemental Security Income (SSI)), sa više od 1 milion ljudi koji pristiže svake godine sa cenom koštanja od preko 100 biliona dolara [10]. Konkretno, 26% osoba sa psihijatrijskom dijagnozom čini najveću kategoriju korisnika socijalnog osiguranja usled ometenosti, dok je procenat vraćanja ovih osoba na posao manji od 1% [11]. Visoka cena ometenosti i stalno povećanje stope osoba koja se prijavljuju za benefite se prepoznaje kao veliko opterećenje za javni i privatni sektor budžeta [12].

Istraživanja pokazuju da je većina osoba sa mentalnom bolešću spremna i da želi da radi [5,13], ali stopa nezaposlenosti je ipak velika. Ona je tri do pet puta veća nego kod osoba opšte populacije. Šezdesetjedan procenat radno sposobnih osoba sa mentalnom bolešću je izvan posla u poređenju sa 20% opšte populacije [14]. Stopa zaposlenosti varira zavisno od dijagnostičke grupe, od 40-60% za osobe sa manično depresivnim poremećajem do 20-35% za one sa anksioznim poremećajem. Nezaposlenost za osobe sa shizofrenijom je najveća i iznosi 80-90% [15] što za posledicu ima da osobe sa ozbiljnim mentalnim bolestima čine najveću grupu onih koji primaju socijalnu pomoć [16,17].

Poslodavci nisu radi da zaposle osobu sa istorijom psihijatrijskog lečenja što predstavlja prvu barijeru u procesu zapošljavanja. Kao moguće razloge navode interpersonalne probleme, pitanje sigurnosti, nelagodnost kod saradnika, slabiji učinak na poslu, apsentizam, slabiju tolerancija stresa, neorganizovanost, lenjost, čest umor, probleme

sa pamćenjem, neizvršavanje zadataka, nepouzdanost, zakašnjanje, slabe veštine komunikacije, česte promene raspoloženja, problem sa stavom, socijalnu upadljivost, neodržavanje lične higijene, nemogućnost samostalnog obavljanja posla, socijalnu povučenost itd. Najveća zabrinutost poslodavca je potencijalna opasnost koja pretili od osobe koja je mentalno bolesna [18]. Mnogi od navedenih razloga su realistični i u velikoj meri opravdavaju nisku stopu zaposlenosti osoba sa mentalnom bolešću.

Druga barijera u oblasti zapošljavanja je da se veliki broj osoba sa psihijatrijskom dijagnozom se nalazi na teretu sistema socijalne zaštite i ne usuđuju se da se lako odreknju socijalnih benefita u zamenu za nesigurno zaposlenje. [2].

Još jedna barijera u zapošljavanju su i stavovi zdravstvenih radnika koji se odražavaju u verovanju da shizofreni pacijenti nisu radno sposobni, da bi ponovljeni neuspeh prilikom traženja posla bio stres koji bi mogao da izazove recidiv bolesti; kao i da se priprema i podrška u traženju posla ne smatraju suštinskim zadacima u pružanju usluga u oblasti mentalnog zdravlja [19].

Osobe sa mentalnom bolešću smatraju da je diskriminacija na poslu najčešće iskustvo stigme koje su doživeli [20]. Strah od stigme i odbijanja može da utiče na ispoljeno samopouzdanje tokom intervjua za posao [21]. Tokom vremena osobe sa mentalnom bolešću mogu sebe da dožive kao osobe koje ne mogu da se zaposle i prestaju da traže posao [22].

Vraćanje na posao je za mnoge pacijente izuzetno stresan period [23]. Reagovanje kolega, nedostatak razumevanja, nemogućnost otvorenog razgovora o uzrocima odsustvovanja, strah od otkrivanja dijagnoze, ignorisanje, osećanje izolovanosti su samo neki od problema sa kojima su se ispitanici sreli [23]. Oni koji se vrata na posao posle

bolovanja su često preusmereni na poslove sa nižom stopom odgovornosti, dodatnom supervizijom, postaju marginalizovani i žrtve negativnih komentara od strane kolega [24].

