

# **Resurförstärkande samtalsmetod för att diskutera självstigmatisering**

**En metod att inom social- och hälsovård proaktivt och reaktivt reducera klienters självstigmatisering**

Bussman Jasmine

Lindberg Daniela

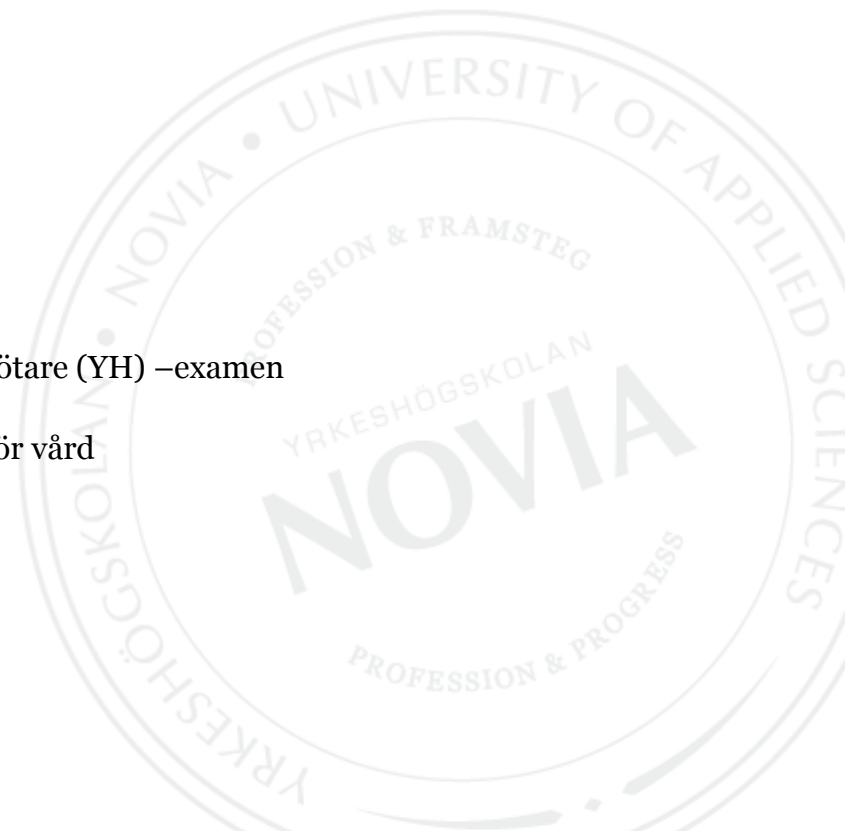
Norräng Mikaela

Nyman Jenna

Examensarbete för sjukskötare (YH) –examen

Utbildningsprogrammet för vård

Åbo 2016



## EXAMENSARBETE

Författare: Bussman Jasmine, Lindberg Daniela, Norräng Mikaela, Nyman Jenna

Utbildningsprogram och ort: Utbildningsprogram för vård, Åbo

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Vårdarbete

Handledare: Heli Vaartio- Rajalin

Titel: Resursförstärkande samtal för prevention av risken för självstigmatisering

---

Datum 09.05.2016

Sidantal 55

Bilagor 8

---

Detta examensarbete ingår i en del av projektet *Hot – rädslor, risker och mångprofessionellt perspektiv på företräderskap*, som startades våren 2016 i Yrkeshögskolan Novia, i samarbete med arbetslivets representanter. Stigmatisering och självstigmatisering är ett internationellt uppmärksammat fenomen som enligt forskning har övergripande negativa konsekvenser för de berörda individernas livskvalité. Upplevd stigma kan innebära rädsla, hot och begränsningar i vardaglig kontext vilket kan relateras till känslan av hotfulla situationer som individen väljer att undvika. I detta examensarbete tangerar vi skribenter stigmatisering med betoning på självstigma. Genom datainsamlingen har vi kommit fram till 17 artiklar och 26 böcker som vi använt oss av i examensarbetet. Syftet med examensarbete är att proaktivt och reaktivt reducera självstigma inom social- och hälsovården. I vårt arbete definierar vi de relevanta begreppen ur olika perspektiv samt svarar på våra frågeställningar genom en narrativ litteraturöversikt. - Vad innebär självstigmatisering och hur kan vi på gräsrotsnivå bidra till att reducera förekomsten? Vår avsikt var att utnyttja evidensbaserade metoder i anknytning till självstigmatisering och förena dem till en modell som mångprofessionellt kan tillämpas i syfte att minimalisera individens medvetna eller omedvetna självstigma. Arbetet resulterade i en resursförstärkande samtalsmetod, innehållande kort med nyckeltermerna i relation till självstigmatisering. Handledaren förses med skriftliga rekommendationer för ett lyckat samtal.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: Stigmatisering, självstigma, hot, risk, empowerment, motiverande, resursförstärkande, företräderskap

---

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijät: Bussman Jasmine, Lindberg Daniela, Norräng Mikaela, Nyman Jenna

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Hoitotyön koulutusohjelma, Turku

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Hoitotyö

Ohjaaja: Heli Vaartio- Rajalin

Nimike: Voimavaroja vahvistava keskustelu itse-stigmatisoinnin riskien ehkäisyyn

---

Päivämäärä 09.05

Sivumäärä 55

Liitteet 8

---

Tämä opinnäytetyö käsittää asiakkaan riskejä, pelkoja ja uhkia sosiaali- ja terveyshuollossa. Opinnäytetyö on osa projektia *HOT- rädslor, risker och mångprofessionellt perspektiv på företräderskap*, joka aloitettiin keväällä 2016 ammattikorkeakoulu Novia:ssa. Projekti tehdään yhteistyössä työelämän tilaajien kanssa. Stigmatisointi ja itsensä leimaaminen on kansainvälinen ilmiö, jolla tutkimusten mukaan on negatiivinen vaikutus henkilön elämänlaatuun. Stigmaisuus voi johtaa henkilön syrjäytymiseen ja päivittäisten asioiden välttelyyn. Informaation, niin kirjojen kuin artikkelien etsinnässä, löysimme 17 artikkelia ja 26 kirjaa, jota käytimme tässä opinnäytetyössä. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on vähentää henkilöiden itse stigmatisointia sosiaali- ja terveyshuollossa, näyttöön perustuvien menetelmien avulla. Opinnäytetyössä määritellään myös olennaiset termit eri näkökulmista, ja vastataan tutkimuskysymyksiin narratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Tutkimuskysymykset opinnäytetyössä ovat seuraavat: mitä itse stigmatisointi tarkoittaa ja miten voimme vähentää ja estää tämän ilmaantumista. Meidän aikomuksemme on hyödyntää jo olemassa olevia näyttöön perustuvia menetelmiä itse stigmatisoinnin vähentämiseksi ja yhdistää nämä yhteen kaavaan. Jota voi käyttää moniammatillisesti ja jonka tavoitteena on vähentää yksilön tietoista ja ei- tietoista itse stigmatisointia. Opinnäytetyön tulos on voimavaroja vahvistava keskustelumenetelmä. Keskustelumenetelmä sisältää kortteja joissa lukee avainsanoja, jotka liittyvät itse stigmatisoinnin vähentämiseksi. Menetelmään kuuluu myös ohjaajan kirjallinen tuki menestyvään keskusteluun.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Stigmatisointi, itsensä leimaaminen, uhka, riski, motivoiva, empowerment, voimaannuttava

---

## BACHELOR'S THESIS

Authors: Bussman Jasmine, Lindberg Daniela, Norräng Mikaela, Nyman Jenna

Degree Programme: Degree programme in Nursing, Åbo

Specialization: Nursing and Health care

Supervisor: Heli Vaartio- Rajalin

Title: Resource reinforcing discussion to prevent self- stigma

---

Date 09.05

Number of pages 55

Appendices 8

---

This thesis is about risks, fears and threats in clients. The thesis is a part of the project HOT-rädslor, risker och mångprofessionellt perspektiv på företräderskap. It started in the spring 2016 at Novia University of Applied Science, as a collaboration together with the project's partners. Stigmatization and self- stigma is an international phenomena that have shown to have an overall negative impact on the individual's perceived quality of life. Perceived stigmatization can result in limitations in everyday context, which can be related to the sense of threat's that individuals choose to avoid. By the data collection, we have come forward to 17 useful articles and 26 books in this thesis. The thesis intention is to proactive and reactive reduce self- stigma in social- and healthcare. In this thesis we describe stigmatization with emphasis on self- stigma. We define the relevant concept's from different perspectives as well as we answer our research questions through a narrative literature review. Our research questions are: What does self- stigma mean and what can we do to reduce the phenomenon on a fundamental level. Our intention is to take advantage of evidence based method's in relation to self- stigma, and combine them into a model that professionals can use in order to minimize individual's conscious or unconscious self- stigma. This resulted in a resource strengthen discussion method. Discussion method content's card's that include specific terms that the client can feel during self- stigmatization. The method includes a written support for the instructor.

---

Language: Swedish    Key words: Stigma, self-stigma, threats, risk, empowerment, motivational, advocacy

---

# Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställningar.....	2
3	Centrala begrepp.....	3
3.1	Hot .....	3
3.2	Risk .....	4
3.3	Rädsla.....	5
3.4	Företräderskap .....	6
3.5	Stigmatisering .....	8
3.6	Självstigmatisering.....	9
3.7	Resursförstärkande arbetssätt .....	10
3.8	Empowerment.....	10
3.8.1	Empowerment som arbetssätt.....	11
3.8.2	Klient empowerment .....	13
3.9	Motiverande samtal.....	14
4	Datainsamling.....	16
5	Data.....	18
5.1	Stigmatisering och självstigma .....	18
5.1.1	Stigmatisering i relation till somatiska hälsotillstånd.....	19
5.1.2	Stigmatisering i relation till mentala hälsotillstånd .....	27
5.2	Reducering av självstigma .....	29
6	Analys.....	31
6.1	Kodning av data .....	33
7	Resultat .....	33
8	Produktutveckling.....	37
8.1	Kort som stöd i samtal .....	39
8.2	Färgpsykologi .....	40

8.3	Produkt.....	42
9	Kritisk granskning .....	45
9.1	Validitet och reliabilitet .....	47
9.2	Etiskt förhållningssätt .....	49
9.3	Hållbar utveckling.....	51
10	Diskussion .....	52
	Källförteckning.....	55
	Bilaga 1. Sökprocess .....	1
	Bilaga 2. Tabell över använda artiklar i innehållsanalysen .....	2
	Bilaga 3. Sammanfattning av all data samt svar på våra frågeställningar .....	3
	Bilaga 4. Rekommendationer för ett lyckat samtal .....	4
	Discussing Self-Stigma: See the human, not the label .....	4
	Bilaga 5. Rekommendationer för ett lyckat samtal (Suomeksi).....	5
	Discussing Self- Stigma: See the human, not the label .....	5
	Bilaga 6. Rekommendationer för ett lyckat samtal (In English) .....	6
	Discussing Self- Stigma: See the human, not the label .....	6
	Bilaga 7. Foto på produkten .....	7
	Bilaga 8. Produkten enligt fiskbensmodellen .....	8

# 1 Inledning

Detta examensarbete hör till beställningsarbetet [HOT.pdf](#), vilket innefattar rädslor, risker samt ett mångprofessionellt perspektiv på företräderskap. Examensarbetet förverkligas våren 2016 vid Yrkeshögskolan Novia i Åbo, och är skrivet av fyra sjukskötarstuderande. Samarbetspartners från arbetslivet är Parkinson-förbundet, Åbolands sjukhus, Turun mielenterveysyhdistys ITU ry, Varsinais-Suomen Sininauha ry, och Åbo stads rehabiliteringsteam för långtidsarbetslösa.

Utgångspunkten för vår arbetsprocess är att utveckla en resursförstärkande metod för att proaktivt<sup>1</sup> och reaktivt<sup>2</sup> reducera självstigma, hos individer med mentala – och missbrukarproblematik, Parkinsons sjukdom, långtidsarbetslösa samt individer med fängelsebakgrund. Vår metod är ämnad för att tillämpas av professionella inom social- och hälsovården. Idén bakom uppkomsten, att i vårt arbete tangera ett internationellt humant fenomen som stigmatisering och självstigma, infann sig snabbt då vi under planeringsskedet diskuterade diverse ämnesområden som berörde HOT-projektets centrala komponenter. Vi har i det egna arbetet inom social- och hälsovården mött ett flertal klienter som av olika orsaker upplevt rädsla, risk eller hotbilder i relation till en allmän stigmatisering eller en självapplicerad sådan. Upptäckten av att en metod med syftet att effektivt minska individers självstigma, till vår kännedom inte existerar, var den avgörande faktorn som startade vår arbetsprocess.

Stigmatisering är ett tidigt identifierat problem. Under 1960- och 1970- talet fanns stora förhoppningar till avvecklingen av stigmatisering. Till exempel inom öppen vård och vård vid vanliga sjukhus, förväntades man reducera alla överdrivna och felaktiga uppfattningar om psykiskt sjuka klienter. Detta problem kvarstår väsentligt oförändrat. Stigma begränsas inte enbart till individer med psykisk sjukdom, utan anhöriga utsätts också. Även personal och samhällsorganisationer som ansvarar för vården av psykiskt sjuka får ofta höra opassande kommentarer (Östman, et. al., 2004, s. 1840).

---

<sup>1</sup> Aktivt förebyggande

<sup>2</sup> Reagerar då något redan aktiverats, motsats till proaktivt

Psykiskt sjuka nedprioriteras och inte så sällan behandlas psykiskt sjuka diskriminerande inom den somatiska vården samt blir inte tillräckligt undersökta eller får den hjälp de behöver. Detta förstärks om klienten har ett föreliggande missbruk. Ett annat exempel på strukturell stigma är att en väldigt liten andel av den medicinska forskningen ägnas åt psykisk ohälsa. (Östman, et al., 2004, s. 1840).

Jämlikheten och lika värde hos alla människor har en lång tradition och bygger på ett naturrättsligt tänkande. 1948 utfärdade FN sin deklaration om mänskliga rättigheter. Trots detta så visar rapporter att sjukvården i många avseenden är ojämlig. Ojämligheten är relaterad till bland annat sexuell läggning, ålder, kön, diagnos, etnicitet, social ställning och funktionshinder. Att vården skall vara jämlik innebär inte att alla skall ha likadan vård, utan vården är individuell och personcentrerad (Ekman, 2014, s. 77) All vård skall utformas tillsammans med klienten så långt det är möjligt. Det viktigaste målet är att främja hälsa för klienten och underlätta det dagliga livet. Klientens egen upplevelse av ohälsa står därmed i centrum (Dahlborg-Lyckhage, 2012, s. 109).

## **2 Syfte och frågeställningar**

Syftet med detta beställningsarbete är att utforma en resursförstärkande och motiverande metod, som kan användas av professionella inom social- och hälsovården, för att motarbeta risken för självstigmatisering hos den enskilda individen. Metoden skall kunna fungera såväl i olika arbetsmiljöer, som ur en proaktiv och reaktiv infallsvinkel. Den skall kunna vara användbar både individuellt och i grupp. Genom att arbeta med temat självstigmatisering kan professionella även minska de rädslor och risker eller upplevelser av hot, som relaterar till fenomenet. En avsikt är att även indirekt kunna påverka de eventuella negativa attityder som kan förekomma bland professionella gentemot minoritetsgrupper eller individer. Det vill säga att som sjukskötare eller övrig professionell inom social- och hälsovården, fungera som företrädare för individernas jämlikhet.



Vi vill veta vad självstigmatisering innebär, hur man som professionell inom social- och hälsovård kan motivera till att minska självstigmatisering och istället förstärka det inre jaget. Våra frågeställningar är följande:

1. Vad innebär självstigmatisering?
2. Hur kan professionella motivera till att minska självstigmatisering hos sina klienter och förstärka det inre jaget?

I arbetet tangerar vi stigmatisering med betoning på självstigma. Avsikten med arbetet är att utnyttja olika, redan befintliga evidensbaserade metoder i anknytning till självstigma och förena dem till en ny metod; ett samtal som leds med hjälp av känslkort och som kan tillämpas mångprofessionellt i syfte att minska klienternas självstigma. Projektets beställare arbetar med vuxna samt äldre som målgrupp och därför har vi valt att avgränsa detta arbete till myndiga vuxna och äldre.

### **3 Centrala begrepp**

För en djupare förståelse av vad arbetets temaområden och terminologi innebär samt dess essentiella betydelse som utgör kärnan i detta arbete, presenteras de centrala begreppen ur olika perspektiv.

#### **3.1 Hot**

Hot kan definieras som en negativ händelse som kan innebära en eventuell förlust av något slag. En hotande situation kan till exempel vara en person som med avsikt vill skada en annan person eller hens egendom, och på så sätt begränsa en annans persons frihet. Hotfullt beteende innebär även användande av kränkande eller förolämpande ord för att medvetet sära en annan person (Businessdictionary, 2016).

Med hot inom vården menar man även verbalt hot eller fysiskt våld. Hotet kan vara riktat mot den professionella eller mot klienten. Det förekommer även situationer där klienten hotar sig själv, exempelvis hotar klienten med självmord. Hotande situationer kan även vara aggressivitet, oönskat sexuellt närmande, användning av skällsord. Brist på respekt för en annan person kan också upplevas som hotande. Individer som lever i ständig rädsla över att något farligt kan hända dem kan uppleva denna kontinuerliga rädsla som ett underliggande hot (Leijon & Svensson, 2013).

## 3.2 Risk

En risk kan definieras som en möjlighet att något oönskat kan inträffa. (NE, 2016) Enligt forskning kan risker inom vården medföra både fysiska och psykiska vård relaterade skador. Till fysiska skador i samband med vården, hör bland annat infektioner, fallolyckor och läkemedelsskador. Till de psykiska skadorna i samband med vården, hör situationer då klienten till exempel känner sig kränkt av vårdåtgärderna eller av den professionella. Forskning visar att risken till fysiska vård-skador är störst på kirurgiska avdelningar. Också bristande kommunikation mellan den professionella och klienten medför risker. Bristande kommunikation har visat sig medföra större antal vård fel, skapa otrygghet och rädslor (Socialstyrelsen, 2011). Läkemedel och dess biverkningar har också visat sig vara en stor risk vad gäller vården och detta framför allt hos äldre. Enligt forskning bedöms det att ca 60 % av fallen borde kunna vara möjliga att förebygga (Socialstyrelsen, 2014).

I relation till den metod som vi vill utforma, är olika risker med samtal och klientmöten väldigt relevanta. Vissa möten har större risk att misslyckas än vad andra möten har. Orsakerna till att de olika risksituationerna är många är att det finns mycket att tänka på för att ett klientmöte/samtal inte skall misslyckas. Inför alla möten och samtal bör man göra en snabb utvärdering av om mötet kan betraktas som riskabelt eller inte. Om risken finns att mötet kan vara riskabelt eller att det kan misslyckas, så bör man fundera vad som kan göras för att minska risken. Man bör fundera ifall det har med en själv som professionell att göra och i så fall eventuellt be någon annan ta hand om mötet istället (Ivarsson, 2015, s. 55-56).

Det kan även vara bra att regelbundet gå på fortbildningar om agerandet i olika möten och samtal, för att undvika känslan av otillräcklig kunskap, osäkerhet eller av att bli angripen i sin professionella roll. Arbetsplatsen skall ha en handlingsplan för olika situationer i olika samtal och möten. Bra kan också vara att diskutera och reflektera med en kollega före, efter och om möjligt också under mötet eller samtalet. Professionella bör alltid komma ihåg den egna säkerheten (Ivarsson, 2015, s. 55-56).

Som sagt är orsakerna till riskabla möten många. Det kan exempelvis handla om trötthet, uppgivenhet och stress (ofta i samband med personalbrist), eller om man vårdar en kollega/bekant. Det kan också bero på felbehandling av liknande klient. Andra faktorer som kan vara riskabla är att man utsätts för konkret hot om våld eller utpressning samt att man blir provocerad av oklar anledning. Möte med en klient som är i chock kan också riskeras att misslyckas. Om klienten är missbrukare eller lider av personlighetsstörning kan möten och samtal bli riskabla, vilket kan ifrågasättas och kopplas till just stigmatisering (Ivarsson, 2015, s. 55-56).

### **3.3 Rädsla**

Rädsla hör till människans baskänslor. Känslan definieras som en kortvarig reaktion som orsakas av en yttre retning. Känslan förekommer oftast av en medveten eller omedveten bedömning av en händelse. Känslor så som rädsla finns till av en orsak, de organiserar och motiverar kroppen till snabba förändringar som är kritiska reaktioner för att överleva och för välbefinnandet. Vissa teoretiker beskriver rädsla som objektiv, till exempel rädsla för rådjur eller dylikt (Mikkola, 2013).