Psihijatrijska dijagnoza može sprečiti napredovanje u karijeri jer poslodavci nevoljno zapošljavaju osobe sa mentalnom bolešću na rukovodeća mesta [21]. Istraživanja pokazuju da su manje plaćeni za svoj posao, da su na poslovima koji su znatno ispod njihovih veština i interesovanja, da su često u pitanju nekvalifikovani, privremeni poslovi, sa skraćenim radnim vremenom [25]. Zapošljavanje na slabije plaćenim poslovima može biti posledica nedovoljnog obrazovanja usled čestih perioda bolesti [14, 26]. Ukoliko je to tačno potrebno je pomoći osobama sa mentalnom bolešću da završe školovanje, a ne odmah insistirati na njihovom zapošljavanju [14].

Velika je dilema osoba sa mentalnom bolešću da li da otkriju svoju bolest poslodavcu. Otkrivanje smanjuje mogućnost zapošljavanja, a zatajivanje onemogućava mogućnost prilagođavanja radnog okruženja zaposlenom [24]. Kritično pitanje je koliko je identitet osobe sa mentalnom bolešću povezan sa identitetom ometenosti. Od toga da li je mentalna bolest centralna odrednica za osobu zavisi da li će je osoba otkriti poslodavcu ili ne [27].

Zaposleni često sakrivaju od poslodavca i kolega da imaju mentalnu bolest, izbegavajući pomoć i tretman [25]. Npr. samo 1/3 zaposlenih sa depresijom će konsultovati stručnjaka, a jedna od deset osoba će uzeti lekove da bi izašla na kraj sa problemom. Ipak, većina onih koji se adekvatno leče će pokazati veću efikasnost na poslu i manje će odsustvovati [28]. Da bi se smanjila stigma i diskriminacija poslodavci bi trebalo da prepoznaju probleme mentalnog zdravlja zaposlenih i da utiču na organizacionu kul-

tu koja je podržavajuća za mentalno zdravlje i psihosocijalni oporavak [29,30].

Cilj istraživanja je ispitati stepen i direkciju doživljene i anticipirane diskriminacije i njihov međusobni odnos u oblasti rada, traženja i zadržavanja posla na osnovu izveštaja samih osoba sa dijagnozom shizofrenije. Istraživanje koje predstavljamo je deo projekta ASPEN (Anti Stigma Programme European Network)- INDIGO (International Study of Discrimination and Stigma Outcomes). Cilj projekta je redukcija stigme i diskriminacija soba sa shizofrenijom u 28 zemalja evropske unije. Specifični ciljevi su: konstrukcija kvalitetnog instrumenta validnog za kros-kulturološka istraživanja, sticanje uvida u osobenosti stigmatizacije u evropskim zemljama, razmena informacija o „najboljoj praksi“, razumevanje i implementacija „najbolje prakse“ i uticaj na zakonske regulative u evropskim zemljama.

MATERIJAL I METODE

Ispitivani uzorak se sastojao od 50 ispitanika, lečenih na Klinici za psihijatriju KC Srbije i Psihijatrijskoj bolnici „Laza Lazarević“. Ispitanici su dijagnostikovani od strane ordinirajućih psihijatara kao osobe sa shizofrenim poremećajem prema MKB-10 klasifikaciji. Ispitanici u uzorku predstavljaju heterogenu grupu, od onih potpuno disfunkcionalnih i bihejvioralno upadljivih, do onih koji nisu odmah upadljivi i radno su funkcionalni. U istraživanju je ispitano oko 50% više pacijenata od ukupnog broja uzorka, ali ti podaci nisu zadržani u okviru istraživanja usled nevalidnosti iz više razloga: motivacioni problemi (nesaradljivost); kognitivni problemi (intelektualna insuficijencija, loša verbalna artikulacija, oštećenje pažnje i koncentracije, specifični asocijativni tok; perceptivno-konceptualni problemi (nekritičnost u pogledu procene sebe/ili rea-

liteta); hronicitet (značajno osiromašenje ličnosti). Malom broju pacijenata lekari su otvoreno saopštili dijagnozu, većina pacijenata je dijagnozu saznala videvši je na otpusnoj listi i nema jasnu predstavu o vrsti poremećaja. Tabela 1 pokazuje demografske i kliničke karakteristike uzorka.