Rädsla anses vara en normal reaktion och förekommer dagligen. Denna känsla är det emotionella svaret på ett omedelbart hot av något slag och dess uppgift är att skydda människan från farorna. Rädsla kan också definieras som en självförsvarsprocess och reaktion när man möter ett hot (Mikkola, 2013).

Som tidigare nämnts är rädsla en av människans grundläggande känslor som behövs för att överleva hotfulla situationer. Vissa människor upplever rädslan som onödigt stor i jämförelse med hur hotfull situationen är, och detta kan leda till att människor får fobier. För att kunna leva och uppleva vår omgivning samt kunna uttrycka oss behövs känslor. Det är svårt att definiera känsla eller känslor eftersom det till största del är frågan om egna upplevelser av vissa situationer vi befunnit oss i, och hur vi fysiologiskt har reagerat i situationen. Vår kropp kan reagera till exempel genom att vår puls snabbt stiger, andningen blir snabbare och vi börjar svettas. Rädsla som förekommer när en hotfull situation upplevs, är en komplex känsla eftersom människan då använder stora delar av det centrala nervsystemet. Efter att en gång upplevt en hotande situation som lämnat en obehaglig känsla, lagras detta i minnet. Efter att hjärnan har lagrat dessa hotfulla situationer i vårt minne, kommer vi i framtiden ihåg vad som gjort oss rädda och vi kommer ihåg hur vi har reagerat. Dessa minnen gör att vi är på vår vakt och uppmärksamma i vissa situationer så att inte samma situation skall upplevas på nytt (Gellerbring, 2016).

Skillnaden mellan rädsla och fobi är att det vid rädsla uppkommer en obehaglig känsla när en viss situation inträffat. Vid fobi har människan utvecklat en stor rädsla med oro och ångest som följd för att man eventuellt kommer att befinna sig i en specifik situation. Redan tanken av en viss situation framkallar ångest hos människor med fobier. Fobi klassas även som en ångestsjukdom och kan kräva vård (Gellerbring, 2016).

### **3.4 Företrädarskap**

Företrädarskap i relation till vårdarbete betyder att den professionella är ansvarig för att skydda klienten och dennas rättigheter, både rättsliga- och moraliska rättigheter när klientens vård hotas. Den professionella skall inte bara skydda klientens rättigheter, utan också verka för hens välbefinnande. Företrädarskap är en process som består av analys, vägledning, reaktion, skyddande och rapportering av felaktigheter. Klientens önskemål om vården och självbestämmande bör analyseras, för att de sedan ska kunna företrädas (Vaartio et. al. 2009, s. 340-362).

Professionella inom social- och hälsovården utför företrädarskap i sin vardag genom att stöda och hjälpa sina klienter utifrån deras behov och önskemål. Det kan till exempel vara frågan om allt från klientens måltider till mera komplexa situationer så som att se till att klienten får möjligheten att leva sin sista tid med värdighet. Sjukskötarens roll som företrädare började utvecklas på 1960- talet. Företrädarskap är en integrerad del av konsten att vårda i den professionella sjukskötarens kompetensutveckling (Begley, 2010, s. 525-532).

Företrädarskap speglar sig på olika sätt beroende på vilka yrkesgrupper inom social- och hälsovården det är frågan om och vilka krav som ställs av klienten. Läkaren samt sjukskötaren förespråkar och fungerar som företrädare mera naturligt inom medicinskt relaterade frågor och problem, socialarbetare täcker ett bredare spektrum av klientens problem såsom ekonomiskt stöd, boende, ersättningar (Bateman , 2001, s. 18).

Emanuel (1992) presenterar en modell vars betydelse baserar sig på växelverkan mellan individer. I praktiken innebär det hur mycket makt klienten använder i förhållande till den professionella. Modellen använder sig av tre synvinklar; *paternalism, informativ och övervägande modell*. I den *paternalistiska metoden* ser man klienten som ett objekt, där klientens önskemål inte spelar någon roll. Professionella inom social- och hälsovården använder sin makt som vårdgivare samt handledare och ger den information som klienten behöver. Klienten ges alltså ingen möjlighet att själv påverka vården, inte annat än att bli vårdad till och med mot sin egen vilja. Maktutövning på klienter baseras i modellen på vårdarnas kompetens. I den *informativa modellen* fokuseras på att professionella inom social- och hälsovården bör erbjuda all information som finns inom området till klienten. Klienten uppmanas att själv bestämma eller välja det alternativ som denne anser sig mest bekväm med. I denna modell har klienten möjlighet att påverka sin egen vård så mycket som denne vill. Klienten kan till exempel välja en sådan vård som förlänger livstiden men kan försämra livskvaliteten. Klienten har alltså makten att påverka sin vård, att lämna vården, och vägra att bli vårdad. Den *övervägande modellen* innebär att professionella inom social- och hälsovården hjälper klienten att välja de vårdmetoder som passar klienten bäst. Professionella inom social- och hälsovården och klienten fungerar båda som jämlika aktörer, det som oroar klienten diskuteras tillsammans och man försöker komma fram till en lösning med hjälp av professionella inom social- och hälsovårdens expertis och kompetenser (Emanuel, 1992).

Professionella inom social- och hälsovårdens uppgift i denna modell, är alltså att fungera som handledare och vägleda klienten att fatta de beslut som klienten känner sig bekväm med. På detta sätt får klienten självständigt utvärdera vilka behandlingar och vårdåtgärder som passar bäst in i dennes livssituation (Emanuel, 1992).

### **3.5 Stigmatisering**

Stigmatisering kan definieras som en samling av negativa attityder och uppfattningar som leder till känslor såsom rädsla, avståndstagande, undvikandet av situationer och diskriminering av individer med till exempel psykisk sjukdom. Stigma leder till att den utsatta personen undviker att leva normalt, umgås och arbeta, samt att individer som lider av en psykisk sjukdom kan ha svårare att få en anställning och ett arbete. Detta leder till låg självaktning, isolering och hopplöshet, samt avskräcker vårdbehövande individer från att söka vård (Östman, et. al., 2004, s. 1840).

Trots alla nya policydokument som säger att individer med psykisk sjukdom ska vara delaktiga i samhället och kunna leva ett liv som alla andra, finns det ändå ett ibland dolt motstånd mot dessa individer. Stigma och diskriminering utgör ett hinder för individer med psykisk sjukdom. Under de senaste decennierna har detta lett till en omfattande expansion av forskning inom området i nordiska länder. Goffman (1963/1972) beskriver termen stigma som att påvisa något nedsättande i personens moraliska status. Stigma skapades av antikens greker och användes som ett synligt brännmärke eller märke av ett stick. Tecknen skars eller brändes på kroppen för att märka bäraren som en utstött person som bör undvikas. Nu är den fysiska brännmärkningen avskaffad och stigma förekommer som social utstötning, ett fenomen som är kopplat till värderingar av roller i samhället. Stigmatiserade individer blir betraktade som mindre värda och uppfattade som avvikande människor. Stigma är socialt konstruerat och egenskaperna/företeelserna som är stigmatiserande varierar mellan olika kulturer (Brunt & Hansson, 2014, s. 67).

Den internationella forskningen av stigma sträcker sig tillbaka till 1960 talet, där Goffman, (1963/1972) och Scheff (1966) märkte betydelsen av och förståelsen för stigmatiseringsprocessen, vilken kan beskrivas som en följd av att ha drabbats av en psykisk sjukdom. Nuförtiden finns ökad kunskap om den sociala och kognitiva processens betydelse för uppkomsten av stereotypier, samt hur denna information kodas, lagras och återskapas. Stigmatisering innefattar fyra nyckelkomponenter; stämpling, att kulturella värderingar sammankopplas med icke önskvärda kännetecken och negativa stereotypier, stämplade placeras i kategorier ("ni och vi") samt eventuell diskriminering och statusförlust. Goffman, (1963/1972) beskriver att stigma är en stämpel som "normala" sätter på dem som avviker socialt (Brunt & Hansson, 2014, s. 68-69).

Stigmatisering är primärt riktad mot grupper i samhället som uppfattas göra ett hot mot säkerheten, hälsan och individuella grundläggande värderingar, beskriver Strangor och Candall, (2000). En viktig synpunkt på denna teori är att ju mer rädsla och ångest som framkallas av hotet, desto starkare stigmatiserande reaktion (Brunt & Hansson, 2014, s. 70).

### **3.6 Självtigmatisering**

Självtigma definieras som en medveten eller omedveten process där personen i fråga håller de egna och omgivningens fördomar av hälsotillståndet för sanna. Självtigmatisering beskrivs som en process där individen förlorar eller ifrågasätter sin forna identitet och ersätter den med en nedvärderande syn på sig själv. Fenomenet innefattar olika känslor, såsom skam, skuld, hopplöshet, förlust av självaktning och en rädsla för diskriminering. Självtigma kan ha negativa effekter på återhämtning efter exempelvis en psykos. Självtigma sammankopplas med låg självkänsla och sämre livskvalitet. Självtigma kan leda till att individen inte vill söka vård, reducerad följsamhet till behandling och känslan av att tillståndet är själv orsakat (Brunt & Hansson, 2014, s. 72).

Självtigmatisering innebär att personen tar till sig och accepterar omgivningens fördomar. Detta kan leda till dåligt självförtroende, skamkänslor vilket kan leda till att personen inte vill söka hjälp för sina problem. Personen kan avstå från att söka arbete, ta kontakt med vården och avbryter behandlingar, undviker sociala tillfällen på grund av hot om kränkning eller diskriminering (Bartonek, 2014).

### 3.7 Resursförstärkande arbetssätt

I det resursförstärkande arbetssättet ligger fokus på de resurser som klienten redan har samt möjligheten att upptäcka dem och utnyttja dem i vårdsammanhang. Redan på 1970-talet diskuterades Antonovskys salutogenes modell för främjandet av hälsa och rehabilitering (Lönnqvist m.fl., 2010, s. 206-207).

Antonovskys modell baserar sig på tre nyckelbegrepp; *hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet*. En copingmetod vid påfrestning som kombinerar kognitiva, beteende, och motiverande komponenter. En stark känsla av sammanhang, även definierad KASAM, bidrar till en starkare förmåga att hantera situationsbundna utmaningar. Modellen anses vara lämplig att användas inom alla vårdområden där målet är att främja hälsa (Antonovsky, 1996, s. 11-18).

Ett resursförstärkande arbetssätt är nära besläktat med diverse stärkande modeller som till exempel empowerment. Resursförstärkande innebär att upptäcka vad som redan fungerar, motivationen som finns samt stöda dessa resurser och stärka dem genom diskussion eller handledning. Diskussionerna kan utspela sig individuellt eller i gruppsamtal. I samtalet läggs stor betoning på det som fungerar, vad klienten har lyckas uppnå genom en positiv utveckling samt analys av goda tidsperioder som varit. Under samtalet är målet även att utreda vad klienten verkligen värdesätter och är beredd att arbeta för. Därefter ställs målen upp i rätt riktning för att stöda den resursförstärkande processen, baserat på klientens utsago om vad hen vill uppnå (Lönnqvist et.al. 2010, s. 206-207).

### 3.8 Empowerment

Ordet empowerment kommer från latin och betyder makt och frihet. Empowerment kan definieras på flera olika sätt, exempelvis att det innebär komponenter som är inriktade att öka människors kontroll över sina liv. Några av dessa komponenter är *makt, kontroll, självtillit och stolthet* (Fossum, 2013, s. 200-201). Empowerment är personcentrerat och handlar om ömsesidig respekt mellan klient och professionell inom social- och hälsovård. Man utbyter information och har en antiauktoritär relation (Fossum, 2013, s. 202).



Trots många definitioner så är det centrala för alla definitionerna att individer med behörighet, det vill säga professionella inom social- och hälsovården, bör utföra sina arbetsuppgifter på ett meningsfullt sätt. När man pratar om hälsofrämjande empowerment utgår den professionella inom social- och hälsovården, ifrån att klienterna har de resurser som behövs för att bibehålla sin hälsa och sitt välbefinnande (Fossum, 2013, s. 200-203).

Empowerment är en process där fem beståndsdelar står i fokus; *kontroll, kompetens, självförtroende, bidragande och deltagande*. Individen upplever att hen har makt att påverka omgivningen samt själv har kompetens till att få till stånd förändringar som stillar hens behov. Den inre styrkan och självkänslan som självförtroende innebär, bidrar till ovanstående. Individen ser sina egna resurser och omfamnar dem genom den bidragande komponenten. Den deltagande biten betyder att personen i fråga kan se den stora helhetsbilden och sig själv som en del av den (Andersson & Hedman, 2014, s. 259).

### **3.8.1 Empowerment som arbetssätt**

Empowerment är viktigt både för professionella inom social- och hälsovården och för klienten, eftersom det skapar förutsättningar för en effektivare arbetsrelation, som kan leda till en mer optimal funktion och en bättre hälsa hos klienten. Genom att professionella inom social- och hälsovård använder sig av empowerment, kan hen ha en mera positiv inverkan på klientens känslomässiga tillstånd, som i sin tur kan ha påverkan på klientens hälsoresultat. Empowerment är alltså en metod som används inom social- och hälsovården när man vill arbeta hälsofrämjande. När metoden används ges olika former av stöd, som till exempel ett samtal med syfte att hjälpa klienten att ta kontroll över sina egna levnadsvanor (Gustafson, 2014).

Den professionellas uppgift är att hjälpa klienten att själv identifiera de problem som klienten behöver utveckla samt att uppmuntra till att själv komma på förslag hur dessa mål skall kunna uppnås för att det skall resultera i en bättre hälsa och i bättre levnadsvanor (Gustafson, 2014).

Ett arbetssätt som är mer empowerment inriktat, har påvisats minska stigmatiseringens effekter hos individer som lider av psykisk sjukdom och hos individer som aktivt får stöd och själva tar ansvar över sin livssituation. Det är viktigt att aktivt motverka stigmatisering

och dess effekt på individen. Allmänhetens medvetenhet och kunskap om psykisk ohälsa är viktigt och där spelar massmedia stor roll. Det är nödvändigt att finna konstruktiva samarbetsformer för saklig information. Återhämtning bör användas som ett centralt begrepp. Varje individ med psykisk sjukdom ges ett hopp om återhämtning även om det inte alltid innebär totalt tillfrisknande. Det skapar en optimistisk och positiv inställning som motverkar all negativitet som ligger till grund för stigma (Östman et.al. 2004, s. 1840).

Empowerment handlar om att identifiera och locka fram inre kraften som klienten redan har. För att kunna utföra ett samtal med klienten så bör man tänka på följande aspekter. Första intrycket är avgörande, om man kommer att komma överens. Det är svårt att skapa ett gott förtroende om första intrycket är negativt. Grundstenarna för att få till stånd en god kommunikation är professionalism och empati. Att kunna lyssna utan att tappa sin professionella hållning och känna empati istället för sympati är väldigt viktigt i möten med klienten. Kroppsspråket står för 60 procent av budskapet, rösten för 30 procent och ordet för 10 procent i en kommunikation. Att lyssna som sjukskötare handlar om genuint intresse för klienten och man samtalar jämlikt, på en medmänsklig nivå. Efter ett gott bemötande och i en trygg miljö så vågar klienten berätta om sin situation och kan tillsammans uppnå målet säkrare samt fortare (Ivarsson, 2015, s. 35-37). Om klienten från början känner sig väl omhändertagen av sjukskötaren eller andra professionella inom social- och hälsovården, så vågar hen öppna sig under samtalet. Om professionella inom social- och hälsovården ger ett empatiskt och trovärdigt intryck så vågar klienten berätta mer, vilket ger en fördjupad diagnostik och bättre möjligheter vid behandling. Fungerande kommunikation är ett säkert sätt att undvika situationer där klientsäkerheten hotas (Ivarsson, 2015, s. 43).

Det som står i grund för alla möten med klienten är tankesättet: att bemöta andra som man själv vill bli bemött. För att vården skall vara lyckad så måste klienten känna sig delaktig, empowererad, förstådd, trodd och jämlikhet. Som professionell inom social- och hälsovården bör man visa respekt för klientens autonomi och integritet, samt vara närvarande och visa empati och nyfikenhet. Viktigt är att se till att diskussionen är en dialog och inte en monolog (Ivarsson, 2015, s. 47). Ifall klienten har en tolk, anhörig eller assistent med sig, är det viktigt att man som professionell presenterar sig, har ögonkontakt med klienten, inte visa stress och att man alltid pratar till klienten. Lyssna och repetera det som sagts och se till att du förstått allt rätt, fråga hur klienten uppfattar situationen, undvik att använda fackspråk och avsluta diskussionen med att sammanfatta samtalet. Lova aldrig något du inte kan hålla

(Ivarsson, 2015, s. 48-49). För att uppnå ett gott möte med klienten, skall man visa respekt, mänsklig värme, empati och kunskap om ämnet för att vården skall bli adekvat (Ivarsson, 2015, s. 54).

### 3.8.2 Klient empowerment

Det finns även något som kallas klient empowerment. Det kan uppnås genom bekräftande möte mellan klienten och den professionella. Grunden för det är; *samarbete, respekt, tillåtelse, ansvar och empati*. Klienten blir specialist med unik kunskap om egenvården. Klient empowerment innebär att man som professionell förstärker klientens inre kraft för ett aktivt deltagande och medbestämmande i vården (Klang- Söderqvist, 2013, s. 155-156).

Royal college of nursing placerar klient empowerment bland de centrala uppgifterna för sjuksköterskan. För att åstadkomma en effektiv empowerment så krävs det att både personalen inom social- och hälsovården och organisationen ändrar sina föreställningar, värderingar samt beteenden. För att klienten skall kunna anpassa sitt liv till en ny situation så kräver det ömsesidigt förtroende och kunskapsutbyte mellan den professionella och klienten. I litteraturen finns också begreppet klientcentrering, vilket syftar till att klienten blir delaktig via samtalet. Klientcentrering och empowerment utgör grunden för motiverande samtal. Synonymer till empowerment är klientkraft, egenmakt och delaktighet. Klienterna är empowerade när de har kunskapen, förmågan och attityden till att förändra det egna beteendet och förbättra livskvaliteten (Klang- Söderqvist, 2013, s. 137).

Processen som leder till egenmakt skall ske i ett samspel mellan klienten och den professionella. Klienten förväntas att få förmåga, kraft, kompetens, mod och en känsla av att ha rätt till att själv fatta beslut så långt som möjligt om sin egenvård. Resultatet förväntas öka klientens aktivitet, minska osäkerhet och stress, samt förstärka läkningsprocessen. Sammanfattning av de tre principer som stöds av social- och hälsovårdslagen som är viktiga när det gäller klient empowerment är; *hälsofrämjande åtgärder bör vara i överensstämmelse med vad klienten anser ha betydelse, båda parter bör arbeta tillsammans med att lösa aktuella problem och fatta beslut om vad som behöver och kan göras, de hälsofrämjande åtgärderna bör överensstämma med en allmän hälsopolicy för att den skall kunna fungera på ett betryggande sätt*. Lagen säger att vården skall utgå från en helhetssyn. För att uppnå

empowerment så skall klienten få tillgång till kunskap, förstå vad som är rimligt att göra, bli bekräftad av personalen som individ och i sitt tänkande (Klang- Söderqvist, 2013, s. 138).

### 3.9 Motiverande samtal

Motiverande samtal grundades av psykologen William Miller och metoden härstammar ursprungligen från 1980- talets missbrukarvård (Klang- Söderqvist, 2013, s. 210). Motiverande samtal är en personcentrerad och målinriktad metod som används för att stöda klienter till en livsstilsförändring. Som professionell inom social- och hälsovården, måste man lyssna och försöka förstå klientens situation och inre vilja att förändra sitt liv. Målet är att stärka klientens egenkraft, empowerment och self-efficacy. Self-efficacy innebär att stärka tilltro till den egna förmågan (Klang- Söderqvist, 2013, s. 213).

Vad menas egentligen med ordet motivation? Motivation är situationsspecifikt och mycket beroende på vad som föreslås. Motivation består av flera olika beståndsdelar, kan ses som en benägenhet till ett visst beteende och definieras som ”... sannolikheten att en person påbörjar, fortsätter och upprätthåller en specifik förändringsstrategi” (Klang- Söderqvist, 2013, s. 122). Motivationen kan variera stort, från dag till dag eller mellan årtider. Ett vanligt fel professionella gör är att anta att klienten är motiverad, istället för att fråga klienten själv vilka lösningar som kan fungera för just hen (Klang- Söderqvist, 2013, s. 122).

Ordet motivation har två innebörder, det första är motiv, det vill säga vilka anledningar klienten har för att förändra sina vanor, den andra innebörden handlar om rörelse (ur engelskans motion), det vill säga rörelse i en viss riktning, rörelse om att färdas mot ett mål och uppnå mål. En bra målsättning skall vara realistisk, specifik, mätbar och bestå av både kortsiktiga och långsiktiga mål. Känslan av att beteendeförändring är riktigt eller möjlig, ger bättre självförtroende och ökar på motivationen till att vilja förändras (Klang- Söderqvist, 2013, s. 123). Detta kan göras tillexempel med hjälp av motiverande samtal. Principer för beteendeförändring inom vården är olika strategier för att uppmuntra klienten till beteendeförändring av livsstilsvanor (Klang- Söderqvist, 2013, s. 121). Den centrala rollen för att uppmuntra klienten till beteendeförändring är att skapa och främja klientens motivation till en förändring (Klang- Söderqvist, 2013, s. 123).