Korišćena je Skala diskriminacije i stigme (DISC -10) koja je konstruisana i validirana u sklopu internacionalnog projekta INDIGO (International Study of Discrimination and Stigma Outcomes). U toku razvoja skale, korišćen je feedback 28 istraživačkih centara u Evropi, kako bi se selektovali ajtemi koji su najkorisniji za kros-kulturalno istraživanje. Duplim slepim prevođenjem, ajtemi su sa engleskog prevedeni na srpski jezik i odobreni od strane istraživačkog tima. Skala je primenjena putem intervjua, što je omogućilo dobijanje ne samo kvantitativnih, nego i kvalitativnih podataka, o tome kako sebe i reakciju okoline doživljavaju osobe koje imaju dijagnozu mentalne bolesti.

Skala ima ukupno 52 ajtema, od kojih je prvih 9 vezano za demografske podatke. Podeljena je na dva dela: u prvom se ispituje doživljena diskriminacija (pozitivna - u smislu beneficija zbog mentalne bolesti i negativna – u smislu štete zbog dobijene dijagnoze), a u drugom delu anticipirana (koliko pacijent menja svoje planove, namere i ponašanje zbog toga što očekuje da će biti negativno stigmatizovan). Prvi deo uključuje sledeće teme: lične relacije, stambena pitanja, obrazovanje, porodični život, zaposlenje, prevoz i putovanja, finansije, život u zajednici, zdravstvene i socijalne usluge, privatnost i sigurnost, odnos sa decom. Drugi deo ispituje lične reakcije osobe na dijagnozu mentalne bolesti i reakcije drugih ljudi odn. da li je osoba zbog anticipirane stigme odustala od obrazovanja, bliskih relacija ili nečeg drugog što je za nju bilo važno.

Svaki od ajtema uključuje sintagmu: „Da li ste bili tretirani drugačije u odnosu na druge ljude, zbog vaše dijagnoze mentalne bolesti (zatim sledi opis svakodnevne životne situacije u kojoj je osoba mogla da doživi stigmatizaciju)...“. Od ispitanika se očekivalo da svoj odgovor skoruje na sedmostepenoj skali (od izrazitog nedostatka, do izrazite prednost, pri čemu je vrednost

nula opisana kao „nije bilo razlike u tretmanu“). U analizi rezultata dobijena su tri skora. Prvi ukazuje na ukupan skor pozitivno doživljene diskriminacije koji se dobija zbrajanjem skorova na pozitivnim skalama (blaga, umerena i izrazita prednost). Drugi skor ukazuje na ukupnu negativno doživljenu diskriminaciju i izračunava se na isti način. Treći skor se dobija na osnovu ajtema

Tabela 1: Socio-demografske i kliničke karakteristike uzorka (n=50q)
Table 1: Socio - demographic and clinical characteristics (n=50)

Varijable Variable	Kategorija Category	SD ili % Mean (SD) or N (%)
Uzrast Age	U proseku Mean	43.48 (9.69)
Pol Gender	Muški Male	28 (56%)
	Ženski Female	22 (44%)
Godine obrazovanja Years of education	U proseku Mean	13.14 (2.30)
Radni status Currently employed	Da Yes	12 (24%)
	Ne No	38 (76%)
Godina prvog kontakta sa ustanovama mentalnog zdravlja Years since first contact with mental health services	U proseku Mean	24.38 (7.30)
Sadašnji oblik lečenja Main type of mental health care	Na odeljenju In-patient	21 (42%)
	Ambulantno Out-patient	2 (4%)
	Dnevna bolnica Day care	27 (54%)
Prisilna hospitalizacija Compulsory treatment ever	Da Yes	21 (42%)
	Ne No	27 (54%)
Zna za dijagnozu Knows the diagnosis	Da Yes	34 (68%)
	Ne No	16 (32%)
Slaže se sa dijagnozom shizofrenije Agree with diagnosis of schizophrenia	Slaže se Agree	22 (44%)
	Ne slaže se Disagree	28 (56%)

Napomena:

Zbir ne iznosi ukupno 50 i procenat ne iznosi ukupno 100 zbog podataka koji nedostaju

Notes:

Figures do not total 50 and percentages do not total 100 because of missing responses

anticipirane diskriminacije (ni malo, malo, umereno i mnogo) koji procenjuju kako je osoba zaustavljala sebe u prijavljivanju na posao, uspostavljanju bliskih odnosa i preduzimanja drugih, lično važnih aktivnosti i da li je osoba imala potrebu da sakrije dijagnozu. Uz svaki odgovor očekivano je bilo da ispitanik da i opis situacije koja ilustruje njegov doživljaj, kako bi se odgovori i kvalitativno obrađivali.