Kommunikationstekniker vid motiverande samtal är att *bekräfta, ställa öppna frågor och att reflektivt lyssna*. Som professionell kan man bekräfta klienten genom kroppsspråk eller verbalt, ta ögonkontakt, positiv respons, uttryck av tilltro och att lyssna. Som professionell gäller det att alltid ställa öppna frågor som ger möjlighet för klienten att svara på ett bredare spektrum och inleda frågorna med frågeorden hur, vad, vilka, berätta eller beskriv. Reflektivt lyssnande är aktivt lyssnande och visar att lyssnaren försöker förstå och vill stöda (Klang-Söderqvist, 2013, s. 213). Motiverande samtal används på ett strategiskt sätt. Man utgår från ett klart och uttalat mål när man skall förändra ett hälsobeteende (Rollnick, et. al. 2009).

Kommunikationen sker i vägledande stil på följande sätt: fråga klienten och försök lära känna denne lite grann, informera klienten om vilka alternativ som finns och vilket som är lämpligast för klienten, lyssna på klienten och visa respekt för vad hen vill göra och erbjud hjälp och stöd. Med hjälp av vägledande får klienten stöd till förändring och följsamhet till behandlingen ökar (Rollnick et.al. 2009).

Lars Forsberg som skriver för Läkartidningen, berättar att det finns bevisat att motiverande samtal fungerar betydligt bättre än vanlig rådgivning. Lars pratar om klienter i sin artikel, men kan i princip vara vem som helst, eftersom motiverande samtal numera används inom så gott som alla områden och inte bara inom missbrukarvården, som från första början var meningen. Motiverande samtal är ett intressant ämne för både kliniker och forskare och metoden sprids nu från land till land (Forsberg, 2006).

I en ny analys har motiverande samtal och enbart traditionell rådgivning jämförts. Forskarna har kommit fram till att motiverande samtal är till större hjälp vid olika beteendeproblem och sjukdomar. Syftet med motiverande samtal är att främja motivation och beteendeförändring. Miller, hävdar att motivationen hos den du pratar med kan påverkas, redan bara genom interaktion med dig som professionell. Miller menar att ifall klienten gör motstånd till förändring och säger sig vara ointresserad, så kan det vara en reaktion på dig som professionell. Motståndet ses som en markör för dålig prognos när det gäller motiverande samtal, och en allvarlig signal som säger att du helt enkelt måste byta strategi för att motivera klienten (Forsberg, 2006).

Motiverande samtal är som metod personcentrerad, vilket betyder att det inte är samtalsledaren som är i fokus, utan klienten. Kärnan i den motiverande metoden är att locka fram motivation till förändring. Förändring på både långt och kort sikt. I motiverande

samtalet försöker samtalsledaren stärka motivationen till förändring hos klienten (Holm & Ortiz, 2013, s. 12-13).

Personcentrerad vård beskrivs som en identifiering av klientens mänskliga resurser. Genom att lyssna på klienten kan man tillsammans stöda klientens självkänsla samt vilja. personcentrerat förhållningssätt är ett förhållningssätt där den professionella inom social- och hälsovården inte är inställd på att styra klienten mot ett bestämt mål, utan tillsammans med klienten utgå från hens situation och diskutera sig fram till vad som bäst passar klienten (Klang- Söderqvist, 2013, s. 191).

Motiverande metoden baserar sig på tre kommunikationsstilar, eftersom Miller och Rollnick, grundarna till motiverande metoden, menar att alla, dagligen och helt naturligt i vardagen alltid använder sig av dessa tre stilar när vi kommunicerar. Den professionella *följer, styr och vägleder*. Den *följande stilen* innebär att samtalsledaren mest lyssnar. Här frågas och informeras det mycket lite. Den *styrande stilen* innebär i sin tur att samtalsledaren helt och hållet tar kommandot, informerar och ger råd. Den styrande stilen går i stort sätt ut på att berätta vad folk ska göra och varför. I den *vägledande stilen* lyssnar, uppmuntrar och informerar samtalsledaren. Den viktigaste grundstenen i den motiverande metoden är andan. Motiverande metoden har sina rötter i humanistisk psykologi och den utgår från att människan kommer till världen med en potential som hen strävar efter att utveckla (Holm Ivarsson & Ortiz, 2013, s. 13-17).

Alla människor har viktiga förmågor och erfarenheter och har själva den bästa lösningen på hur de kan förändras. Samtalsledarens uppgift är att motivera och stöda till förändring. Samtalsledaren visar respekt, erbjuder sig att samarbeta och framkallar förändringsprat. Dessutom ska samtalsledaren lyssna med nyfikenhet, medkänsla och respekt och acceptera den andra. Som samtalsledare skall man inte yttra sig om vad som är rätt eller fel eller hur det skall vara (Holm Ivarsson & Ortiz, 2013, s. 13-17).

## **4 Datainsamling**

En av de viktigaste sakerna vid skrivprocessen till examensarbetet är att det skall vara välavgränsat och inte omfatta för stora områden. Avgränsningarna kan till exempel gälla

antalet frågeställningar som tas upp eller antalet metoder som använts i texten (Ejvegård, 2009, s. 28).

Gray (1998) beskriver en narrativ undersökning som ett samlande av berättelser och beskrivningar till datainsamlingen eller som verktyg för att utforma ett forskningsprojekt. Insamlingen och tolkandet av data formar en process med ett så kallat meningsskapande syfte. Ett narrativt perspektiv är väsentligt att utgå ifrån då skribenten önskar en djupare beskrivning av mänskliga drag (Bell & Waters, 2016, s. 34-35). En narrativ litteraturoversikt anses därmed som en lämplig metod att utgå ifrån då vårt arbete beskriver ett humant fenomen och dess individuella påverkan. De uppställda frågeställningarna utgör ett meningsskapande syfte då vår avsikt är att reducera självstigma och förstärka individens inre-jag.

I litteraturoversikten har vi skribenter använt oss av litteratur i form av 26 böcker från Tritonia, 17 vetenskapliga artiklar/ internationella forskningar samt internet källor. Litteraturen är avgränsad genom att vi hållit oss till ämnesvalet och arbetets nyckelord; stigmatisering, motiverande samtal, empowerment och resursförstärkande. För att arbetet skall vara evidensbaserat har vi sökt vetenskapliga forskningar från pålitliga källor så som EBSCO, PubMed, Google scholar. Valt peer reviewed, abstract, full text och references available. Artiklarna är valda inom tidsramen 2004-2016, dock två artiklar från 1990-talet. De är båda relevanta än idag och är därför inkluderade. Sökorden har varit följande; empowerment, theory, motivational, interviewing, henkilökunnan pelko, fear\*, risk\*, stigmatisering, stigmatization, stigma\* self-stigma, reduce\*, motiverande samtal, prevent\*, advocacy\*.

Sökorden har kombinerats på olika sätt. Eftersträvan har varit att använda artiklar som är grundade på kvalitativ forskning och avgränsat sökningen genom att fylla i full text, peer reviewed och använda artiklar som är skrivna 2010 framåt (dock någon enskild artikel från 2004-2007), för att därmed hitta så aktuella artiklar och så aktuell forskning som möjligt (se bilaga 1). Ett flertal sökningar har resulterat i en stor mängd träffar, men efter att ha läst abstrakten på första sidans alla artiklar och redan då funnit relevanta artiklar för examensarbetet, har vi valt att lämna övriga.

Innan skrivande av själva arbetet, startades själva processen med att söka vetenskapliga artiklar som handlade om rädslor, risker, hot, företräderskap, proaktivt, reaktivt och

stigmatisering, så att en grund till inledningen och en bakgrund till själva arbetet kunde fastställas. Sökord på engelska har använts för att få så många resultat som möjligt. Kravet på böckerna har varit att också de bör vara skrivna på 2000 – talet, dock kan vissa vara äldre på grund av att metoderna är äldre och används än idag. Innehållet hålls oförändrat. Sökvägarna bifogas (bilaga 1) efter källförteckningen. Artiklarna som används är främst grundade på kvalitativ forskning, men någon enstaka kvantitativ artikel förekommer också.

## **5 Data**

I detta kapitel tangeras stigmatisering och självstigma samt hur professionella inom social- och hälsovården kan reducera klienters självstigma. I de använda artiklarna framkommer stigmatisering i ett flertal olika sammanhang samt ur olika perspektiv. Vi har valt att inkludera artiklar som även berör övriga hälsotillstånd eller livssituationer, än endast de som motsvarar arbetslivets representanters klienter. Motiveringen till detta val är att vi vill lyfta fram självstigmatiseringens allmänna förekomst. Självstigma kan upplevas av så många olika klienter, även hos individer med somatiska tillstånd som exempelvis tarmsjukdomar. För allmänheten kan detta vara överraskande. Genom att inkludera forskningar och respektive resultat för reduktion av självstigma, som berör fenomenet ur ett så brett perspektiv kan vi även utveckla vår metod därefter. En metod som kan tillämpas för att reducera alla individers självstigma oberoende av bakomliggande orsak för uppkomsten av detta.

### **5.1 Stigmatisering och självstigma**

Stigmatisering definieras som en upplevelse av individen själv medan begreppet överlag är relaterat till en attityd där omgivningen bemöter en person annorlunda på basis av den egna attityden gentemot denne. Stigmatisering är därmed relaterat till en attityd. Michail Bachtin (1895-1975) rysk filosof och litteraturvetare, presenterade i ”theory of dialogism” att en individs handlande baserar sig på dennes kultur samt existens. Bachtin diskuterade i sitt arbete att det existerar en bestämd ansvarsordning för samvaron, då individer med respektive olika identiteter möts. Individerna delas in i olika underkategorier på basen av de olika egenskaperna. Individens agerande bestäms utifrån själva existensen samt kulturen, alltså det som händer i en specifik situation under en bestämd tid, relaterat till



det som redan skett samt det som i framtiden kommer att hända. Bachtins teori om existensens och kulturens effekt på en individs handlande i specifika situationer lämpar sig väl att placeras som en bit av stigmatiserings-pusslet, där omgivningens attityder påverkar individens upplevelser (Skärsäter red., 2014).

### **5.1.1 Stigmatisering i relation till somatiska hälsotillstånd**

J. Engebretson (2013) undersökte genom litteraturoversikt, stigmatisering i förhållande till sociala processer samt dess påverkan på kroniska sjukdomar. Engebretson definierar stigma som en social stämpel med en negativ påverkan på respektive individ. Stigmatisering ses som någonting skamligt, oönskat, ovärdigt eller farligt. Den sociala processen som följer av att märka eller stämpla en individ som avvikande, dvs. Att stigmatisera. Det innebär ofta, på en allmän nivå att individen inte anses vara kapabel till att fullfölja en viss social roll i samhället. För den utsatta individen leder fenomenet till bl.a. förändringar i den egna identiteten, känslor av skam och låg självkänsla. Engebretson hänvisar till Green (2009) som skriver att stigmatisering förekommer både vid synliga eller osynliga hälsorelaterade tillstånd som mer eller mindre kan dömas av omvärlden eller individen själv, i form av självstigma. Synliga tillstånd kan vara, tydliga fysiska deformationer medan osynliga kan vara diabetes och HIV. Individer med osynliga sjukdomar tas emot av samhället som så kallade normala människor medan de själva lever i rädsla för att deras respektive tillstånd skall upptäckas och förändra omvärldens attityder om dem som individer. Exempelvis individer med HIV/AIDS har ansetts få skylla sig själva för sin sjukdom. Stigmatisering kan även förekomma i ett senare skede då personens sjukdomsförlopp framskridit och lett till mer synliga symptom. Processen vid stigmatisering börjar med negativa attityder gentemot en viss grupp, en stereotyp tar form. Stereotypin leder till fördomar, rädsla och ilska (Engebretson, 2013).

Engebretson hänvisar i sin text till Corrigan, Rafacz och Rusch (2011), som har presenterat en fyra-steps modell för hur självstigmatisering utvecklas hos en individ. Första steget innebär att personen är medveten om en befintlig stereotypi som kan relateras till sig själv. I det andra steget är personen överensstämmer med den negativa stereotypen. För att sedan applicera fenomenet på sig själv och slutligen lida av en försämrad självkänsla. Genom att hålla med om stereotypin kan personen bl.a. ha svårt för att få arbete eller gå miste om övriga livs möjligheter. Det samma gäller omvänt, då en stigmatiserande och

diskriminerande attityd kan leda till att den berörande individen inte t.ex. anställs. Problemet med stigmatisering bör uppmärksammas av dem som vårdar klienter med kroniska hälsotillstånd. De sociala och individuella problemen som uppstår i samband med stigma har en betydelse på flera olika nivåer, bl.a. etiska, kliniska och förståelse överlag. Det är viktigt att sjukskötare skulle få en bättre förståelse för problemen kring stigma samt klienters erfarenhet av stigma. Det kan gynna vården för klienter med kroniska sjukdomar, om ämnet uppmärksammas, hur klienterna handlar i vardagliga situationer och eventuellt stigma. Engebretson efterlyser även mera forskning i stigma kontra kroniska hälsotillstånd (Engebretson, 2013).

Den synliga och osynliga stigmatiseringen i samband med kronisk sjukdom, närmare bestämt Parkinsons, har forskats av Hermanns (2013). I forskningen användes intervjuer, observationer och fältarbete. Sju män och sju kvinnor med Parkinsons sjukdom deltog. Syftet var att undersöka samt förklara hur dessa 14 individer uppfattat stigma relaterad till deras sjukdom. Det verkar vara ett allmänt fenomen att individer med Parkinsons sjukdom ses negativt av samhället samt blir stämplade. Detta kan även leda till mindre tillgängligt stöd och sympati för dem. En typisk stereotypi bland Parkinsons sjukdom är att det är ”de gamlas sjukdom”. För deltagarna i studien hörde den så kallade ansiktsmasken, till de tydliga stigmatiseringsmanifestationerna. Ett av de tydliga dragen i sjukdomen som leder till social isolering. Då de förlorar förmågan att kommunicera både verbalt samt icke-verbalt. Deltagarna klagade på problem som var relaterade till sociala relationer samt kommunikation överlag. Då en person inte verbalt kan uttrycka sig, tenderar individens avsikter att bli ifrågasatta av omgivningen, vilket även kan pressa till social isolering. Hermanns forskning resulterade i att alla 14 deltagare uppgav sig ha upplevt stigmatisering i förhållande till deras sjukdom. Hermann hänvisar till ett mätinstrument, SSCI (stigma scale for chronic illness) som utvecklades redan av Rao et al. (1999) för att mäta stigmatisering hos individer med kroniska sjukdomar. Hermann antyder att SSCI kan vara av nytta för individer med Parkinsons sjukdom och stigma. En betoning läggs ännu på sjukskötaren och hans professionella position som ypperlig, för att genom företräderskap – utbildning kunna påverka både den egna samt övrigas attityder vad gäller Parkinsons sjukdom och stigma. Genom att tillämpa ett holistiskt närmande i utvärderingen av personen, kan även stigmatisering avslöjas. Slutligen väddar Hermann efter ytterligare forskning, att kunna utveckla stigmatiserings reducerande metoder samt förbättrandet av livskvaliteten.

Empowerment i relation till självstigmatisering har ett mycket viktigt samband, som en positiv påverkan. (Hermanns, 2013).

För att undersöka relationer mellan demografiska variabler inom social- och hälsovårdssystemets misstro mot lungcancer samt stigmatisering mot rökande lungcancer klienter. Stigmatiseringen av rökande individer påverkar negativt och gör att denna person kanske inte tillräckligt snabbt söker vård, när eventuella symptom på lungcancer börjar upplevas. I Carter-Harris et al. skrivna artikel framkommer det att det förekommer variabler som påverkar självstigmatisering hos rökande lungcancer klienter. Dessa är social- och hälsovårdssystemets misstro gentemot dessa individer samt stigmatisering vid lungcancer och samtidig rökning. Det framkommer även i ett pilottest att dessa variabler är potentiella faktorer som påverkar den rökande personens beteende genom att fördröja sökandet av vård vid uppkomsten av lungcancer symptom. Det framkommer att lungcancer stigmatisering är relaterat till en intern beskyllning, det vill säga självstigmatisering. Lungcancer som är associerat med rökning upplevs som självförvållat och har en hög dödlighet eftersom stigmatiseringen som är associerad med sjukdomen är av stor betydelse. I jämförelse med klienter som insjuknat i bröst- eller prostata cancer, är lungcancer klienterna mer benägna att ha en högre skuld känsla, sämre självkänsla och mera mental missanpassning. Genom att beskylla sig själv och självapplicera stigmatiseringen påverkar det beteende hos klienter med lungcancer på hur snabbt individen söker sig till social- och hälsovården. Detta betyder dock inte att det skulle förekomma olika beteenden i samband med lungcancer klienter. Rökning kan fungera som en barriär på individens beteende för att söka vård. Några allmänna påverkande faktorer när det gäller social- och hälsovårdens stigmatisering av klienter med lungcancer eller symptom av detta, är klientens ekonomiska status, etnicitet samt den sociala statusen. Tyngdpunkten av stigmatisering påverkar lungcancer klienter på följande vis, hur snabbt dessa individer söker sig till social- och hälsovården vid uppkomst av lungcancer symptom. Många klienter är medvetna om stigmatisering och är rädda för risken att bli stigmatiserade inom vården. Detta är en av orsakerna till att rökare eller fördetta rökare med uppkomst av symptom av lungcancer ofta har en mera längre skriden cancer diagnos, än klienter som inte rökt. Rädslan över risken att bli stigmatiserad orsakar ett hinder för en snabb diagnos samt behandling för dessa klienter. I artikeln har Carter- Harris kommit fram till ett behov av att stöda samt utveckla folkhälso- medvetenheten kring stigmatisering av lungcancer. Detta eftersom problemet historiskt har vuxit fram i den missuppfattningen att lungcancer enbart är självförvållat samt orsakat av cigarrettrökning. Genom att sprida

vetenskap till allmänheten om att människor som aldrig har rökt även utvecklar lungcancer. Detta skulle vara ett effektivt sätt att förebygga stigmatisering mot lungcancer. Genom att ta tag i detta kritiska problem som förekommer hos människor som är rädda för att söka vård, eftersom de inte vill ta risken att bli stigmatiserad. Dessa människors vård resultat kunde bli mycket bättre genom att klienten i god tid skulle våga kontakta social- och hälsovården (Carter-Harris, 2014).

Stigmatisering samt diskriminering mot individer med fetma är ett omfattande problem som kan inverka stort på individers psykiska och fysiska hälsotillstånd. Stigmatisering mot överviktiga individer förekommer mycket trots att vetenskapen i decennier har dokumenterat stigmatiseringens konsekvenser mot just överviktiga individer. Överviktiga individer blir ofta beskyllda för att deras övervikt är självförvållat, vilket ger uppfattningen att stigmatisering mot överviktiga individer är försvarbart och på det viset kan motivera individer mot en sundare livsstil. I artikeln undersöks bevis för att kunna åtgärda samt reducera dessa antaganden. Stigmatisering av individer med fetma skulle leda dem mot en positivare livsstil. Snarare är stigmatisering mot individer med fetma ett hot mot personens hälsa genom att generera hälso- skillnader, samt har en negativ effekt mot fetmans ansträngningar. Detta understryker vikten av stigmatisering som både en socialt rättvis fråga samt en prioritet för folkhälsoorganisationen. Stigmatisering av fetma är genomgripande, skadligt samt hotar kärnan i folkhälsoorganisationens värld. Mängden av övervikt och fetma växer konstant och är som högst i USA där fetma förekommer hos 76 % av befolkningen. Detta betyder att genom att ignorera stigmatiseringen mot individer med fetma, ignoreras även hälsoorganisationernas betydande av lidande hos många amerikaner samt även individer runt om i andra länder. För att effektivt åtgärda denna fetmaepidemin och förbättra folkhälsan skulle det vara till nytta att utmana den gemensamma samhällseliga antagandet att upprätthålla stigmatisering av fetma, och i stället prioritera att diskutera om stigmatiseringen kring fetman på en nationell nivå. Detta för att kunna förebygga stigmatiseringen av individer med fetma (Puhl, 2010).