U intervjuu se nalaze četiri pitanja povezana sa zaposlenjem: 1. Da li ste trenutno zaposleni? 2. Da li su se prema vama ponašali drugačije u odnosu na druge ljude zbog dijagnoze mentalne bolesti prilikom konkurisanja za posao? 3. Da li su se prema vama ponašali drugačije u odnosu na druge ljude zbog dijagnoze mentalne bolesti prilikom zadržavanja posla? 4. Koliko ste sami sebe zaustavljali u konkurisanju za posao?

REZULTATI

U našem uzorku od 50 ispitanika, 38 (76%) je nezaposleno, od toga 16 (42%) žena i 22 (58%) muškarca. Od 38 nezaposlenih osoba 14 (37%) želi da nađe posao, od toga 8 žena i 6 muškaraca.

Tabela 2 pokazuje rezultate doživljene diskriminacije prilikom konkurisanja i zadržavanja posla. Ukupno 62% ispitanika je doživelo diskriminaciju vezanu za posao, od toga 28% prilikom konkurisanja na posao i 34% prilikom zadržavanja posla.

Tabela 3 prikazuje rezultate anticipirane diskriminacije – koliko su ispitanici pretpostavljali da će biti diskriminirani, pa su odustajali od svojih planova i interesa. Tabela 3 pokazuje da 54% ispitanika zaustavlja sebe prilikom traženja posla usled očekivanja neravnopravnog tretmana, u odnosu na 46% ispitanika koji ne zaustavljaju sebe prilikom konkurisanja na posao.

Tabela 2: Doživljena diskriminacija (%)
Table 2: Responses for experienced discrimination (%)

	Nedostatak Disadvantage	Bez razlike u tretmanu No different treatment	Prednost Advantage	Nije primenljiv/ nedostaje Not applicable/ Missing
Da li su se prema vama ponašali drugačije prilikom konkurisanja za posao, a zbog dijagnoze mentalne bolesti? Have you been treated differently from other people in finding the job, because of your diagnosis of mental illness?	28	38	2	32
Da li su se prema vama ponašali drugačije prilikom zadržavanja posla, a zbog dijagnoze mentalne bolesti? Have you been treated differently from other people in keeping the job because of your diagnosis of mental illness?	34	30	10	26