I Nederländerna undersöktes huruvida upplevd stigmatisering minskar på livskvaliteten hos Klienter som lider av neuromuskulära sjukdomar. Undersökningens design var en tvärsnittsstudie där samplet bestod av 235 klienter (svarsfrekvens 75%) diagnostiserade med neuromuskulära sjukdomar. Klienterna svarade genom att fylla i frågeformuläret ”*The stigma scale for chronic illness*”. Studien resulterade i en statistisk analys där 86% av

deltagarna hade upplevt stigmatisering. 64% hade upplevt en antagande stigma. Livskvaliteten värderades från måttlig till god. Deltagarna som ansåg sig uppleva en stark stigmatisering, upplevde även en sämre livskvalité än de övriga. Forskarna uppger sig även ha funnit evidens på att självstigmatisering har en starkare effekt på alla komponenter som påverkar livskvalitén, så som sociala relationer, fysisk funktionsförmåga, psykisk hälsa, kvaliteten på miljön jämfört med den antagande stigman. Detta innebär att deltagarna med neuromuskulära sjukdomar led mindre från den riktiga stigmatiseringen, men mer på grund av skam samt deras rädsla för att bli stigmatiserad. Rädsla för stigmatisering anses av forskarna vara ett viktigare problem än själva risken för att bli stigmatiserad. I artikeln framkom avslutningsvis att det är väsentligt för hälsovårdspersonal med tanke på studiens fynd, att tillägna uppmärksamhet på stigmatisering. Samt tillämpa förebyggande metoder för att minska effekten av stigmatisering på klienter med neuromuskulära sjukdomar och därmed förbättra livskvaliteten (Van der Beek et.al., 2013).

Chelvanayagam (2014) diskuterade termerna stigmatisering och tabun i samband med magfunktion och mag- tarmkanalens sjukdomar. Författaren debatterar definitionerna av stigma och tabu samt diskuterar effekterna av stigma hos individen och olika möjligheter att reducera stigman. Många ämnen såsom döden, sexualitet och även urin inkontinens har varit tabu belagda. Nu diskuterar man mer öppet om ämnena i fråga. Oavsett så är mag-tarmkanalens funktion och sjukdomar ännu en tabu i England. Detta bör ändras, för att mag-tarmkanalens cancer är en av de allmännaste cancersjukdomarna i England som leder till döden. Samhället borde komma över ämnets pinsamhet och prata mer öppet om detta. När något ämne betraktas som en tabu, så pratar individer i samhället inte öppet om det. Ämnet betraktas som opassande vilket leder till undvikandet av att diskutera om sjukdomen. Termerna tabu och stigmatisering används ofta som synonymier för varandra, så är det inte i verkligheten. En definition av tabu; förbjuda en handling, åtgärd, person eller ett objekt. Tabu kan tänkas som en norm eller normer av samhället för att representera den sociala statusen hos individer. En definiering av stigmatisering är inverkan av en tabu och en uppfattning av den berörda personen. Ordet stigma kommer långt tillbaka från Grekland och antyder till en stämpel/brännmärke. Detta användes i antika Grekland för att veta vilken social status individen har och i detta sammanhang användes stämpeln för att märka slavar i.. Stigma används när en individ är stämplad som annorlunda, den hämtar med sig negativa attityder och stereotyper. I och med att mag- tarmkanalens funktioner är en omedveten process, så är det svårt för individen att förstå hur dessa symptom har uppstått. De individer

som lider av sådana problem är redan och upplever att hen är annorlunda, samt avviker från det som kallas normalt i samhället. Hälsotillstånd såsom mentala sjukdomar, inkontinens och HIV/AIDS är tillstånd som inte kan ses utanpå individen som exempelvis ett ärr i ansiktet ses tydligt. På grund av detta har individen ett val och kontroll över sin situation, individen får själv bestämma om hen berättar om sitt tillstånd som kan lätt leda till stigmatisering av samhället (Chelvanayagam, 2014).

Chelvanayagam gjorde en undersökning år 2007 bland kvinnor med ryggmärgsskador och problem i mag- tarmkanalen. Det visade sig att kvinnor som lider av sjukdomar som både innebär en skada i ryggmärgen och mag- tarmkanalproblem upplever både osynlig och synlig stigma. Den synliga stigmatiseringen antyder på fysiska hinder såsom svårigheter att gå i trappor och den osynliga stigmatiseringen antyder på exempelvis inkontinensbesvär. Svararna på undersökningen berättade också att valet av att berätta om sitt osynliga hälsotillstånd ansågs vara empowerande, för att de hade kontroll över sin situation och makten av att själv berätta om de så vill. Individer som lider av crohns sjukdom och IBS (irritable bowel syndrome), kan måsta genomgå operationer, cancerbehandlingar eller får en stomi. Dessa individer planerar ofta sin vardag och exempelvis rutten till jobbet; måste finnas möjlighet att besöka toalett på vägen och så vidare, samt andra saker som medföljer med dessa sjukdomar och kan leda till stigmatisering. Individer som lider av IBS upplever stigma, inte enbart på grund av symptomen av sjukdomen utan också på grund av bristande förståelse från familjen, vännerna och professionella inom social- och hälsovården. De känner att deras tillstånd inte tas på allvar och får ofta höra att ”du inbillar dig”. Dessa upplevelser leder till att individen känner sig stämplad eller utsatt för stigma och undviker sociala tillfällen. Andra hälsotillstånd såsom nedsatt funktion av bäckenets funktioner hos kvinnor som kan leda till livmoderprolaps, prolaps av urinblåsan och inkontinens problem med både urinering och tarmtömning. Detta leder till känslor av skam och självstigmatisering. Skammen och rädsla över att bli stämplad gör att kvinnorna lättare avstår från att söka vård. Om en person på grund av sjukdom är tvungen att låta operera bort en del av sin tarm, det vill säga att operera en stomi. Detta innebär olika dieter för att undvika gasbildning och diarré som kan leda till pinsamma situationer och individen kan utsättas för samhällets stigmatisering. Individer med en stomi kan känna skam över avföringspåsen vilket kan leda till isolering från sin make/maka, familj och vänner. Sådana svårigheter kan leda till exempelvis depression eller andra psykiska svårigheter. Människor med en kronisk sjukdom såsom crohns sjukdom kan ha svårigheter med sociala relationer såsom

arbetsanställningar. Om personen måste vara sjukledig på grund av sin sjukdom så kan det även uppstå känslor såsom skam och skuldskänslor. Personen kan också känna sig smutsig (en vanlig känsla bland människor med en stomi) och på grund av den samhälleliga stigmatiseringen och självstigma så upplever personen diskriminering bland kollegor och som klient i vårdsammanhang. Stigmatisering är relaterat till sämre vård resultat och sänkt självförtroende. Därför är det viktigt att professionella inom vården märker tecken på stigmatisering och minskar på effekten av den (Chelvanayagam, 2014).

Förekomsten av stigmatisering är mest undersökt bland HIV/AIDS- och mentalt sjuka klienter. De senaste åren har man börjat undersöka mer förekomsten av stigmatisering bland IBD (inflammatorisk tarmsjukdom) och sjukdomar som påverkar matsmältningen såsom kroniska autoimmuna sjukdomar. IBD är ett samlingsnamn för inflammatoriska tarmsjukdomar till vilka Crohns sjukdom och colitis ulcerosa tillhör. De är kroniska sjukdomar som påverkar matsmältningsorganen och kan orsaka buksmärta, rektalblödning, diarré och trötthet. I vissa fall kan det även förekomma hud-/ögon inflammationer och ledvärk. Analfistlar förekommer hos ca 30 % av IBD klienter och är den främsta orsaken till smärta. Psykosociala effekter som depression, ångest, sämre livskvalitet och sociala problem är vanligt. Isolering och känslan av att vara annorlunda samt försämrade bild av sin egen kropp är något som också rapporterades. Detta resulterade i sämre vårdresultat och anslutning till sin sjukdom. Stigmatisering bland kroniska sjukdomar såsom HIV/AIDS, mentala sjukdomar, cancer, C- hepatit, epilepsi, spetälska och fetma är förekomsten vanligare. Stigmatisering påverkar hälsan på följande sätt; begränsad tillgång till vård, avvikande behandling, ökad psykiska svårigheter, sänkt självförtroende och sänkt tilltro på sig själv. Stigmatisering leder till frånkoppling från andra individer, förlust av sin sociala status och diskriminering av samhället. Stigma kan förekomma som negativa attityder och stereotyper från samhället och individen kan själv applicera samhällets fördomar vilket leder till självstigmatisering och isolering. Studien visade att 84 % av IBD Klienterna upplevde stigmatisering bland annat genom att känna sig annorlunda, känslor av skam, skuld och misstro både av samhället och professionella inom social- och hälsovården. Exempelvis Klienter som är insatta på sjukhus och klagar på smärta är stämpade av professionella som jobbiga, i behov av hjälp hela tiden, kan inte tolerera smärta eller är enbart ute efter starka värkmediciner. Trötthet och utmattning är ett vanligt symptom bland IBD klienter och detta förstås inte av professionella. Självstigma uppstår då klienten själv applicerar negativa attityder och stereotyper, istället för att avvisa påståenden som falska. Självstigma medför

utanförskap, ifrågasättande och bekräftande stereotyper, diskriminering och social tillbakadragenhet. Klienterna känner sig förstörda över fysiologiska förändringar som sjukdomen medför, såsom viktnedgång, utslag och viktökning. Om klienten har en stomi så kan detta leda till självstigma och i vissa fall leda till känslan av tillfredsställelse i självhanteringen av sin sjukdom. Baserat på denna studies resultat så förekommer stigmatisering hos klienter som lider av IDB på följande vis: klienten vill hemlighålla sin sjukdom och pinsamma symptomen av sjukdomen. Stigmatisering kommer från samhället, läkare och kollegor. Förekomsten av stigmatisering bland klientgrupper som lider av kroniska sjukdomar och hälsotillstånd har börjat synas mer. Tyngdpunkten att reducera stigmatisering har blivit vanligare och detta strävas till att uppnå (Taft, 2016).

Prakash (2016) författare, neurolog och expert inom området för huvudvärk. Prakash lider själv av spänningshuvudvärk och upplever stigmatisering både av sina kollegor samt sin familj. Spänningshuvudvärk är en av de vanligaste formerna av huvudvärk. Författaren tror att ordet spänning bär med sig social stigmatisering, vilket leder till att klienten inte vill acceptera diagnosen de fått. Författaren har själv upplevt stigmatisering från sina kollegor som också är neurologer, huvudvärks experter och andra läkare. Han får för det mesta samma stereotypiska frågor: Hurudan spänning har du? Varför är du så spänd? Spänning är inte bra för hälsan och du skall inte ta så mycket stress åt dig. När författaren svarar att han inte har några spänningar så funderar kollegorna över vad som kan orsaka det. Han blir beskylld över dålig arbetsergonomi, hobbyn och andra orsaker till huvudvärken. De påstår också att författaren inte kan hantera stress. Han får aldrig sympati eller empati av familjen eller kollegor vilket har lett till att han inte vill diskutera saken med någon utan håller problemet till sig själv. Spänningshuvudvärk kopplas ihop med depression, som en personlig svaghet. Klienten accepterar inte sin diagnos, gömmer symptom och avstår från att söka vård på grund av samhällets stigmatisering och syn på detta hälsotillstånd. I denna studie har 50 klienter med spänningshuvudvärk deltagit mellan tidsperioden augusti 2014 och mars 2015. Klienternas svar utgår alla från samma påstående då läkaren diagnostiserar tillståndet till spänningshuvudvärk. Resultatet visade att 64 % av klienterna svarade att de inte upplevde någon spänning/stress, 16 % svarade att de hade lite spänning/stress, 14 % lämnade o-svarat och väntade på att läkaren skulle säga något annat och 6 % frågade vad de skulle kunna göra åt saken. Den första reaktion klienterna hade till diagnosen var att de inte upplevde spänning eller stress. Klienterna har svårt att acceptera diagnosen på grund av samhälleliga stereotyper och stigmatisering. Stigmatisering är samhällets negativa attityder eller



beteenden. Samhället föreställer att klienten själv är orsaken till sjukdomen. Detta leder till skam och skuld känslor hos klienten. I dessa omständigheter döljer klienten symptomen och avstår från att söka vård. Andra sjukdomar som samhället stigmatiserar och anser att individen själv orsakat är HIV, lungcancer och depression. Lungcancer är ihopkopplat med rökning och HIV med personliga behov och ett själviskt beteende. Stigmatisering kan förekomma på olika vis i olika kulturer, samt beroende på utbildning, personliga attityder och åsikter (Prakash, 2016).

### **5.1.2 Stigmatisering i relation till mentala hälsotillstånd**

En empirisk studie utförd av Nicolas Rusch et al. (2006) forskade i fenomenet av självstigmatisering i samband med mentalsjukdom. Frågeställningen lyder; varför vissa individer utvecklar själv diskriminering och dålig självkänsla medan andra förhåller sig likgiltigt till stigmatisering och upplever istället känslan av empowerment. I studien deltog 60 kvinnor med borderline personlighetsstörning och 30 kvinnor med social fobi, de svarade på ett frågeformulär berörande stigmatisering. Resultaten visade att gruppen kvinnor med borderline personlighetsstörning upplevde en starkare identifikation med övriga individer med mentala sjukdomar. Det framkom även att deprimerade individer som upplever diskriminering, verkar leda till att göra individerna mer sårbara av de individer som lider av mentala sjukdomar, samt leder till låg självkänsla och låg upplevelse av empowerment, det vill säga självstigmatisering. De två olika grupperna med borderline och social fobi verkade inte skilja på hur de upplevt diskriminering, forskarna antar att bägge diagnostiska grupper är lika bekanta med den offentliga stereotypi uppfattningen. Forskarnas tidigare hypotes om att identifiering till specifik grupp är relaterad med högre självkänsla samt empowerment kunde dock inte bekräftas i denna studie. Enligt Rusch m.fl. indikerar detta fynd på att det eventuellt inte finns något beskyddande med grupp partiskhet bland individer med mentala sjukdomar, eftersom stigmatisering förekommer hos övriga minoritetsgrupper. De uppmuntrar även till vidare forskning i offentlig stigmatisering bland olika utsatta grupper samt eventuellt förekommande olikheter beroende på kön. Denna studie fokuserade enbart på ett homogent sampel; kvinnor. De efterlyser ännu copingstrategier och emotionella reaktioner som följer. För att minska självstigmatisering samt öka känslan av empowerment bland psykiskt sjuka, bör det enligt forskarna tas reda på och förstå varför dessa individer reagerar olika gentemot social stigmatisering (Rusch et.al. 2006).

En litteraturstudie utförd av Prakash och Mandal (2014) undersökte stigmatisering av mentala störningar och sjukskötarens roll i u-länderna (Asien, Afrika och Öst Europa). Forskarna anser att sjukskötaren är i en unik roll för att genom företräderskap- positivt kunna påverka offentligheten vad gäller attityder och stigmatisering. Prakash och Mandal betonar den bristande forskningen i relation till sjukskötares attityder till psykiskt sjuka i utvecklingsländerna. I litteraturstudien framkom att det råder ett akut behov av att utveckla sjukskötares medvetenhet och kunskap i psykiska sjukdomar samt därmed påverka deras attityder – minska stigmatisering i vården. De lägger även vikt på sjukskötares företräderskap på mikronivå, där sjukskötaren på individuell nivå kan minska attityder till stigmatisering genom att påverka traditioner inom social- och hälsovårdssystemet, till exempel genom vidareforskning om behörighet finns (Mandal & Prakash, 2014).

En undersökning som utförts i Hong Kong, hade som syfte att reducera stigmatisering bland professionella inom social- och hälsovården gentemot klienterna. Psykiatriska sjukdomar såsom schizofreni, bipolär sjukdom och depression samt alkohol och narkotika missbrukare är oftare och avstår från att söka vård. Dessa individer upplever stigmatisering då de söker vård på olika instanser. Stigmatisering innebär fördomar, negativa attityder och diskriminering. Stigmatisering leder inte enbart till att klienten inte vill söka vård eller avboka läkartider, utan det leder också till att klienten själv- applicerar samhällets fördomar och stereotypier till sig själv. Detta kallas självstigmatisering. Undersökningen visar också att individer som lider av schizofreni, bipolär och eller har dubbeldiagnos upplever högre nivå av självstigma än individer som lider av depression eller har ett alkoholberoende. Dessa ovannämnda klientgrupper upplever självstigma och avstår oftare att söka vård. Professionella ansågs ha högre nivå av stigmatisering gentemot klienterna än individer i samhället. Utvecklingen av stigmatisering bland professionella inom social- och hälsovård är relaterad till diagnostiska beslut samt att klienten inte skulle engagera sig till vården. För att reducera detta så behövs mer utbildning och kunskap om ett holistiskt arbetssätt. Professionella bör vara mer positiva gentemot dessa individer och klientgrupper och reducera stigmatiseringen i beteendet (Cheung, 2015).

Watson (2007) undersökte upplevelser av självstigma bland psykiskt sjuka individer i samhället. Individer som lider av en psykiatrisk sjukdom upplever sänkt självförtroende och self-efficacy, det vill säga tilltro till den egna förmågan. Det är viktigt att komma ihåg att alla individer som lider av en psykiatrisk sjukdom inte upplever stigmatisering eller själv-

applicerar samhällets fördomar och stereotyper. Dessa individer reagerar på samhällets stigmatisering genom att bli empowerade eller mer motiverade, medan andra inte behöver beröras alls av stigmatisering. Undersökningen visade att stigmatisering leder till ett sänkt självförtroende och self-efficacy, samt för med sig begränsningar i tillfrisknandet. Vanliga stereotyper gentemot psykiskt sjuka är att individen är farlig och inkompetent. När individen själv applicerar stigmatiseringen så anpassas stereotyperna och fördomarna till sig själv. Detta leder till sänkt socialt nätverk och chansen att reducera självstigma blir mindre. Vilket leder till isolering, arbetslöshet och en sänkt social status. Stereotyper leder till sårad självförtroende, för att reducera samhällets stereotyper så krävs det än beteendeförändring med hjälp av kognitiva beteende metoder. Detta kan lära individen att utmana stereotypierna och reducera dess betydelse för sig själv. Det vill säga inte självstigmatisera (Watson, 2007).

## **5.2 Reducering av självstigma**

De flesta vetenskapliga artiklar som ur olika aspekter behandlar ämnet stigmatisering, betonar ofta att mycket forskning har utförts gällande stigmatisering och mentala sjukdomar, dock ytterst lite om fenomenet i relation till övriga hälsotillstånd vilket diverse forskare inom området har efterlyst i sina rapporter. I nu läget finns inte, till vår kännedom, vetenskapligt bevisade metoder för förebyggande eller minimerande av stigmatisering och eller självstigmatisering.

Mittal et al. utförde år 2012 en litteraturöversikt där syftet var att gå igenom de strategier som då fanns tillgängliga för att minska självstigmatisering hos mentalt sjuka individer. I sin rapport definierar vi självstigmatisering som en negativ respons på stereotyper, där individer med mentala sjukdomar som ex. Schizofreni tar åt sig av stigmatiseringen och accepterar den. Självstigma medför även låg självkänsla, låga förhoppningar, låg effektivitet samt överlag en sämre livskvalité. Självstigmatisering kan uttrycka sig som negativ påverkan på en pågående rehabilitering med tanke på överenskomna mål, socialt umgänge, ett självständigt levande samt kan även tära på det hjälpsökande beteendet hos en individ. Mittal et al. betonar även att det existerar olika nivåer av stigmatisering, förutom självstigma. Forskarna stötte på flera strategier för ingripande av att minska självstigma. Metoderna var alla psykoedukativa eller det kombinerat med kognitiva strukturer, KTB (kognitiv beteende terapi). Modellerna bestod ofta av grupp verksamhet. Vissa metoder tog sig uttryck endast i form av en broschyr medan andra hölls i grupp tillsammans med en tränare eller terapeut.

Flera modeller var ännu då i ett testningskedje med varierande framgång. Deltagarna i alla olika strategi försöken, var endera endast manliga eller både män och kvinnor. De bestod totalt av både inskrivna klienter, öppenvårds klienter, fångar, boenden och klubbmedlemmar. Alla inkluderade strategi försök, totalt 13 st., utfördes mellan åren 2002-2011 i USA (på åtta olika platser), Canada, Storbritannien, Australien, Finland och China. En av modellerna, presenterad av Link et al. gick bland annat ut på att deltagarna delade med sig av sina erfarenheter och diskuterade beteende strategier. Andra metoder utgick ifrån en hel del upplysning och respektive sjukdom samt stigmatisering, uppgörandet av meningsfulla mål samt utvecklandet av hopp och förbättrande av självkänslan genom ökad kunskap om stigmatisering. Mittal et al. hänvisar även till Fung et al. som använde sig av en serie olika metoder kombinerat till en. Deras strategi bestod av inslag från psykoedukation, KBT, motiverande samtal, träning av sociala färdigheter och att uppnå mål. Det är inte enbart omvärlden som visat ett intresse för forskning inom området reducering av självstigmatisering utan även Finland gjorde ett försök 2011. Mittal et al. hänvisar till Mustonen et al. som forskade i fenomenet i relation till schizofrena fångar. Mustonen et al. undersökte sin metod på 39 fångar varav 35 var män, 4 kvinnor. De använde sig av en metod som syftade på att förstärka självkänslan. Metoden innebar upplysning om schizofreni; symptom, epidemiologi, stress och läkemedels effekt samt sjukdomens förlopp. Deltagarna fick hemuppgifter som var strukturerade på basen av komponenter för kognitivt beteende. Mustonen et al. använde sig a någon form av manual eller protokoll, de hade åtta grupp sessioner, men olyckligtvis resulterade deras försök inte i någon märkbar förbättring bland deltagarna. Mittal et al. har i sin litteraturöversikt resulterat i att det fanns åtta rapporterade studier som visat sig ha någon form av framgång vad gällde reducering av självstigma hos individer med mentala sjukdomar. De sammanfattar strategierna med att notera att KBT metoder kan vara av nytta för att bekämpa självstigma. Metoder som innefattar ökandet av självkänslan, empowerment och hjälp-sökande beteende verkar vara av intresse för forskare i fenomenet. Brohan et al. uttrycker sig även ha funnit en stark anknytning mellan empowerment och självstigma, vilket Mittal et al. visar sitt stöd för och anser det kunna vara av nytta för reducerandet av självstigma. De anser även att reducerande strategier helt logiskt tänkt, torde tillämpas i ett tidigt skede av sjukdomen (mental), de lyfter även fram att de forskningar de använt inte systematiskt har fört fram i vilket skede av sjukdomsförloppet deras deltagare har befunnit sig i under tiden för försöket. Kunde vara viktigt att även identifiera den mest mottagliga samt lämpliga tidpunkten för dylika modeller att tillämpas.

De betonar även att framtida studier i ämnet borde identifiera samt tillämpa teoretiska referensramar för självstigma interventioner (Mittal et. al, 2012).

Även Corrigan och Rao (2012) har publicerat en artikel berörande självstigma och mentala sjukdomar samt förändrings strategier. De argumenterar i sin rapport för att empowerment relaterade metoder skulle vara det bästa sättet att motarbeta självstigma. De lyfter fram en så kallad "why try" effekt, som ses som en följd av självstigmatisering. Individen är i detta fall och låter självstigma ta över och förhindrar denne från att agera i syfte att uppnå sina mål. Om individen däremot upplever god självkänsla samt en god förmåga att vara aktiv/effektiv, kan konsekvenserna av självstigma så som "why try", reduceras. Corrigan och Rao beskriver empowerment som motsatsen till stigma, vilket innefattar bl.a. kontroll, styrka eller makt samt optimism. De betonar även att tidigare forskning visar att empowerment och förbättrad livskvalité, god självkänsla samt ett ökat stöd från omgivningen, är associerade till varandra. Individer som agerar som företrädare för individer som upplever självstigmatisering bör enligt Corrigan och Rao, se till att de inte beskyller personen i fråga, att personen själv är skyldig till stigmatiseringen. Fram lyfts även en då pågående grupp intervention, vid namn "*Ending Self-Stigma*", med syfte att minska självstigma hos individer med mentala sjukdomar. Gruppen träffades nio gånger och behandlade upplysning om mentala sjukdomar, kognitiva beteende strukturer användes och tekniker för att svara på den allmänna stigmatiseringen. Corrigan och Rao avslutar med att individer som upplever självstigma möjligen kan ha nytta av grupp verksamhet och ett så kallat kamratstöd där de andra i gruppen upplever samma fenomen. Även denna duo önskar ytterligare forskning i empowerment kontra självstigma (Corrigan & Rao, 2013).

## 6 Analys

Att analysera kvalitativt material innebär att innehåll som förekommit genom datasökningen utesluts då det inte anses vara av relevant innebörd för arbetet. Innan skrivprocessen inleds bör enbart väsentligt innehåll inkluderas i analysarbetet. Vid innehållsanalysen utgår användaren ifrån ett forskningsverktyg som möjliggör att analysera ord och begrepp ur datainsamlingen med syfte att utvärdera källans betydelse (Bell & Waters, 2016, s. 145-146).

Det är viktigt att vi som skribenter läser in sig på området och tar del av tidigare information, forskningar, artiklar och annan litteratur, för att få en bredare syn på området, genast från början när projektet och arbetsprocessen påbörjas och inleds. Gör man det, kan man få en bredare syn på området, då har man också en möjlighet att hitta brister, fel och frågetecken i hela den kunskapsmassa som finns. När man gjort detta, har man lättare att formulera en vetenskaplig frågeställning och ett syfte till arbetet (Backman, 2008, s. 28).

En innehållsanalys är ett stort urval av källor som sedan används för att kvantifiera innehållet i texten. I innehållsanalysen framkommer det som är relevant för texten, prioriteringar och värderingar samt hur olika idéer hänger samman (Denscombe, 2016, s. 392-393). Innehållsanalysen definieras av Stemler som *”en systematisk och replikerbar teknik för att sammanfatta många ord i en text till färre innehållskategorier som grundar sig på tydliga kodningsregler”* och enligt Holsti; *”varje teknik för att dra slutsatser genom ett objektivt och systematiskt identifiera specifika drag i ett budskap”* (Bell & Waters, 2016, s. 145), det vill säga syftet är att en forskningsteknik skall kunna ta replikerbara och valida slutsatser från meningsfullt material till dess användningssyfte. Innehållsanalysen handlar om att med hjälp av ett forskningsverktyg analysera mängden av använda ord eller begrepp i ett dokument och har som mål att kunna bedöma betydelsen av källan (Bell & Waters, 2016, s. 145).

Innehållsanalysen följer en logisk struktur (se bilaga 2). Först skall skribenten välja ett textavsnitt och urvalet måste vara tydligt formulerat. Sedan bryts texten i mindre enheter av ord, meningar eller stycken. Efter detta skall man utarbeta relevanta kategorier för analysen av data, det vill säga nyckelord som är associerade till temat. Enheterna skall kodas i överensstämmelse med kategorierna och sedan räknas andelen av enheterna och texten analyseras ur beträffande enheternas mängd och deras förhållande till andra enheter som förekommer i texten. När enheterna är kodade går det att sammanställa enheterna och förklara när och varför de förekommer som de gör. Innehållsanalysens styrka är att den ger möjlighet till kvantifiering av innehållet i texten, genom ett sätt som är tydligt och som kan upprepas av andra forskare (Denscombe, 2016, s. 392-393).

För att komma fram till resultat av vår innehållsanalys, analyserade vi enskilt allt material som framkommer i vårt arbete. Detta gjordes genom att vi på egenhand kategoriserade och där med kodade textens gemensamma variabler genom att systematiskt analysera innehållet med hjälp av olika färger för olika betydelser. Genom detta fick var och en fram en egen

kartläggning som sedan sammanslogs. Alla skribenters analyser visade sig vid den gemensamma genomgången följa samma röda tråd, även om uppställningarna kunde variera.

## 6.1 Kodning av data

Koder är märkningar för ”rå-data”, det vill säga icke analyserad data. Den kan vara ett namn eller en siffra, har ingen betydelse så länge koden är koncisk<sup>3</sup> och används för att länka data till en idé som hänförs till analysen. När det gäller textdata så kan formen vara enskilda ord, rader av text, meningar eller stycken. Beslutet av vad som skall kodas styrs av forskningsproblemets karaktär (Denscombe, 2016, s. 395-396). Likadan terminologi av olika texter samlas och sammanfattas till en kategori. Med kodning menas större eller mindre helheter, det vill säga ord, fraser eller stycken som har en tydlig koppling till en viss situation. En kod är en etikett som ger mening till den viktiga informationen eller de slutsatser som formulerats under forskningen. Koder används för att lyfta fram och organisera de nämnda helheterna. Kodning ger möjlighet till att sammanslå viktiga frågor och frågeställningar. Data som samlats in får sin betydelse sen när dess innebörd har förståtts (Bell & Waters, 2016, s. 253).

## 7 Resultat

Vi har valt att använda sig av olika evidensbaserade metoder i anknytning till självstigmatisering och utveckla en metod som kan tillämpas mångprofessionellt i syfte att minimera individers självstigmatisering. I examensarbetet svarar vi på frågeställningarna genom en kvalitativ innehållsanalys.

Genom innehållsanalysen har det framkommit att klienter med upplevd stigmatisering upplever kränkning och hot. En långt framskriden stigmatisering leder oftast till acceptans av samhällets stämplingar, detta medför en negativ påverkan på individers beteende samt en beteendeförändring (Östman et.al. 2004). Självstigmatisering bland psykiskt sjuka klienter orsakar dåligt självförtroende som är en konsekvens av självstigmatisering (Watson, 2007). Stigmatisering hos klienter med tarmsjukdomar har även visat sig resultera med sänkt

---

<sup>3</sup> Kortfattad/koncentrerad

självförtroende (Chelvanayagam, 2014). Det har även visat sig att klienter i viss mån kan vara rädda för att söka vård på grund av rädslan av risken att bli stigmatiserad.

Stigmatiseringen kan även vara orsakad av personalen inom social- och hälsovården då ett tillstånd kan anses vara självförvållat (Carter-Harris, 2014). Även klienter med neuromuskulär sjukdom led mindre av direkt stigmatisering men mera av rädslan av att bli stigmatiserad (Van der Beek et.al. 2013). Det har även visat sig att professionella inom social- och hälsovård stigmatisera sina klienter, detta framkom tydligt i *artikeln A systematic review of disease- related stigmatization in patients living with inflammatory bowel disease*. Samma fenomen kom även fram när det gäller klienter med kroniska sjukdomar (Taft, 2016). Det framkommer även i vårt resultat att klienter avstår ifrån att söka vård på grund av rädslan av samhällets stereotypi som leder till stigmatisering (Prakash, 2016). Det har visats att klienter även gömmer sina symptom och avstår att söka vård eftersom vissa diagnoser medför känslan av skam, och vissa kulturer anser detta som en personlig svaghet (Mittal et.al. 2012).

Vårt analysresultat visar även att stigmatisering kan påverkas genom företräderskap enligt både Vaartio et.al. (2009) och Begley (2010). Den professionellas roll är att fungera som företrädare på mikronivå (Hermanns, 2013). Dem professionella skall även involvera klienten i vården och uppmärksamma självbestämmande rätten enligt Emanuel (1992) samt utgå ifrån ett holistiskt arbetssätt (Chelvayangam, 2014). Vilket professionella inom social- och hälsovården kan behöva fortbildning till enligt Cheung (2015). Genom att diskutera den väsentliga problematiken med klienten kan därmed risken för självstigmatisering minimeras och eller förebyggas (Puhl, 2010).

Metoder som enligt analysen kan vara av nytta vid reducerandet av självstigmatisering är empowerment, speciellt hos klienter med mentala hälsotillstånd (Corrigan & Rao, 2013). Kognitiv beteendeterapi (KBT) kan vara till nytta enligt Mittal et al. (2012). Tyvärr kan inte vi skribenter använda oss av KBT som en del av den nya metoden, eftersom denna kräver special utbildning och detta arbete är avsett för vilken arbetsgrupp som helst inom social- och hälsovården. God interaktion mellan den professionella och klienten samt motiverande samtal, har visat sig vara effektivare än vanlig rådgivning enligt Forsberg (2006). Beteendeförändring måste



ske inom samhällets stereotypi för att framgångsrikt kunna förbättra självförtroende hos klienter med mentala sjukdomar som upplevt stigmatisering (Watson, 2007).

För att summera tidigare forskning i ämnet stigmatisering samt självstigma har forskare visat ett relativt aktivt intresse för fenomenet i det senare 2000-talet, även om detta uppmärksammats redan i början av 1960-talet. Studier har dock lagt största tyngdpunkten kring ämnet i samband med individer med mentala sjukdomar och få studier har visat engagemang i företeelsen i relation till somatiska sjukdomstillstånd eller för individer som allmänt anses ha en nedsatt social status, som till exempel före detta fångar. Under de senaste åren har stigmatisering ur olika perspektiv tagits upp i samband med kroniska somatiska sjukdomar och respektive forskare önskar ytterligare forskning samt metoder med vilka självstigmatisering kan reduceras. Ovannämnda forskningsresultat indikerar på att vissa existerande modeller så som empowerment, KBT, motiverande samtal samt överlag en bättre självkänsla, kan stöda till ett önskat resultat. Dessa modeller har hittills endast tillämpats inom psykiatri och enligt vis uppgifter finns ingen användbar modell att användas inom övriga områden.

Forskarnas beskrivna konsekvenser av självstigmatisering torde gälla hos alla individer, oberoende i vilken kontext forskarna har redogjort för följderna. Genom att utarbeta en metod som är grundad på nämnda komponenter och sträva till att alstra fram en självsäkrare individ med upplevelsen av kontroll i hotfulla situationer, skulle vi alltså ha en chans att övervinna självstigma och de negativa konsekvenser detta medför i det vardagliga livet. Utgående från tidigare forskning, kan det konstateras att stigmatisering kan uppkomma på grund av rädsla eller ilska gentemot minoritetsgrupper som t.ex. lider av synliga eller osynliga hälsotillstånd, då samhället kanske ser detta som ett hot och därmed bildar sig negativa attityder och fördomar. Samhället dömer, kränker, tar avstånd och till och med undviker dessa minoritetsgrupper, vilket kan ses som diskriminering. Detta på grund av dålig kommunikation, information, och vad vi kan tolka som okunskap. Samhällets stigmatisering leder till att de stämplade "finner" sig i situationen, relaterar samhällets fördomar och negativa attityder till sig själva och överensstämmer med dessa, vilket kallas självstigmatisering. Minoritetsgrupperna accepterar med andra ord omgivningens fördomar och själv-applikerar dem.

I forskningarna har man kommit fram till att riskgrupperna för stigmatisering främst är individer med Parkinsons sjukdom, diabetiker, individer med mentala sjukdomar, fångar, HIV positiva och individer med nedsatt social status. Känslor som följd av självstigma är rädsla, skam, ovärdighet, nedsatt självkänsla och bristande stöd eller empati av andra.

Fördomar och socialt stämplande, kan leda till att ovanstående individer blir utsatta för stigmatisering, kan ha svårare att få jobb och kan gå miste om diverse livsmöjligheter. Detta kan sedan i sin tur leda till att individerna i fråga avbryter en behandling eller ett vård förhållande, om de överhuvudtaget vågat söka vård till sin sjukdom/hälsotillstånd. En så kallad ”why-try” effekt utvecklas.

Många olika metoder har prövats, bl.a. empowerment, KBT, motiverande samtal, resursförstärkande samt personcentrerat. Detta både individuellt och i grupp. Resursförstärkande arbetssätt ligger nära besläktad med empowerment och motiverande samtal. I det resursförstärkande arbetssättet fokuserar man sig på att lyfta fram klientens egna styrkor och med hjälp av motivation stöda dessa resurser samt stärka dem genom handledning och diskussion. Empowerment handlar om aktiviteter som är inriktade att öka klientens kontroll över sitt eget liv, klienten skall känna självförtroende och stolthet. Empowerment inriktat arbetssätt har en mer positiv inverkan på klientens känslomässiga tillstånd som sedan påverkar klientens hälsoreultat. För att reducera självstigmatisering så krävs en beteendeförändring, för att detta skall uppnås så skall klienten vara motiverad till förändringen. Motiverande samtal är en personcentrerad och målinriktad metod som används för att stöda klienterna till en livsstilsförändring. Målet med motiverande samtal är att stärka klientens egenkraft, empowerment och tilltro till den egna förmågan. Även Broschyren, protokoll och individuella hemuppgifter har prövats, utan tillräckligt bra resultat (Vänligen se bilaga 3 för en tydlig sammanfattning).

Den individuella påverkan vid självstigmatisering som analyserades fram bestod av känslor samt övrig påverkan. Klienter som kan ha nytta av vår metod, är klienter som hör till riskgrupperna eller som lider av synliga- eller osynliga hälsohinder och uppvisar sig lida av självstigmans negativa effekter. Detta betyder alltså att de kanske isolerar sig, undviker vissa situationer, eller t.o.m. uttalar sig om att vara rädda för att bli stigmatiserade eller berättar om sin dåliga självkänsla i samband med dennes livssituation.

## 8 Produktutveckling

Vid utvecklingen av vår produkt var vår gemensamma logiska preanalytiska hypotes att produkten skulle bestå av enbart de känslor som uppkommer vid självstigma. Denna hypotes kan efter innehållsanalysen förkastas då de känslor som enligt tidigare teoretiska referensramar samt vetenskaplig forskning, är enbart negativa och vi vill ange sin vidareutvecklade metod som motiverande, resursförstärkande samt resulterande i känslan av empowerment. Detta anser vi inte att samtalet skulle resultera i om enbart negativa begrepp diskuteras i relation till de individuellt upplevda känslorna. Efter avslutat samtal skulle individen eventuellt må ännu sämre än tidigare, innan dessa känslor och dess innebörd presenterats och tydliggjorts. Dessutom inkluderades den individuella påverkan av mer specifika påföljder än enbart diverse känslor, därmed bör även dessa övriga kategorier ingå som en del av vår produkt. Påverkan är därmed allomfattande, inte endast emotionellt utan även av situationsbundna, samt yttre faktorer som påverkar det egna handlandet. Enbart utnyttjandet av negativa känslor på korten skulle inte resonabelt ha kunnat motiveras med tanke på frågeställningen och dess svar samt syftet med vår insats.

Diskussionen bör avslutas med en känsla av att ha haft möjlighet till att öppna sitt inre och tala ut om sina känslor och upplevelser som sedan positivt bearbetats tillsammans och motiverande egenskaper/övriga komponenter har avslöjats. Vi bör även notera att denna metod är tillägnad vem som helst att använda och tillämpandet av enbart en negativ kortpacka med ett skriftligt stöd bifogat, kräver enormt mycket av sin tillämpare för att det skall bottna i ett motiverande och stärkande samtal. Avsikten är att användaren inte nödvändigtvis måste vara professionell som är fördjupad i förandet av professionella samtal eller samtalsmetodik överlag. Detta är motiveringen till varför korten bör bestå av även det övriga analysresultatet än enbart de negativa känslorna. Vid utformandet av kortens design ansåg vi att som grund för en igenomtänkt metod kunde designen bestå av något annat än enbart vita och naturella kort. För att komma fram till vilka färger som skall användas för en positiv effekt, gås de olika färgernas psykologiska betydelse systematiskt igenom och färger med negativ innebörd utesluts.

För att undvika ett alltför attackerande samtal utesluts samtliga framanalyserade adjektiv samt vissa fullständiga meningar bör därför omformuleras till en positivare innebörd. För att

uppnå ett framgångsrikt samtal som verkligen kan, så att säga ge frukt, bör det positiva komma fram underifrån det negativa för att kunna dominera det. Nedan följer en beskrivande tabell över de individuellt påverkande faktorerna och deras logiska omformulering till termer i liknande sammanhang, i syfte att ändamålsenligt kunna tjäna vår metod. För klarhetens skull visar vi alltså i tabellformat hur vi kommit fram till vad vår produkt skall utgå ifrån, vilka termer som skall finnas på korten som stöder det resursförstärkande samtalet.

### Utveckling av termerna till korten.

Individuell påverkan enligt tidigare forskning	Logisk omformulering till relaterat sammanhang	Användbara termer till metoden – ord till korten
Rädsla, risk, hot, hopplöshet, skam.	Ingen omformulering	Rädsla Risk Hot
ovärdighet, hot om kränkning och sänkt självkänsla.	Självkänsla Resurser	Hopplöshet Skam Självkänsla Självförtroende
Social stämpel, fördomar, isolering, diskriminering, svårare att bli anställd, gå miste om livsmöjligheter, undvika situationer.	Diskriminering Besvärliga situationer Hopp Framtid	Självrespekt Resurser Hopp Framtid Diskriminering Besvärliga situationer
Bristande stöd och empati av andra människor.	Stöd Nätverk	Stöd Nätverk Motivation Positiva egenskaper
Risk för att avbryta behandlingar/vård, "why-try" effekt.	Hot, risk, rädsla, motivation	
Förändringar i den egna identiteten, negativ attityd.	Positiva egenskaper Självförtroende Självrespekt	

## 8.1 Kort som stöd i samtal

Användningen av så kallade kort metoder inom social- och hälsovården är som tidigare nämnt, redan från tidigare ett beprövat, stödjande verktyg inom diverse sammanhang. En forskning utförd av Matteson et al. (2014) visar att klientcentrerade samt alstrande samtal kan vara effektiva i syfte att förändra en persons handlande. Forskarna var inriktade på en kort-metod som stöd i ett samtal med klienter som lider av specifikt fetma. Kortens budskap var därmed uppstrukturerat för att direkt relatera till fetma och tillhörande beståndsdelar. Korten som användes i pilot testningen bestod av hela skrivna meningar med påståenden. Deltagarna valde själv sina kort enligt vad som upplevdes stämma överens med dem själva. De hade en kortpacka med påstående som deltagarna ansåg att stämde överens med dem själv samt en till packa med kort som inte stämde in, kort valen diskuterades sedan med handledaren. Kortens syfte var alltså att stöda och styra en diskussion kring väsentliga ting i individens liv, i detta fall vad gällde fetma, deras livsstil och matvanor. Deltagarna hade varit nöjda med korten som verktyg i samtalet, de ansåg att korten hjälpte dem att föra fram upplevda problem till diskussion samt att överhuvudtaget identifiera dem. Även mål kunde lättare ställas upp med kortens hjälp. Vissa av påståendena på korten ledde till att deltagarna blev väldigt emotionella, vilket ansågs positivt. Personliga och känsliga ämnen kunde aningen lättsammare diskuteras med kortens hjälp. De populäraste korten som deltagarna i denna undersökning valde fram åt sig i pilotförsöket, var inte nödvändigtvis just det väsentligaste med tanke på målet som beteendeförändring (Matteson, et. al., 2014).