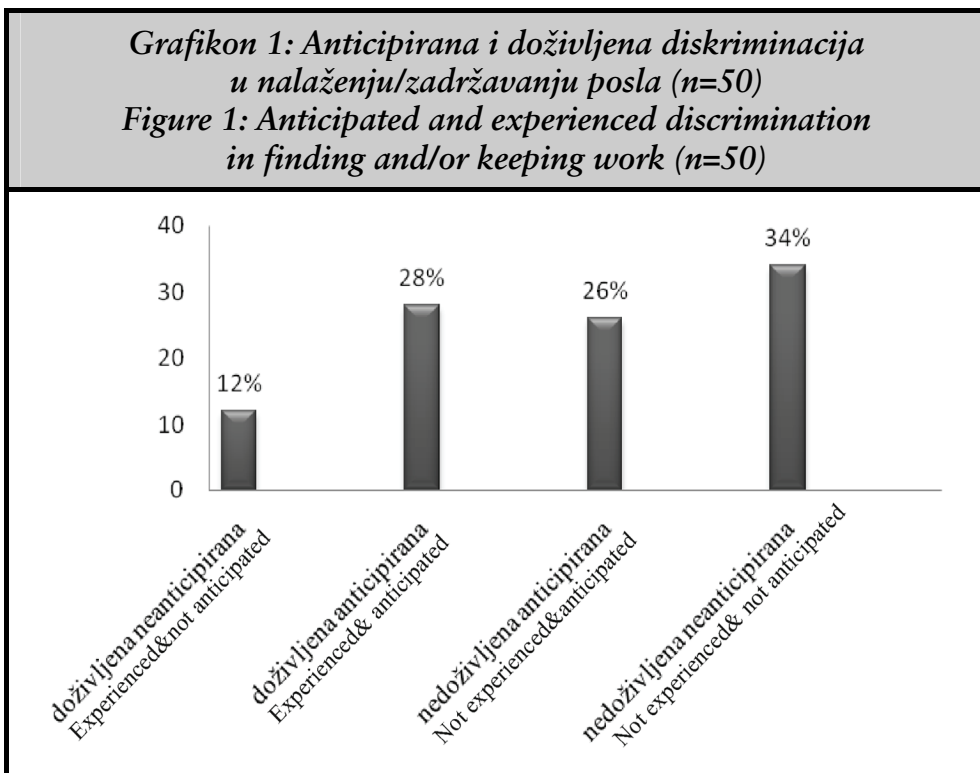
Sledeće šta smo ispitali je odnos doživljene i anticipirane diskriminacije u domenu zaposlenja. Grafikon 1 pokazuje rezultate gde je doživljena diskriminacija izračunata kombinovanjem skorova sa ajtema „nalaženja posla“ i ajtema „zadržava-

vanja posla“, a anticipirana diskriminacija je skor na ajtemu „prestao sam da tražim posao/obrazovanje/trening“. 54% ispitanika izveštava o anticipiranoj diskriminaciji, ali većina njih (48%) nije doživela diskriminaciju.

Tabela 3: Anticipirana diskriminacija (%)
Table 3: Responses for anticipated discrimination (%)

	Ni malo Not at all	Malo A little	Mnogo A lot	Nije primenljivo/ nedostaje Not applicable /Missing
Koliko ste sami sebe zaustavljali prilikom konkurisanja ili vraćanja na posao, a zbog dijagnoze mentalne bolesti? How much have you stopped yourself from applying for or going back to work because of your diagnosis of mental illness?	46	26	28	0

Grafikon 1: Anticipirana i doživljena diskriminacija u nalaženju/zadržavanju posla (n=50)
Figure 1: Anticipated and experienced discrimination in finding and/or keeping work (n=50)



DISKUSIJA I ZAKLJUČAK

Rezultati koje smo prezentovali, pokazuju da je stepen doživljene i anticipirane diskriminacije kod osoba sa shizofrenijom u oblasti zapošljavanja velik. Veoma niska stopa zaposlenosti osoba sa mentalnom bolešću predstavlja najtežu barijeru koja potiče od diskriminacije. U našem uzorku 76% ispitanika nije u radnom odnosu što odgovara rezultatima inostranih istraživanja koji ukazuju da je manje od 20% osoba sa problemima mentalnog zdravlja zaposleno [2]. Šezdesetdva procenta naših ispitanika je doživelo negativnu diskriminaciju vezanu za posao, od toga 28% prilikom konkurisanja na posao i 34% prilikom zadržavanja posla. Pedesetčetiri procenta naših ispitanika anticipira diskriminaciju u oblasti zapošljavanja, od toga 48% ne doživljava diskriminaciju u ovoj oblasti. Anticipirana diskriminacija u oblasti traženja i zadržavanja posla je znatno češća od doživljene diskriminacije u ovim domenima. Ispitanici zbog očekivanja da će biti negativno vrednovani, unapred odustaju od profesionalnih angažmana, čak iako pre toga nisu imali iskustva diskriminacije. Rezultati nam pokazuju da anticipirana diskriminacija u velikoj mери dovodi do pasivnosti shizofrenih osoba u oblasti realizacije ličnih potreba. Ovaj doživljaj je intenzivan i dovodi do povlačenja i izbegavanja u sferi profesionalnog angažmana, čak i kod osoba koje tokom života nisu imale iskustvo diskriminacije. Ostaje otvoreno pitanje da li se radi o proceni da će biti odbačeni i odbijeni usled toga što imaju dijagnozu (stigmatizacija) ili je u pitanju realan doživljaj lične izmenjenosti (kada nije u pitanju stigma već uvid o smanjenoj kompetentnosti). Ovaj nalaz je znak niskog samovrednovanja i potvrđuje smisao projekta u kome se radi na jačanju

samopouzdanja, socijalnih veština i svesti o ličnim pravima kod shizofrenih pacijenata.

U našem uzorku od 38 nezaposlenih ispitanika, njih 14 (37%) želi da radi, ostali saopštavaju da to ne mogu zbog karakteristika bolesti što je u skladu sa studijom iz Engleske čiji podaci ukazuju da je 52% intervjuisanih osoba sa dijagnozom shizofrenije želelo da nađe posao, a među osobama sa paničnim poremećajem i fobijama broj se penje na 86% [32]. Sa druge strane, mnoge osobe sa mentalnom bolešću misle da ih njihovi simptomi sprečavaju da se zaposle ili zadrže posao. Tačno je da mentalna bolest može kompromitovati funkcije i veštine potrebne za obavljanje posla kao što su pažnja, pamćenje ili interpersonalni odnosi. Sami ispitanici saopštavaju da je mentalna bolest imala negativne efekte na njihov posao. U našem uzorku mlađe osobe, sa boljim obrazovanjem koje su u radnom odnosu pokazuju želju da zadrže posao ili da se posao prilagodi njihovim mogućnostima. Istraživanja ukazuju da razvijenija društva pokazuju veću senzibilizaciju za problem ljudi sa posebnim potrebama, za koje se predviđaju radna mesta prilagođena njihovim sposobnostima [33]. Društva u tranziciji (kao i naše), ne prilagođavaju ponudu radnih mesta mentalno bolesnim i invalidnim osobama, ukidaju se zaštitne radionice i psihijatrijski pacijenti se rano penzionišu. Stav društva je patocentričan, jer se pažnja usmerava na „bolesne delove ličnosti“, a ne podržavaju se očuvane sposobnosti i talenti. Na ovaj način se shizofrene osobe invalidiziraju, isključuju iz socijalnih interakcija, i ekonomski marginalizuju. U sličnoj situaciji se nalaze osobe koje pokušavaju da zadrže posao posle bolovanja. Neki od njih su bili vraćeni na posao koji je bio ispod ili iznad njihovih kapaciteta pa su bili prinuđeni da daju otkaz ili se penzionišu usled neefikasnog obavljanja posla.

Iako postoje ograničenja u obavljanju posla kod osoba sa psihijatrijskom dijagnozom odgovarajuće prilagođavanje radnog mesta i radna sredina u kojoj nema stigmatizacije bi omogućili uspješnije zapošljavanje i efikasnije obavljanje posla. Važno je promeniti stavove prema osobama sa mentalnom bolešću i revidirati zakone o radu i zapošljavanju u mnogim zemljama [34]. Potrebno je procenjivati spremnost za rad koja se bazira na sposobnostima funkcionisanja na poslu, a ne na prisustvu ili odsustvu simptoma bolesti.

Istraživanja ukazuju o kojim faktorima je potrebno voditi računa u postupku prilagođavanja radnih mesta prema sposobnostima osoba sa mentalnom bolešću: fleksibilno radno vreme (uključujući skraćeno radno vreme, rad od kuće, deljenje posla), edukacija supervizora, modifikacija posla, pokušaj promene načina komunikacije saradnika sa ometenim osobama [35]. Osobe sa mentalnom bolešću moraju da budu upoznate sa svojim pravom da traže prilagođavanje radnog mesta i navođenjem onoga što može poboljšati radnu efikasnost (redukcija stresa, obezbeđivanje mentora, razumna opterećenost poslom, česte pauze, podrška, podsticanje samopouzdanja, odsustvo kritike pred drugim osobama, kreativno rešavanje konflikta, radna sredina bez distrakcija, dozvola da pohađaju savetovanja, mogućnost bolovanja).