Matteson et al. (2014) menar att kort som ett verktyg i kliniskt-samtals kontext kan stöda ett mer effektivt samtal och ställa upp realistiska mål. Korten skall stöda till att relevanta, kanske svårare ämnen kan diskuteras och sedan möjligtvis kräva uppföljning. För en öppen diskussion krävs även att klienten och handledarens förhållande är uppbyggt på stark tillit samt att klienten känner sig bekväm i situationen. Personalen som använder korten behöver inte nödvändigtvis vara exempelvis en läkare på en läkarmottagning. Detta på grund av att det måste finnas relativt god tid för dessa diskussioner om de skall vara till någon nytta. På många platser kan tidsbristen vara en avgörande faktor. Övriga erfarna professionella inom social- och hälsovård kan enligt forskarna vara bäst lämpade för dessa metoder då de har professionell kompetens till att föra ett meningsfullt samtal, ur ett handledande perspektiv. I sin artikel hänvisar forskarna även till Storbritannien där så kallade diabetes kort har utvecklats fram och varit framgångsrika. Forskarna menar även att effektiv kommunikation

mellan klienten och den professionella är den kanske bästa strategin för att få till stånd ett förändrat beteende, med hänvisning till överviktiga klienter (Matteson et.al. 2014).

## 8.2 Färgpsykologi

Till varje färg hör det en psykologisk faktor, alla färger kan kopplas till olika sinnesstämningar. Rött, orange och gult är öppna och varma färger, de ger glädje och ökar motivation. Blått, indigo och violetta färger är lugnande och svala färger. De kontrollerar temperamentet och främjar till en avslappnad sinnesstämning. Friska människor tycker oftast om flera olika färger, men om man lider av psykisk eller fysiska problem så kan vissa färger sänka på sinnesstämningen och påverka negativt. Dock kan också denna målgrupp tycka mer om de färger som ger hopp och lugn då människan känner sig trött och ledsen. De blåa nyanserna drar till sig de människor som saknar vila och lugn (Verner-Bonds, 1999, s. 12).

Färger är en levande energi och påverkar starkt våra sinnen, det används för att främja hälsa. Ingen har kunnat påvisa en vetenskaplig förklaring till att varför olika färger påverkar våra känslor på olika sätt. En teori är att ljuset vi ser kommer i samspel med mellan hjärnan och att de endokrina reaktioner som orsakas är av de färger vi ser. Färg används för att behandla olika psykiska sjukdomar genom att främja till ett tillstånd av balans hos klienten. Färger används också för att hjälpa klienterna att finna och ta itu med orsaker som ligger som grund för obalansen. I kombination med samtalsterapi är färger en viktig del av behandlingen. På grund av att man inte kommer itu med problemet och med orsaken till obalansen så kommer de fysiska symptom att återkomma (Verner-Bonds, 1999, s. 32-33).

Rött är spännande och stimulerande och exponering av rött ljus höjer hjärtfrekvensen, ökar blodcirkulationen och adrenalinproduktionen, vilket betyder att man skall vara försiktig med den röda färgen på klienter som har högt blodtryck eller hjärtproblem. Känslomässigt kan rött göra oss aggressiva och grälsjuka. Rosa, som är en blandning mellan rött och vitt och är mild och vårdande. Rosa förknippas ofta med välbefinnande och är en bra färg att använda när den röda färgen är allt för stark. Orange är lite mildare än den röda färgen, mindre intensiv. Orange är glädjens och lyckans färg och hjälper oss att uppnå balans mellan våra

fysiska och mentala sidor och är därför en bra färg för individer som känner sig olyckliga och nedstämda (Wills, 2008, s. 46-68).

Gult är den färg som mest påminner om solljuset, alltså den gula färgen utstrålar värme och glädje. Gult är också objektivitetens färg och hjälper oss bort från tvångsmässiga tankar och beteenden. Dock måste den gula färgen vara ljusgul eller guldgul för att vara positiv, mörk- och mattgul speglar svartsjuka, misstänksamhet och falsk optimism. Färgen guld, är en färg som är varm och glänsande. Inom homeopatin är guld ett läkemedel mot depression. När det gäller färgterapi så har guld visat sig stimulera hela nervsystemet när det används på ryggraden. Grönt ger oss känslan av balans, är en mycket vilsam färg för ögonen och sägs svalka blodet och stimulera nervsystemet. Turkos är en sval färg och kan därför dämpa inflammationer, speciellt om den används tillsammans med röd- orange, som är komplementfärgen till turkos (Wills, 2008, s. 46-68).

Blått är färgen för inspiration, fred och lugn och är därför en bra färg att använda i behandlingsrum där klienterna behöver en vilsam miljö. Tyvärr så förknippas blå med sorg och depression och bör därför inte användas med nedstämda individer. Dock kan den blåa färgen lindra astma, stress, sömnlöshet och högt blodtryck. Indigo, en blandning mellan blått och violett, kan ge intryck av oändlig rymd och tid och kan åstadkomma stämningen som är ett måste för självbetraktelse och kontemplation. Indigo är en väldigt verksam smärtlindrare, eftersom färgen är kall och sammandragande och därför kan bedöva den fysiska kroppen. Liksom blå, kan också indigo förstärka depression hos redan deprimerade människor, så även denna färg behöver man vara lite aktsam med. Violett påverkar psykiskt bland annat självkänsla, värdighet och känslodjup och används vid behandling av schizofreni och bipolär sjukdom. Kroppsligt kan violett hjälpa till att bekämpa virus- och bakterieinfektioner. Det negativa med färgen violett är att den också kan kopplas till makt- och sexmissbruk. Ametist är en nyans av violett och ger både andlig och fysisk styrka. Ametist dämpar bitterhet och hat (Wills, 2008, s. 46-68).

Silver är en glänsande färg som kan spegla vår egen personlighet. Silver kan bidra till att bekämpa bakterie-, virus- och svampinfektioner. Silverstrålen sägs ha renande, skärande och brännande egenskaper och används främst för klienter som lider av tvångsföreställningar. Dock används denna färg endast av utbildade terapeuter. Pärlmor aktiverar renhet, stärker kroppen och stimulerar kreativitet (Wills, 2008, s. 46-68).

Svart används aldrig inom färgbehandling eller färgterapi, eftersom den färgen förknippas med negativitet och ondska, och absorberar upp allt ljus. Vitt används endast om man inte vet vilken färg som bör väljas, eftersom vitt innehåller alla färger och reflekterar allt ljus. Sedan kan i så fall klienten själv ”suga” ut den färg som mest passar (Wills, 2008, s. 46-68).

### **8.3 Produkt**

I enlighet med innehållsanalysens resultat kan självstigmatisering påverkas och reduceras med hjälp av evidensbaserade metoder som resursförstärkande, empowerment och motiverande samtal. Övriga hjälpmedel i samband med samtalet har använts, till exempel uppgifter, upplysning om sjukdom och stigmatisering, diverse formulär och enkäter. Det faller sig då naturligt att vår metod kommer att bestå av ett samtal med resursförstärkande/empowermentande syfte samt av motiverande natur. För att ha ett konkret hjälpmedel som underlag för diskussionen har vi utvecklat en kort-metod med relevanta termer på. Dessa termer stöder och styr diskussionen. Eftersom tidigare prövade metoder bestod av diverse hjälpmedel ansåg vi att kort nu kunde användas till nästa. Vi har från tidigare viss erfarenhet av andra kort metoder inom social- och hälsovård och ansåg därför att någon form av kort nu kunde tillämpas även i detta syfte. Kortens färg kunde även ha en innebörd, en underliggande mening och effekt. Vi hänvisar till färgpsykologi och färgernas psykologiska påverkan. Kortens layout grundar sig därmed på evidensbaserad färgpsykologi (se bilaga 4). De valda färgerna på korten är guld gul, magenta, orange, rosa och grön med motiveringen att de alla, enligt färgpsykologin, har en omfattande positiv påverkan på människan ur olika väsentliga aspekter med tanke på vår frågeställning och vårt syfte. De olika färgerna bidrar bl.a. med att positivt påverka av klientens sinnesstämning, psykiska välmående, självkänsla samt beteendeförändring/brytandet av specifika beteendemönster.

Metoderna som definierats tidigare i arbetet, är grunden till den nya produkten. Vår produkt är ett resursförstärkande samtal med hjälp av kort för social- och hälsovården, att proaktivt och reaktivt reducera klienternas självstigma. Produktens fokus ligger i ett resursförstärkande arbetssätt och på de resurser klienten redan har, för att sedan kunna utnyttja dem i vårdsammanhang. I produkten ses också ett empowerment inriktat vårdande som påvisats minska stigmatiseringens effekter med hjälp av att klienten tar kontroll över sitt liv.



Metoden som vi utvecklat fram på basen av vår narrativa litteraturöversikt samt innehållsanalysens resultat, grundar sig på tidigare evidensbaserade metoder samt övrigt samlat material som beaktats som relevant i vår innehållsanalys. Alla beståndsdelar i vår metod är vetenskapligt samt evidens bevisade. Inga intressekonflikter eller argument som bestrider etiska aspekter av vårt arbete har kunnat synliggöras. Vår metods avsikt är av god natur med det etiska samt moraliska rätta i åtanke, både på individuell samt samhällslig nivå.

Metodens konkreta uppenbarelse har alltså tagit sig formen av kort, med tillhörande skriftlig vägledning för ett lyckat samt motiverande samtal (se bilaga 4-6). Diskussionens mål skall vara av stärkande och motiverande karaktär där en jämlik dialog förs mellan respektive handledare och den mottagande parten som står i fokus. Kort-metoder inom social- och hälsovården är inget nytt påhitt, utan har tidigare använts i diverse sammanhang och i olika syften. Bör noteras att kort-metoder dock inte, enligt vår vetenskap, har använts i det kontext vi nu ämnar utnyttja dem i. De upplevelser och känslor som dessa kort skall representera har sitt ursprung i vår litteraturöversikt samt spunnits fram via innehållsanalysen. Med andra ord är innebörden och användandet av dessa begrepp i vår kort-metod av allra högsta grad relevant för att kunna tjäna vårt syfte. Då begreppen framstått som essentiella av tidigare vetenskapliga forskningar, stärker detta även tillförlitligheten av vårt arbete. Vi stöder oss på följande metoder; *empowerment*, *motiverande samtal* och *resursförstärkande*. Orsaken till att vi valt att utgå från dessa metoder är att det visat bra resultat inom social- och hälsovården både hos klienter som lider av en psykisk sjukdom och hos klienter som lider av fysiska rörelsehinder. Vi har valt att inte utgå från kognitiv beteendeterapi på grund av att personalen bör ha en skild utbildning för att få utföra det. Den nya metoden är anpassad till alla målgrupper inom social- och hälsovården, vilket gör att vilken profession som helst kan använda sig av den.

Produkten består av 17 st. kort som det står olika termer på och tre st. tomma kort. Produkten är anpassad så att professionella kan tillsätta egna ord på de tomma korten, beroende på klientens individuella behov. Korten är ett hjälpmedel för klienten att kunna berätta om sitt problem. Färgerna tillsammans med de olika termerna skall ha en positiv effekt hos klienten. Att med hjälp av korten samtala och föra en diskussion kring temat självstigma, ges klienten möjlighet att diskutera eventuella svåra saker.

Tillämpandet av korten i praktiken skulle innebära att alla kort läggs ut på en yta med de skrivna termerna synliga för alla deltagande, (se bilaga 7). En öppen hypotes är att då korten är enskilt utplacerade samt samtidigt läsliga har individen lättare att gestalta samtalets röda tråd och själv öppna sig efter hand som hen känner sig mer bekväm i situationen. Efter en stund kanske individen klarar av att identifiera sig med ett mer sårbart kort samt ta upp det till diskussion. Matteson et al. (2014) utgick även i pilotförsöket från att klienterna själva valde sina kort och sedan kategorisera dem vilket födde diskussionen, detta dock i ett annat sammanhang. Om korten vid tidpunkten för samtalet skulle vara utspridda på ett bord, med synligt innehåll, skulle det eventuellt kunna vara lättare för klienten att identifiera sig än med det kort hen ”får” utan att själv välja, samt även ha svårare att ärligt och öppet prata ut då kortet inte är valt med själv-identifiering samt eget initiativ, ytterligare en öppen hypotes. Om handledaren med säkerhet vet eller starkt misstänker att något specifikt kort skulle vara i behov av utredning och diskussion kan hen naturligtvis peka ut det kortet och indikera dess möjliga väsentlighet samt därmed styra in samtalet på respektive ämnesområde.

För att få igång en meningsfull diskussion utan påtryck av handledaren är det till fördel att klienten inleder samtalet med att välja ut ett kort som upplevs som väsentligt samt som denne känner sig bekväm med att diskutera. I en situation där handledaren väljer ut korten är det inte med säkerhet att individen själv överhuvudtaget upplever sig berörd av den valda termen och dess innebörd utan kan istället möjligtvis känna sig attackerad eller förödmjukad, vilket skulle ruinera hela samtalets syfte då det kan vara svårt för individen att sedan positivt framskrida diskussionen.

Den skriftliga vägledningen som bifogas till självstigma korten framhäver stödskomponenter till samtalet. Dessa har arbetats fram som de väsentliga delarna av de tidigare använda evidensbaserade metoderna, vilka vi förenat till en fungerande helhet. Handledaren har därmed ett personligt stöd för att vid behov kunna styra samtalet. Detta för att kunna uppnå ett lyckat och positivt samtal. Rekommendationerna innehåller alltså riktlinjer och notiser som handledaren har möjlighet att stöda sig på i samtalet. Produkten är målinriktad, vilket har sin grund i motiverande samtal som stöder klienterna till en livsstilsförändring och stärker tilltron till den egna förmågan. Vilja och motivation krävs för att beteendeförändring skall kunna uppnås. I och med att vår produkt kan användas individuellt eller i grupp så har vi valt att utforma den utifrån dessa metoder som redan finns. Forskningar visar att det inte från tidigare finns en metod för att reducera självstigma och förstärka det inre jaget.

## 9 Kritisk granskning

I kritiska granskningen bör skribenten ifrågasätta olika antaganden och utgångspunkter samt ifrågasätta påståenden. Sedan bör man jämföra resultaten som olika forskare kommit fram till och utifrån dessa göra bedömningen. I inledningen skall det framgå en bild av projektets viktiga frågeställningar (Bell & Waters, 2016, s. 116-117).

All tid som lagts ner på identifiering av nyckelord, frågeställningar och kategorier, kommer nu att bli till stor hjälp då analysen läggs upp och man genomgår litteraturen (Bell & Waters, 2016, s. 120). Det är viktigt att komma ihåg att granska alla litteraturgenomgångar kritiskt och ifrågasätta om ämnesområdet är relevant för temat. Det bör också finnas motiveringar till påståenden. Det är viktigt att kontrollera språket, så att det inte går att misstolkas (Bell & Waters, 2016, s. 124).

Saker att komma ihåg:

1. Man skall kunna påvisa att man läst den mängd material som skrivits ner
2. All fakta som samlats in måste organiseras och resultaten skall klassificeras till ett sammanhängande mönster
3. Sammanfatta fakta och resultat, ör en struktur av begreppen eller en teoretisk referensram
4. Litteraturgenomgångarna skall vara korta men koncisa. Den skall ge en uppfattning om området man beskriver, samt beakta frågeställningarna
5. Kontrollera att hänvisningarna är fullständiga och kom ihåg att notera alla citat och omskrivningar. Källorna skall hittas som man gett, annars kan man bli skyld för plagiering
6. Kontrollera språket, dra inga slutsatser, inga påståenden om det inte går att verifieras
7. Kritiskt granska källorna. Ifrågasätt: kan man lita på bedömningarna författaren gjort? Finns det tecken på olämpliga ordval? Ohållbara påståenden?

8. Utgå helst från olika utgångspunkter och använd olika metoder för datainsamlingen. Dock kan man inte påvisa någon jämförbarhet om man inte ”jämför lika med lika”. Trots detta kan man fortfarande använda forskarnas resultat, man bör vara försiktig hur man hanterar data
9. Inte lämna bort tidigare forskningsresultat på grund av att den inte överensstämmer med egna tolkningar och resultat
10. Kritiskt granska arbetet flera gånger under skrivprocessen för att komma fram till en sammanhängande genomgång. Fyll på under processens gång: bättre att ha en ofärdig version än en tom sida (Bell & Waters, 2016, s. 125-126).

Alla skribenter har kritiskt granskat arbetet och sedan sammanslagit allas kommentarer och åsikter. Det kunde konstateras att innehållet är intressant, sakligt, svarar väldigt bra på beställarnas önskan och behov, samt att vi under hela arbetets gång tagit målgruppen, som i detta fall är alla beställarnas olika klientgrupper i beaktande och utgått från deras behov under hela skrivprocessen. Trots att alla skribenter har personliga erfarenheter av stigmatisering inom social- och hälsovården, har vi förhållit oss objektivt under hela arbetsprocessen.

Källorna är många, flertal artiklar, men även böcker och internet källor har använts. Alla dessa är vetenskapliga och relevanta för vårt arbete och framför allt trovärdiga. Det insamlade materialet har systematiskt bearbetats och använts. Data som av diverse orsaker inte svarat på vårt syfte, avsikt eller frågeställning har lämnats bort. Efter många ändringar, kan den röda tråden nu hittas i arbetet och arbetet är uppbyggt på ett tydligt och snyggt sätt, enligt Yrkeshögskolan Novias skrivanvisningar. Arbetet ser snyggt och prydligt ut och stilen som används på texten motsvarar kraven Yrkeshögskolan Novia har. Eftersom skribenter är fyra stycken och alla bidragit till skrivande, kan språket variera, - som delvis kan noteras i texterna. Därför kollas kritiska granskningen än en gång för att texten skall hänga ihop och vara fortlöpande. Trots det är texten skriven på ett korrekt och adekvat språk.

Arbetets innehåll är fortlöpande och levererar vad som lovats från början; arbetets titel, abstrakt, de följande rubriceringarna samt dess innehåll är alla bundna till varandra och bildar en helhet som avrundas och summeras i diskussionsdelen. Ingen del i arbetets text är o-essentiell och även arbetets valda metoder är i enlighet med syftet och vårt tillvägagångssätt. Frågeställningarna är besvarade, som tydligt framkommer i arbetet. Metoden som vi utvecklat följer syftet, avsikten och svarar även i sin helhet på arbetets frågeställningar.

Det framkom i första mötet med arbetslivet att det inte, enligt deras vetskap, förekommer något konkret redskap eller hjälpmedel där självstigmatisering diskuteras med klienter. Detta fick skribenterna även bekräftat när de läste in sig på området och sökte litteratur. Det framkom i några artiklar att det till och med efterlyses ett hjälpmedel som kan användas för att reducera självstigmatisering hos klienter. Källorna som används är reliabla samt aktuella, detta har vi påvisat i arbetets texter samt i tabellen över de använda artiklarna. Vi är medvetna om att vissa källor är äldre än vad Yrkeshögskolan Novia rekommenderar, men detta kan försvaras genom att teorin som kommer från de äldre källorna är samma än idag.

Tyvärr blev tiden knapp och vi hann inte pilottesta metoden vi utvecklat, vilket kan pekas ut som en sänkande faktor vad gäller validiteten av vår metod. Trots detta anser vi att det inte existerar några avgörande brister i metoden och dess syfte samt tillämpning. Vi önskar att följande grupp studerande som fortsätter med projektet skulle ha möjlighet att utföra ett pilottest/mer omfattande prövning av metoden, för att bevisa dess validitet.