Postoje velike individualne razlike u sposobnosti obavljanja kompetitivnog po-

sla, a mentalna bolest, lakša ili teža utiče na sposobnost obavljanja istog. Ipak, svaka osoba zaslužuje da ima mogućnost da se zaposli, kao i da joj se pruži pomoć u realizaciji svojih potencijala. Stigma mentalne bolesti vodi do diskriminacije u oblasti zapošljavanja koja se mora suzbiti zakonskim odredbama, edukacijom javnosti i odlučnošću.

OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA

Pitanja postavljena ispitanicima su se odnosila na iskustva diskriminacije tokom čitavog životnog perioda nezavisno od vremena kada su se desila. Takođe, nije uzeto u obzir u kojoj meri je doživljena diskriminacija bila opravdana npr. odluka poslodavca da ne zaposli osobu sa shizofrenijom koja se ne može pripisati diskriminaciji, već realno sniženim intelektualnim sposobnostima. Takođe nisu procenjivani drugi razlozi za diskriminaciju kao što su pol, uzrast, etničko poreklo isl. koji se mogu sagledati kao uzroci diskriminacije na koje se može uticati, za razliku od mentalne bolesti na koju se ne može uticati tretmanom. Istraživanje je bilo fokusirano na subjektivni doživljaj shizofrenih pacijenata i nisu uključeni podaci iz drugih izvora. Na taj način, ne može se pouzdano proceniti stepen realne diskriminacije u određenom društvu, već samo kako u našoj kulturi shizofreni pacijenti doživljavaju svoju poziciju.

STIGMA AND DISCRIMINATION BECAUSE OF SCHIZOPHRENIA AND EMPLOYMENT

Ivona Milačić Vidojević¹
Vojislav Jovanović²
Branislav Brojčin³

- 1 Faculty for special education and rehabilitation, Belgrade, Serbia
- 2 Special psychiatric hospital „Dr Laza Lazarević“, Belgrade, Serbia
- 3 Faculty of special education and rehabilitation, Belgrade, Serbia

Literatura:

1. Soanes C., Stevenson A. Concise Oxford English Dictionary, 11th edn. Oxford: Oxford University Press; 2003.
2. Thornicroft G. Shunned discrimination against people with mental illness. Oxford University Press; 2006.

Summary

Aim: schizophrenia impairs significantly the ability to work. Anticipated stigmatization and discrimination may also alter finding and keeping a job.

Method: In this investigation participated 50 persons with diagnosis of schizophrenia (DISC-10). There were four questions related to employment: 1. Are you currently employed? 2. Have you been treated differently from other people in finding a job because of your diagnosis of mental illness? 3. Have you been treated differently from other people in keeping a job because of your diagnosis of mental illness? 4. How much did you stopped yourself from applying for or going back to work because of your diagnosis of mental illness?

Results: We found that 76% of patients were unemployed. 28 % were treated differently in a disadvantaged way in finding a job, 34% in keeping a job. 54 % stopped themselves in applying for work.

Conclusion: schizophrenia impairs ability for work, with both actual discrimination and anticipated stigmatization contributing to that.

Key words: stigma, discrimination, employment, schizophrenia

3. Becker D.R., Drake R.E., Naughton W.J. Supported employment for people with co-occurring disorders. *Psychiatr Rehabil J* 2005; 28: 332-38.
4. Ackerman G.W., McReynolds C.J. Strategies to promote successful employment of people with psychiatric disabilities. *J Appl Rehabil Couns* 2005; 36: 35-40.