## **9.1 Validitet och reliabilitet**

Kritisk granskning av källorna kan delas in i extern och intern granskning. Den externa granskningen syftar till att upptäcka om en källa är äkta. I den externa granskningen gäller det att vara säker att den angivna författaren verkligen är upphovsmannen. I den interna granskningen är källans innehåll och utsätts för en strikt granskning som skall svara på följande frågor; Vilken typ av källa handlar det om? Vad säger källan? Vad är källans syfte? Vem är författaren? Hur är källan skapad? Är den ovanlig eller typisk i jämförelse med annat liknande material? Är källan fullständig? Har den redigerats?

Det är viktigt att man inte okritiskt accepterar källan och innehållet i den. Källan kan avgöra om det är ett tillförlitligt exempel på genren, t.ex. då det handlar om ett visst dokument i en

lång serie av liknande dokument (Bell, 2009, s. 130-132). Syftet med kvalitativa studier är att man skall få en bättre förståelse av vissa faktorer, den statistiska representativiteten är alltså inte i fokus. Vad man vill är att få tag i enheter som man utifrån vissa underliggande sociala förhållanden räknar med att kan ge en mer nyanserad bild av den företeelse man studerar. Reliabiliteten i relation till vårt examensarbete är att reducera självstigmatisering bland olika klient grupper (Magne Holme et.al. 1997, s. 94). Reliabilitet mäter resultatets hållbarhet, vilket innebär att studien är pålitlig och noggrann. Reliabiliteten skall bedömas under själva forskningsperioden. Reliabiliteten mäts genom att kontrollera att insamlingsmetoderna representerar forskningen, vilken är svarsprocenten. Hur noggrant forskningsenhetens alla delar är tillämpade och hurdana mätningssfel forskningen innehåller (Vilkka , 2007, s. 149-150). Till vårt examensarbete har vi läst ett flertal forskningar och avgränsat arbetet med hjälp av de metoder som påvisat bästa resultat och som fungerar bäst i syfte till frågeställningarna och till den metod som används för att reducera självstigmatisering bland olika klientgrupper. Vi har dock inte använt oss av respektive mätningar eller respondenter och kan därmed inte heller ha sänkande reliabilitets faktorer gällande dessa komponenter.

Problemet att få giltig information är i princip mindre i kvalitativa undersökningar, eftersom vi har en mycket större närhet till det som studeras. Dock måste man vara medveten om att den närhet som uppstår mellan forskare och den undersökta enheten kan skapa bestämda förväntningar (Magne Holme m.fl., 1997, s. 94-95). Vi har inte under arbetets gång använt oss av observationer/intervjuer eller på något vis agerat/förhållit oss subjektivt till det insamlade materialet och bearbetningen av det.

Validitet innebär att hela forskningsprocessen håller sig till ämnet samt syftet. Validitet kontrolleras genom hur forskaren lyckats hantera samt tolka det teoretiska underlaget. Hur lyckade är de utvalda delarnas funktion samt vilka brister mätningen innehåller (Vilkka , 2007, s. 150). I examensarbete har vi hållit sig till projektets ämne vilket är risker, rädslor, hot och företräderskap samt syftet med arbetet. Vi har skapat frågeställningar vilket har fungerat som stöd i avgränsningen av sökorden och litteraturen. Allt material stöder ämnesvalet. Alla artiklar som använts är vetenskapliga, likaså böckerna adekvata till arbetets syfte. Ingen av de fyra skribenter har i något skede under arbetsprocessen varit av olika åsikter gällande tolkningsfrågor av materialet eller dess hantering.

Dessutom har alla skribenter kritiskt granskat arbetet, för att uppnå bästa möjliga resultat. Genom att arbetet analyserades först individuellt och sedan i grupp anser vi att detta ökar arbetets reliabilitet samt validitet. I innehållsanalysen utgick vi ifrån frågeställningarna vilka de även fick svar på. Samt svar på frågorna varför och hur detta påverkas, samt vilken betydelse själv stigmatisering har.

## 9.2 Etiskt förhållningssätt

Begreppen etik och moral går långt hand i hand och kan vara klurigt att urskiljas från varandra. Men vissa ändamål kräver att de två olika begreppen förstås som individuellt. Etik eller moralfilosofi undersöker moral, denna deltar inte i den dagliga moraliska debatten, men ger klarhet i sin karaktär. Vetenskaper som psykologi och sociologi studerar moraliska fenomen, dock inte ur ett etisk filosofiskt synsätt. Etik är en del av filosofin och är därför till karaktär konceptuell till skillnad från till exempel empirisk psykologi eller sociologi (Pietarinen & Poutanen , 1998, s. 12).

Etiken handlar om vad som är rätt och fel från en principiell synpunkt, medan moralen handlar om egenskaper hos människor och vilka normer, regler, m.m. som denna tillämpar. Forskare bör alltid ha ett objektiva synsätt, aldrig subjektiva (Ejvegård, 2009). Man bör överväga etiken innan man börjar göra en systematisk litteraturstudie. Det betyder att man måste tänka på att texten inte blir plagiat. En god vetenskaplig sed skall användas, vilket innebär att inte stjäla eller plagiera data, hypoteser eller metoder utan att ange källa. Studier som fått tillstånd från den etiska kommittén eller studier där man noggrant övervägt etiken skall i första hand inkluderas. Att redovisa alla artiklar som man använt i litteraturstudien är ett måste och man borde arkivera dessa artiklar i 10 år (Forsberg & Wengström, 2013, s. 70).

Etiskt godtagbart, tillförlitligt och trovärdigt, kan den vetenskapliga forskningen vara, bara om forskningen görs enligt den goda vetenskapliga praxisen. Det finns 7 centrala utgångspunkter för god vetenskaplig praxis, ur ett forskningsetiskt perspektiv: hederlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet. Användning av dataanskaffning, undersökning och bedömningsmetoder i enlighet med kriterierna för vetenskaplig forskning och etisk hållbarhet. Hänsyn till andra forskares arbete och resultat och hänvisar till deras publikationer på rätt sätt så att deras arbete respekteras. Planerar, genomför och rapporterar, samt lagrar data på rätt sätt. Etiska förhandsbedömningar. Avtal, medlemmarnas rättigheter,

upphovsrättsliga principer och rätten att använda material på ett sätt som alla parter godkänner. Finansieringskällor meddelas de berörda och dem som deltar i forskningen och rapporteras när forskningsresultaten publiceras (Forskningsetiska delegationen, 2012).

I forskningsetiken granskas plagiat, tendensiösa tolkningar och medveten fusk. Med plagiat menas att man återger det någon annan sagt eller skrivit, som om man själv gjort det. Det skall finnas löpande referenser till de informationskällor man använt. Exempel på plagiat kan till exempel vara att kopiera texten ur en internet källa och klistra in det i den egna texten oförändrat. Olika komponenter som kan påverka till att man missar en referens eller referenser är tidspress och slarvfel. För att undvika att göra detta så bör man göra källhänvisningarna löpande under hela skrivprocessen, samt ha kunskap om hur detta görs. Man bör vara noggrann med dokumentationen av var, när och hur man funnit informationen så att man i efterhand kan hitta och identifiera all källdata (Eriksson & Wiedersheim-Paul, 2011, s. 179). När man antecknar, bör man vara noggrann med vad som är direkt citat, vad som är lånat men omformulerat med egna ord samt vad som är egna tankar och åsikter i anteckningarna. Risken för plagiering kan ske om man inte noggrant antecknar ner källorna, samt noterar att något är citerat eller lånat (Bell & Waters, 2016, s. 282).

Vi anser att arbetet är etiskt tillförlitligt genom att vi använt sig av vetenskapliga artiklar samt böcker av vetenskaplig innebörd. Vi anser att detta har bibehållit den etiska tillförlitligheten av tidigare forskningar. Källorna till litteraturen som använts har granskats kritiskt för att få fram reliabel fakta. Böckerna som använts valdes utgående från ämnet som arbetet omfattar, det vill säga motiverande samtal, empowerment och stigmatisering. Vi försäkrar att de använda artiklarna är korrekt använda samt att evidensbaserade sökningsdatabaser har använts. Alla skribenter i gruppen har tagit eget ansvar över arbetet samt de etiska principerna, vi har alla tagit ställning och visat initiativ genom hela skrivprocessen för att få det bästa möjliga resultatet. Detta har även gjort det lätt för vi att motivera varandra igenom hela skrivprocessen. Vi har undvikit plagiat genom att referera texter de läst med egna tankar och ord, och alltid nämnt källan som använts.



### 9.3 Hållbar utveckling

Begreppet hållbar utveckling (sustainable development) framkom första gånger i den så kallade Bruntlandrapporten. ”Vår gemensamma framtid” (UN 1988). I rapporten definieras hållbar utveckling som följande ” ... att tillgodose dagens behov utan att försämra framtida generationens möjligheter att tillfredsställa sina egna behov”. Det vill säga att alla organisationer bär ett eget ansvar för sitt arbete för att uppnå ett hållbart utvecklande. I hållbar utveckling ingår även att alla åtgärder som görs inom olika organisationer måste vara hållbara på geografiska gränser, över tid samt ge trygghet för kommande generationer (Pellmer & Warmner, 2007, s. 147-148).

Hållbar utveckling innefattar tre dimensioner av begreppen; *ekologisk-, ekonomisk-, samt social* hållbarhet. Dessa tre begrepp stöder ömsesidigt varandra för att på ett hållbart sätt utveckla en helhetssyn som är långsiktig samt har ett globalt perspektiv. Ekologisk hållbarhet innefattar att miljön skall skyddas, vilket bland annat betyder att hänsyn måste tas till att utsläpp inte skadar människor och att värva det naturliga kretsloppet. Naturfrämmande föremål bör inte förekomma i naturen och den biologiska mångfalden bör bevaras. Ett annat mål som ekologisk hållbarhet satsar på är att effektivt använda energi och naturresurser. Ekologisk hållbarhet innefattar att vi måste få ekonomin att gå ihop, alla kommuner har egna strategier för detta. Det handlar bland annat också om att invånaren skall använda sig av lokalt producerade produkter samt tjänster. Social hållbarhet har inte direkt någon allmän definition, men innefattar bland annat att sätta människan i fokus. Här talar man bland annat om, demokrati, rättvisa, mänskliga rättigheter samt olika livsstilar. Kommuner bör sträva efter att kunna erbjuda social hållbarhet och en social livsmiljö genom att bland annat diskutera och erbjuda folkhälsa, kultur, trygghet, livskvalitet samt jämställdhet till sina invånare (Urban utveckling & samhällsplanering).

Det kom fram i idéseminariet från arbetslivets representanter att det inte förekommer någon konkret produkt för att motarbeta stigmatisering eller själv stigmatisering. Därför ansåg vi att behovet samt nyttan av produkten är stor. Vi vill att produkten skall vara tillgänglig till så många som möjligt och därför tänkte vi satsa på produkten som resursförstärkande samt hälsofrämjande. Vi har även tagit hänsyn till att produkten är ekonomisk samt ekologisk hållbar, eftersom handledningsmaterialet är kort som till exempel avdelningar använder upprepade gånger. Korten skall även kunna användas av smittoriska klienter som kan vara

isolerade, kortens material skall klara av att desinficeras mellan användarna. Därmed ökar även dess hållbarhet.

## 10 Diskussion

Stigmatisering och självstigmatisering, samt dess negativa effekter har intresserat forskare över hela världen. De flesta av dem har efterlyst ytterligare forskning inom området, vilket även vi anser vara behövt. Fenomenet i sig har främst uppmärksammats i relation till psykiska sjukdomar, men även i samband med diverse somatiska och kroniska tillstånd, som till exempel Parkinsons sjukdom. Genom vår narrativa litteraturöversikt, samt kvalitativa innehållsanalys har vi kunna konstatera ett behov av en metod som kan reducera självstigmatisering, då det enligt vår kännedom inte existerar annat än mätinstrument för självstigma i dags läget. Det har framkommit i forskningar att sjukskötaren är i en ypperlig position för att företräda sina klienter och därmed kunna påverka allmänna attityder. De väsentliga nyckelbegreppen har definierats under rubriken ”centrala begrepp” och våra frågeställningar har besvarats på basen av tidigare forskningsresultat. Vi har under arbetsprocessen lärt oss att självstigmatisering innebär att personen i fråga accepterar omgivningens fördomar. Detta leder till ett dåligt självförtroende och skamkänslor, vilket kan innebära att personen avstår från att söka arbete, söka sig till vård och eventuellt avbryter behandlingar. Individen kanske också undviker sociala tillfällen. Detta på grund av hot och rädsla för risken av kränkning eller diskriminering. Resultatet indikerar på ett flertal olika närmanden i syfte att reducera individers självstigma.

De mest ändamålsenliga metoderna för vår produkt var motiverande samtal, empowerment och ett resursförstärkande arbetssätt. Produkten utgår från ett personcentrerat- och holistiskt perspektiv och kan användas mångprofessionellt inom social- och hälsovården, antingen proaktivt eller reaktivt, det vill säga både förebyggande och i det skede då självstigmatisering redan förekommer. Vi har utvecklat en samtalsmetod med nyanser från de ovannämnda evidensbaserade metoderna och utnyttjat avgörande termer i samband med självstigma. Dessa termer har omformulerats i sitt respektive sammanhang, för att tjäna sitt syfte. Samtalet grundar sig på 20 stycken kort där alla väsentliga begrepp lyfts fram och därmed tas upp till diskussion enligt det individuella behovet. Kortens design har piggats upp med positiva färger som har valts ut på basen av färgpsykologi. Samtalet med respektive kort

skall kunna användas av alla yrkesgrupper inom social- och hälsovården. Vi önskar att även övriga nyckelindivider så som stödpersoner, närståendevårdare, personliga assistenter eller stödgrupper skall kunna ha nytta av korten, även om metoden i själva arbetet har riktats till professionella. Tillämpandet av korten kan ske både individuellt eller i grupp och för att uppnå ett framgångsrikt samtal har vi utarbetat medföljande rekommendationer som handledaren kan stöda sig på. Korten riktas till de klienter som upplever sig lida av självstigmats effekter så som hot och rädslan för risken att bli stigmatiserad av andra. Klienter som undviker situationer, isolerar sig och överlag visar drag av rädslor, skam känslor och sänkt självförtroende i relation till sin sjukdom eller livssituation. Korten skall, enligt logik, tillämpas i ett så tidigt skede som möjligt för att därmed kunna uppnå bästa resultat. Metoden är flexibel då korten kan användas enligt eget val, det finns många olika konkreta sätt att utnyttja dem på och de tre tomma korten kan modifieras enligt klientens val och behov. Vår metod bidrar på en vårdvetenskaplig nivå till att stöda professionella inom social- och hälsovårdens/sjukskötarens professionella utveckling, genom det holistiska hälsofrämjande perspektivet, det etiska förhållningssättet, den omfattande handledningen och interaktionen som involverar klientens psykiska mående och samtidigt förbereder för det självständiga livet utanför vård-förhållandet. Den professionella lär sig själv och klienten att inte enbart se det kliniska behovet eller den situation klienten just nu är bunden till, utan helheten och målet de tillsammans strävar till att uppnå. Den professionella utvecklar samtidigt sin egen samhälleliga kompetens genom att fördjupa sig i sina egna attityds frågor och fördomar. Genom att använda kort metoden stöds även utvecklingen av den professionellas innovationsförmåga och kreativitet då kortens tillämpning är både mångsidig samt anpassningsbar enligt behovet och situationen.

Då tiden blev knapp, har vi inte hunnit utföra ett pilottest som önskat. Dock ses ingen orsak till varför vår metod inte skulle fungera i sitt sammanhang eller att den skulle vara bristfällig. För stunden existerar endast en handgjord prototyp av korten, målet är att kunna låta korten professionellt tryckas upp och vara försedda i ett putsbart material så att även smittoriska klienter eller klienter inom sjukhusvård kan använda dem. Vi har kontinuerligt utvärderat metoden och dess funktion. Detta även i enlighet till beställarnas tacksamma bidrag, det vill säga arbetslivets önskemål och utvecklingsförslag för metoden. Arbetsprocessen har varit smidig, vi skribenter har alla dragit vårt strå till stacken. Vi har haft ett fint samarbete och stöttat varandra under hela processen.

Eftersom projektet HOT fortsätter år 2017, önskar vi att den grupp som efterträder oss skulle utföra en produktprovning för att bevisa metodens funktion. Likaså kunde handledarens rekommendationer vidareutvecklas och bestå av konkreta exempel på frågeställningar i relation till kortens teman. Detta i enlighet med arbetslivets representanters önskemål. Önskvärt är att metoden inte enbart påverkar själva klienten, utan även ändrar eventuella negativa attityder hos professionella inom social och hälsovården. Vi föreslår även ett intressant område för vidare fördjupning; attityderna bland social- och hälsovårdspersonalen kontra individer i risk för stigmatisering samt hur man mångprofessionellt kan påverka sina kollegers eventuellt negativa förhållningssätt.

## Källförteckning

Andersson Höglund, I. & Hedman Ahlström, B., 2014. *Psykiatri2*. Lettland: Livonia Print.

Antonovsky, A., 1996. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL*, 11(1), s. 11-18.

Backman, J., 2008. *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Bartonek, E., 2014. *Stigmatisering och psykisk ohälsa*. [Online]

Available at: <http://www.vetenskaphalsa.se/stigmatisering-och-psykisk-ohalsa/>

Bateman, N., 2001. *Advocacy skills for health and social care professionals*. [Online]  
London and USA: Athenaem Press, Gateshead, Tyne and Wear. [Hämtat: 02.02.2016]

Begley, A.-M., 2010. On being a good nurse: reflections on the past and preparing for the future. *International Journal of Nursing Practice*, s. 525-532.

Bell, J., 2009. *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Bell, J. & Waters, S., 2016. *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur AB.

Businessdictionary.com, 2016. Businessdictionary.com. [Online]

Available at:

<http://www.businessdictionary.com/definition/threat.html> [Hämtat: 15.01.2016]

Bethel, J., 2013. Assessment of suicidal intent in emergency care. *CPD*, pp. 52-58.

Björkqvist, K., 2012. *Introduktion till vetenskapsteori och forskningsmetodik för beteendevetenskap*. Lund: Studentlitteratur AB.

Brennaman, L., 2012. Crisis Emergencies for Individuals With Severe, Persistent Mental Illness: A Situation-Specific Theory. pp. 256-257.

Brunt, D. & Hansson, L., 2014. *Att leva med psykisk funktionsnedsättning- livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Carter-Harris, Lisa, H. C. P. S. J. W. M. T. a. R. S. M., 2014. Lung Cancer Stigma Predicts Timing of Medical Help-Seeking Behavior. *Oncol Nurs Forum*, Maj, 41(3), s. 203-210.

Cheung, F.M.C., W. S., 2015. Stigma towards people with psychiatric disorders. *Hong kong medical Journal*, 21(2), s. 9-12.

Chelvanayagam, S., 2014. Stigma, taboos, and altered bowel function. *Gastrointestinal nursing*.12(1).

Corrigan, P. W. & Rao, D., 2013. On the Self- Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure and Strategies for Change. *National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine*,57(8) s.1-10

Dahlborg-Lyckhage, E., 2012. *Att bli sjuksköterska - En introduktion till yrke och ämne..* Lund: Studentlitteratur.

Denscombe, M., 2016. *Forskningshandboken*. Lund: Studentlitteratur.

Ejvegård, R., 2009. *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I., 2014. *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik..* Stockholm: Liber.

Eloranta, T. & Virkki, S., 2011. *Ohjaus hoitotyössä*:Tammi.

Emanuel, E. & E. L., 1992. Four models of the physician – patient relationship. *Journal of American Medical Association*, 267 (16): s.2221-2226.

Engbretson, J., 2013. Understanding stigma in chronic health conditions: Implications for nursing. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25(10), s. 545-549.

Eriksson, L. T. & Wiedersheim-Paul, F., 2011. *Att utreda, forska och rapportera*. 9 red. Stockholm: Liber Ab.

Forsberg, L., 2006. *Motiverande samtal - bättre än råd*. [Online]

Available at: <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=5165>  
[Hämtat:21.02.2016]

Forskningsetiska delegationen, 2012. *Forskningsetiska delegationens anvisningar 2012*. [Online]

Available at: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)  
[Hämtat:15.03.2016]

Fossum, B., 2013. *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården.* 2 red. Lund: Studentlitteratur.

Gellerbring, A., 2016. *Anatomi & fysiologi, varför blir vi rädda?.* [Online]  
Available at: <http://files.webb.uu.se/uploader/271/VT12-19-Gellerbring-Anna-Sammanf.pdf> [Hämtat:01.02.2016]

Gustafson, K., 2014. *Landstinget Sörmland.* [Online]  
Available at: <http://www.landstingetsormland.se/Paverka-sjalv/Folkhalsa/Definitioner-och-begrepp/#Empowerment> [Hämtat:13.01.2016]

Hermanns, M., 2013. The invisible and visible stigmatization of Parkinson's disease. *The journal of American Association of Nurse Practitioners*, januari, 25(10), s. 563-566.

Holm Ivarsson, B. & Ortiz, L., 2013. *Motiverande samtal : praktisk handbok för äldreomsorgen.* u.o.:Gothia Fortbildning .