5. Morgan G. We want to be able to work. *Mental Health Today* October 2005; 32-34.
6. Marrone J.F., Follwy S., Selleck V. How mental health and welfare to work interact: the role of hope, sanctions, engagement, and support. *Am J Psychiatr Rehabil* 2005; 8:81-101.
7. Bell S. What does the 'right to health' have to offer mental health patients? *Int J Law Psychiatry* 2005; 28:141-53.
8. World Health Organization. *The World Health Report - Mental Health: New Understanding and Hope*. Geneva: World Health Organization;2001.
9. Sartorius N. The World Psychiatric Association global programme against stigma and discrimination because of schizophrenia. U: Crisp AH, editor. *Every family in the land* (revised edition). London: Royal Society of Medicine Press; 2004. p. 373-75.
10. Marini I., & Reid C.R. A survey of rehabilitation professionals as provider contractors with social security: Problems and solutions. *J Rehabil* 2001; 67 : 2: 36-41.
11. Daniels S.M., & West J. Return to work from SSI and SSDI beneficiaries: Employment policy changes. U K. Rupp & D. Stapleton (Rds.), *Growth and disability benefits*. Kalamazoo, MI: Upjohn Institute for Employment Research; 2006: p. 1-31.
12. McMahon B. T., Danczyk-Hawley C.E. Reid, C., Flynn B. S., Habeck R., Kregel J., et al. The progression of disability. *J Voc Rehabil* 2000;15: 3-15.
13. Marcias C.L.T., DeCario Q., Wang J., et al. Work interest as a predictor of competitive employment: policy implications for psychiatric rehabilitation. *Adm Policy Ment Health* 2001; 28: 279-97.
14. Cook J.A., Leff H.S., Blyler C.R., et al. Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:505-12.
15. Crowther R.E., Marchall M., Bond G.R., et al. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ* 2001; 322: 204-08.
16. Sanderson K., Andrews G. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Can J Psychiatry* 2003; 51:63-75.
17. Murphy A.A., Mullen M.G., Spagnolo B. Enhancing individual placement and support: promoting job tenure by integrating natural supports and supported education. *Am J Psychiatr Rehabil* 2005; 8: 37-61.
18. Tsang HW, Angell B, Corrigan PW, et al. A cross-cultural study of employers concerns about hiring people with psychotic disorder: Implications for reovery. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 723-33.
19. Evans J.,Repper J. Employment, social inclusion and mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2000; 7: 1, 15-24.
20. Gaebel W., Bauman A.E., Zäske H. Intervening in a multilevel network: progress of the German Open the Doors projects. *World Psychiatry* 2005; 4 (Suppl 1): 16-20.
21. Wahl O.F. Mental health consumers' experiences of stigma. *Schizophr Bull* 1999; 25: 467-78.
22. Link B. Mental patient status, work, and income: an examination of the effects of a psychiatric label. *Am Sociol Rev* 1982; 47: 202-15.
23. Wahl O.F. *Telling is risky business*. Piscataway, NJ: Rutgers University Press;1999.
24. Schultze B., Angermayer M.C. Subjective experience of stigma. A focus group study of schizophrenia patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med* 2003; 56: 299-312.
25. Stuart H. Stigma and work. *Healthc Pap* 2004; 5: 100-11.
26. Corrigan P.W., McCracken S.G.. Place first, then train: an alternative to the medical model of psychiatric rehabilitation. *Social Work* 2005; 50:31-39.
27. Dalgrin R.S., Gibride D. Perspectives of people with psychiatric disabilities on employment disclosure. *Psychiatr Rehabil J* 2003; 26: 3: 306-10.

28. Zhang M., Rost K.M., Fortney J.C., Smith G.R. A community study of depression treatment and employment earnings. *Psychiatr Serv* 1999; 59:1209-13.
29. Tsutsumi A., Takao S., Mineyama S., et al. Effects of a supervisory education for positive mental health the workplace: a quasi-experimental study. *J Occup Health* 2005; 47: 226-35.
30. Spicer R.S., Miller T.R. Impact of a workplace peer-focused substance abuse prevention and early intervention program. *Alcohol Clin Exp Res* 2005;29: 609-11.
31. Stanley K., Maxwell D. *Fit for purpose?* London; IPPR; 2004.
32. Warner I.R. *Recovery from schizophrenia: psychiatry and political economy.* New York, Routledge; 1991.
33. Marhawa S., Johnson S. Schizophrenia and employment-a review. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2004; 39: (5): 337-49.
34. Glozier N: The Disability Discrimination Act 1995 and psychiatry: Lessons from the first seven years. *Psychiatr Bull* 2004; 28: 126-9.
35. Lee Cr, Kim YH, Yoo Cl, et al. Mental disorders and fitness for work in Korea. *Korean J Occ Enviro Med* 2003; 15: 224-36.

Ivona Milačić Vidojević
Fakultet za specijalnu edukaciju
i rehabilitaciju
Visokog Stevana 2, 11000 Beograd
11000 Beograd
e-mail: mivona@sbb.rs