Ivarsson, K., 2015. *Möten i vården (2.Uppl.).* Lund: Studentlitteratur.

Klang- Söderqvist, B., 2013. *Patientundervisning (3 uppl.).* Studentlitteratur.

Leijon, O. & Svensson, M., 2013. *Hot och våld inom vård och omsorg.* [Online]  
Available at:  
<http://www.skyddsnet.se/files/Hot%20och%20v%C3%A5ld%20inom%20v%C3%A5rd%20och%20omsorg%202013.pdf> [Hämtat: 29.01.2016]

Lönnqvist , J. o.a., 2010. *Psykiatria.* Borgå: WS Bookwell Oy.

Van der Beek, K., Bos, I., Middel, B. & Wynia, K., 2013. Experienced stigmatization reduced quality of life of patients with a neuromuscular disease: a cross-sectional study. *Clinical Rehabilitation*, 27(11), s. 1030-1038.

Magne Holme, I. o.a., 1997. *Forskningsmetodik- om kvalitativa och kvantitativa metoder.* Lund: Studentlitteratur.

Mandal, P. & Prakash, S., 2014. Stigma of mental disorders and role of nursing professionals: A developing country perspective. *JNC - journal of nursing & care*, 190(3), s. 1-2.

- Matteson, C., Merth, T. D. & Finegood, D. T., 2014. *Health Communication Cards as a Tool for Behaviour Change*. [Online]  
Available at: <http://www.hindawi.com/journals/isrn/2014/579083/> [Hämtat: 13 mars 2016].
- Mikkola, R., 2013. *Henkilökunnan kokema pelko ja selviytymiskeinot ensiapupoliklinikoilla*. [Online]  
Available at: <http://docplayer.fi/7751353-Henkilokunnan-kokema-pelko-ja-selviytymiskeinot-ensiapupoliklinikoilla.html> [Hämtat:02.01.2016]
- Mittal, D. Sullivan, G. Chekuri, L. Allee, E., & Corrigan, P. 2012. Psychiatric services. Oktober, 63(10), s. 974-979.
- NE, 2016. *NE Nationalencyklopedin AB 2016*. [Online]  
Available at: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/risk>  
[Hämtat:20.01.2016]
- Pellmer, K. & Warmner, B., 2007. *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber Ab.
- Pietarinen, S. & Poutanen, J., 1998. Etikan teoriat. i: *Etikan teoriat*. Tammerfors: Tammer-Paino Oy, p. 12.
- Prakash, S., 2016. Patients with tension- type headaches feel stigma. *Official journal of Indian academy of neurology*, 19(1), s. 112-114.
- Puhl, R. & Heuer, C., 2010. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *American Journal of Public Health*, 100(6), s. 1019–1028.
- Rollnick, S., Miller, W. & Butler, C., 2009. *Motiverande samtal i hälso- och sjukvård. Att hjälpa människor att ändra beteende..* u.o.:Studentlitteratur.
- Rusch, N., Lieb, K., Bohus, M. & W. Corrigan, P., 2006. Self-stigma, Empowerment and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. *ps.psychiatryonline.org*, Mars, 57(3), s. 399-402.
- Skärsäter red., I., 2014. *Omvårdnad vid psykisk ohälsa*. Danmark: Specialtryckeriet Viborg.
- Socialstyrelsen, 2011. Socialstyrelsen. [Online]  
Available at:  
<http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden>[Hämtat:02.01.2016]



Socialstyrelsen, 2014. *Socialstyrelsen*. [Online]

Available at: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-12-13/Sidor/default.aspx> [Hämtat: 02.01.2016]

Taft Tiffany, K. L., 2016. A systematic review of disease- related stigmatization in patients living with inflammatory bowel disease. 9(1), s. 49-55.

Urban utveckling & samhällsplanering, u.d. *Urban utveckling*. [Online]

Available at: <http://www.urbanutveckling.se/ordlista/ghi/hallbar-utveckling>

Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Suominen, T. & Puukka, F., 2009. Nursing advocacy in procedural pain care.. *Nursing Ethics*, s. 340-362.

Van der Beek, M., Bos, I., Middel, B. & Wynia, K., 2013. Experienced stigmatization reduced quality of life of patients with neuromuscular disease. *Clinical Rehabilitation*, s. 1029-1038.

Watson. Amy, Corrigan, P., Larson, J., Sells, M., 2007. Self- stigma in people with mental illness. 25 Januari, 33(6), s. 1312-1313. 1317.

Verner-Bonds, L., 1999. *Väriterapia: henkiseen tasapainoon ja terveyteen värien avulla*. Karisto.

Vilkka , H., 2007. *Tutki ja mittaa- määrällisen tutkimuksen perusteet*. Jyväskylä: Tammi.

Wills, P., 2008. *Färgterapi: inspiration och övningar för välbefinnande*. Valentinförlag.

Yin, R., 2013. *Kvalitativ forskning från start till mål*. Lund: Studentlitteratur Ab.

Östman, O., Edner, L. & Ershammar, D., 2004. Stigmatisering av personer med psykisk sjukdom ett försummat problem. *Läkartidningen*(20), s. 1840.

## Bilaga 1. Sökprocess

Databas	Titel	Avgränsning/ sökord	Antal träffar	Valda	Varför?	Hämtad
Google scholar	Self-stigma and stoma	År 2012 framåt  Stigma and stoma	12 100	1	Svarade på examensarbetets syfte och frågeställning	31.03.2016
	A systematic review of disease-related stigmatization in clients living with inflammatory bowel disease	År 2016 framåt  Stigmatization	2 450	1	Passade examensarbetets syfte	31.03.2016
	Self- stigma in people with mental illness	Inget årtal  Self- stigma and mental illness	204 000	1	Svarade på examenarbetets syfte. Över hälften av träffarna var o-relevanta	30.03.2016
	Stigma towards people with psychiatric disorders	År 2015 framåt  Recognize self-stigma in Klienter	16 600	1	Svarade på examensarbetets syfte. Över hälften av träffarna var o-relevanta	30.03.2016
	The salutogenic model as a theory to guide health promotion	Inget årtal  Antonovsky salutogenic model	4549	1	Ursprunglig rapport av Antonovsky (1996).	24.01.2016
	Self-Stigma, Empowerment, and Perceived Legitimacy of Discrimination Among Women With Mental Illness	2010-2016  Empowerment and self-stigma	2350	1	Svarade på syftet om empowerments betydelse som reducerings metod för självstigma	28.01.2016

	On the self-stigma of mental illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change	2012-2016 Counter self-stigmatization model	197	1	Svarade på frågeställningen	28.01.2016
	Empirical studies of self-stigma reduction strategies: A Critical Review of the literature	2011-2016 Ending self-stigma* model* article	1560	1	Svarade ypperligt på frågan	28.01.2016
	Health communication Cards as a Tool for Behaviour Change	2013-2016 Cards as a tool for communication in health care	16 600	1	Svarade bäst på frågan om kort-metodens användning inom social- och hälsovård	13.03.2016
	Stigma of Mental Disorders and Role of Nursing Professionals: A developing country perspective	2010-2016, article stigma* role of nursing professionals*	17 300	1	Svarade på frågeställningen om professionellas/ sjukskötarens roll/attityd kontra stigmatisering	28.01.2016
PubMed	Klients with tension-type headaches feel stigma	År 2012 framåt & full text Stigma disability	95	1	Tjänade sitt syfte; självstigma även i detta sammanhang	04.04.2016
EBSCO host	OBESITY STIGMA- Important Considerations for public health	Full text, 2010-2016, article. Peer reviewed Stigmatization and threat*	18	1	Svarade på frågan ur ett somatiskt perspektiv	02.04.2016
	Experienced stigmatization reduced quality of life of Klients with neuromuscular disease: a cross-sectional study	2010-2016, full text, article, peer reviewed Experienced stigmatization* disease*	67	1	Svarade på frågeställningen om självstigma kontra somatiken	02.04.2016

	Lung Cancer stigma predicts timing of medical help-seeking behaviour	2011-2016  Self-stigma* cancer*	552	1	Tjänade sitt syfte i relation till stigmats påverkan	02.04.2016
	The invisible and visible stigmatization of Parkinson's disease	2010-2016, full text, peer reviewed  Stigma*of disease*	68	2	Svarade på frågan om stigmatisering och självstigma	28.01.2016
	Understanding stigma in chronic health conditions: Implications for nursing	2010-2016, full text, peer reviewed  Stigma*of disease*	68	2	Svarade på frågan	28.01.2016
	Nursing advocacy in procedural pain care	Full text, References available , Peer Reviewed 2009-2015/ Nursing advocacy AND Klient care	7	1	Definierade föreläsning	27.01.2016

## Bilaga 2. Tabell över använda artiklar i innehållsanalysen

	NYCKELORD	METOD	FORSKARNAS RESULTAT	ARTIKEL
<b>Artikel nr 1</b>	Stigmatisering Rädsla Risk Förebygga	Intervju	Förekommer variabler som påverkar självstigmatisering hos cancerklienter som röker, sjukvårdspersonalens beskyllning av självförvårdad cancer leder till att klienterna blir rädda att i tid söka vård på grund av rädslan för risken av stigmatisering.	Lung cancer stigma predicts timing of medical help-seeking behavior, <i>Oncol nurse forum</i> , 2014, 203-210, Carter-Harris. L et al.
<b>Artikel nr 2</b>	Process Självbestämmande Uppmuntra Företrädarskap	Tvärsnittsstudie	Företrädarskap löper som en process där klienten skall vägledas, och handledas med sina reaktioner till exempel utgående ifrån stigmatisering. Bör hitta specifika metoder för varje enskild klient.	Nursing advocacy in procedural pain care. <i>Nursing ethics</i> , 2009 s. 340-362, Vaartio. H, Leino-Kilpi. H, Suominen. T, Pukka. F,
<b>Artikel nr 3</b>	Företrädarskap Kompetensutveckling	Litteraturöversikt	Företrädarskap är en integrerad del av konsten att vårda.	On being a good nurse: reflections on the past and preparing for the

	Självständighet Opinionsbildning Ansvar			future, <i>International journal of nursing practice</i> , 2010, s.525-532, Begley A-M.
<b>Artikel nr 4</b>	Företräderskap Klient interaktion	Litteraturstudie	Vikten av interaktion mellan klient och professionella inom social- och hälsovård. Ge klienten möjlighet att delta i vården.	Four models of the physician- client relationship, <i>Journal of American medical association</i> , 1992, s. 2221-2226, Emanuel. E
<b>Atikel nr 5</b>	Negativa upplevelser Hot Rädsla Fördomar	Litteraturöversikt	Individer med upplevd stigmatisering upplever kränkning, framskriden stigmatisering leder till acceptans av samhällets stämplingar, vilket leder till beteendeförändring mot det negativa.	Stigmatisering av individer med psykisk sjukdom ett försummat problem, <i>Läkartidningen</i> , 2004, s.1840, Östman. O, Edner. L, & Ershammar. D.
<b>Artikel nr 6</b>	Motiverande samtal Missbruk Beteendeförändring	Litteratur översikt	Forsberg påvisar att motiverande samtal kan vara effektivare än ursprunglig rådgivning. Metoden påvisas	Motiverande samtal – bättre än råd, <i>Läkartidningen nr 42</i> , 2006, Forsberg. L

	Främja motivation		fungera för flera klientgrupper än den ursprungliga alkoholistgruppen. Kräver god interaktion med vårdare	
<b>Artikel nr 7</b>	Rädsla Stigmatisering Tarmsjukdomar	Litteraturöversikt	Stigmatisering i relation till tarmsjukdomar, rädslan över att uppleva stigmatisering leder till sämre vårdresultat samt sänker självförtroende. Lyfter fram vikten av professionella inom social- och hälsovårdens uppmärksamhet av stigmatisering vid vård av stigma klienter.	Stigma, taboos, and altered bowel function, <i>Gastrointestinal nursing nr.1, vol.12, 2014, Chelvanayagam.S,</i>
<b>Artikel nr 9</b>	Självstigmatiseringens Beteendeförändring Stereotypi Själv tillit	71 deltagare, genomsnittsåldern var 41,2 år, 49,3 % kvinnor. Genomsnitts ålder vid diagnostisering 23,7 år. Samplet var 22,5% Afrikans Amerikanare, 60,6 % vita, 2,8 % var infödingar, 2,8 % asiatisk amerikansk, och 11,3% av annan etnicitet	En beteendeförändring för att reducera samhällelig stereotypi, för att förbättra psykiskt sjukas dåliga själv tillit, orsakad av själv stigmatisering.	Self- stigma in people with mental illness, <i>Schizophrenia bulletin, nr.6, vol.33, s.1312-1317, 2007, Watson. A, Corrigan. P, Larson. J, Sells. M</i>

<b>Artikel nr 10</b>	Reducera, Stigmatisering, Professionellas negativa attityder, Holistiskt arbetsätt,	Slumpmässigt frågeformulär, 376 Klienter från specialsjukvården inom mental och missbruk.	Professionella inom social- och hälsovård behöver fortbildning för ett mera holistiskt arbetsätt. Stigmatisering förekommer mera hos professionella inom social- och hälsovård än samhälleligt.	Stigma towards people with psychiatric disorders, <i>Hong Kong Medical journal, vol.21, nr.2, s.9-12, 2015,</i> Cheung. Fmc, Wong. Sys, Tang. Wk, Lau. Ltf, Woo. J, Lee. Dtf.
<b>Artikel nr 11</b>	Stress Spänning Stigmatisering Stereotypi	Kvalitativ frågeställning. Totalt 50 klienter deltog i undersökningen 30 kvinnor och 20 män, med spännings huvudverk.	Hur stigmatisering och negativa attityder förekommer gentemot klienterna. Klienterna avstår ifrån att söka vård p.g.a. rädslan av samhällets fördomar/stereotypier, samt rädslan av att bli stigmatiserad.	Clients with tension type- headaches feel stigma, <i>Official journal of Indian academy of neurology, vol.19, nr.1, s.112-114, 2016, Prakash. S</i>
<b>Artikel nr 12</b>	Hot Förebygga stigmatisering Motiverande samtal	Kvantitativ litteraturstudie/ Enkät	Föra diskussion om problemet (fetma) på en internationell nivå, för att reducera samt förebygga risken för stigmatisering.	Obesity stigma: Important considerations for public health, <i>American journal of public health,</i> 2010, s. 1019-



				1028, Puhl. R, Heuer, C
<b>Artikel nr 13</b>	Stigmatisering  Rädsla  Risk	Enkät/ tvärsitsstudie med Samplet på 235 klienter	86 % upplevt stigmatisering 64 % upplevt antagande av stigmatisering. Klienter med neuromuskulär sjukdom led mindre av direkt stigmatisering, men desto mera av rädslan av risken att bli stigmatiserad.	Experienced stigmatization reduced quality of life of clients with neuromuscular disease, <i>Clinical Rehabilitation</i> , 2013, s. 1029- 1038, Van der Beek. M, Bos. I, Middel.B, Wynia.K.
<b>Artikel nr 14</b>	Företräderskap	Litteraturstudie  Samplet 14st. 38-82 år, vilket ger medelåldern 68,4år med Parkinsons diagnos	Stort behov av att utveckla sjukskötare till en företrädande roll, speciellt på en mikronivå. Holistiskt perspektiv i vårdande. Efterlyser effektiva metoder för att reducera stigmatisering hos klienter som har Parkinsons sjukdom. Alla 14st. upplevde stigmatisering i relation till sin progressiva neurologiska sjukdom.	The invisible and visible stigmatization of Parkinson's disease, <i>The journal of American association of nurse practitioners</i> , 2013, Hermanns.M

<p><b>Artikel nr</b> <b>15</b></p>	<p>Stigmatisering Diskriminering Mentala sjukdomar</p>	<p>Litteraturöversikt</p>	<p>Det förekommer ett behov av att fortbilda sjukskötaren inom reducering av stigmatisering mot mentalt sjuka. Ett fortsatt arbete och nya framsteg inom forskning behövs för att kunna befria människor och deras familjer som lider av stigmatisering.</p>	<p>Stigma of mental disorders and role of nursing professionals: A developing country perspective, <i>JNC-Journal of Nursing &amp; Care</i>, 2014, Mandal &amp; Prakash</p>
<p><b>Artikel nr</b> <b>16</b></p>	<p>Beteendeförändring Reducera självstigmatisering</p>	<p>Litteraturöversikt</p>	<p>Reducering av stigmatisering måste tillämpas i ett tidigt skede av mentalt sjuka, KBT metod kan vara till nytta vid bekämpning av själv. Stigmatisering</p>	<p>Psychiatryonline, <i>Psychiatric services</i>, 2012, Mittala. D, Sullivan.G, Chekuri. L, Allee. E, Corrigan.P</p>
<p><b>Artikel nr</b> <b>17</b></p>	<p>Reducera självstigmatisering</p>	<p>Litteraturöversikt</p>	<p>Empowerment kan vara bästa metoden för att motarbeta självstigmatisering hos mentalt sjuka.</p>	<p>On the self- stigma of mental illness: stages, disclosure and strategies of change, <i>National center for biotechnology information, U.S. National Library of medicine</i>, 2013 Corrigan &amp; Rao</p>

### Bilaga 3. Sammanfattning av all data samt svar på våra frågeställningar

Stigmatisering uppstår i samhället	Självstigmatisering	Riskgrupper	Individuell påverkan	Prövade metoder
Synliga & osynliga hälsotillstånd hos annan person	Medveten om en stereotypi → relaterar till sig själv samt överensstämmer	Kroniskt sjuka  Ex. Parkinsons sjukdom, diabetes, mentala sjukdomar, HIV.	Rädsla, skam, hot, risk, ovärdighet, hopplöshet, hot om kränkning och sänkt självkänsla	Psykoedukativa, empowerment, kognitiva strukturer → KBT, motiverande samtal, resursförstärkande, Klient eller personcentrerat
En stereotypi leder till fördomar och dömande	Själv-applicerar samhällets stigmatisering	Fångar, före detta fångar	Social stämpel, fördomar, isolering, diskriminering, svårare att bli anställd, gå miste om livsmöjligheter, undvika situationer	Individuellt och som gruppverksamhet → kamratstöd och delande av erfarenheter-diskutera beteendestrategier
Negativ attityd gentemot minoritetsgrupp → socialt stämplande	Accepterar omgivningens fördomar	Nedsatt social status	Bristande stöd och empati av andra människor	Upplysning om stress samt respektive sjukdom
Rädsla, ilska, hot, kränkning	Accepterar stigmatiseringen i förhållande till sig själv	Övriga minoritetsgrupper	Risk för att avbryta behandlingar/vård → ”why-try” effekt	Göra upp meningsfulla mål, känslan av hopp, förbättrad självkänsla, kunskap om stigma, sociala färdigheter och allmänt förebyggande
Negativa uppfattningar → avståndstagande och			Förändringar i den egna identiteten, negativ attityd	Individuella hemuppgifter, manualer, broschyrer och protokoll

undvikande→ diskriminering				
Bristande kommunikation				
<b>Minska självstigma</b>				
AFöreträdarskap, motiverande samtal, empowerment, resursförstärkan- de, handledning, KASAM				
Lyssna, stöda- socialt stöd, uppmuntra, stärka känslan av meningsfullhet, stärka självförtroendet, föra fram positiva egenskaper, inte beskylla, beröm→ self- efficacy, tillit, omvårdnad, förebygga, motivera, holistiskt närmande, trygg miljö, trovärdighet, empati, samarbete, kroppsspråk				

## **Bilaga 4. Rekommendationer för ett lyckat samtal**

### **Discussing Self-Stigma: See the human, not the label**

Dessa kort av avsedda som stöd för ett resursförstärkande samtal med avsikt att proaktivt och reaktivt reducera klienters självstigmatisering. Korten kan tillämpas inom social- och hälsovård oberoende av klientel eller professionell yrkesgrupp. Kortens lingvistiska konstruktion består av nyckeltermerna i relation till självstigmatisering.

Stigmatisering innebär en samhällelig stereotypi riktad till den enskilda individen eller minoritetsgrupper. En stereotypi medför negativa attityder, diskriminering, beteendeförändringar, rädslor, risker och hot-bilder i vardagliga situationer för den berörda individen.

Självstigma betyder att den allmänna stereotypin och stigmatiseringen accepteras samt själv-applieras. Livskvaliteten kan få övergripande negativa följder där individen väljer att undvika skrämmande situationer, vilket begränsar vardagen. Självstigma tär på självförtroendet och själv-känslan.

Korten kan användas som stöd i både individuella- eller gruppsamtal, men samtalet är alltid personcentrerat. För att uppnå livsstilsförändring är det av stor vikt att lyssna och förstå klientens situation med vilja till förändring. Målet med samtalet är att stärka klientens egenkraft, empowerment samt self- efficacy (tilltro på sig själv) och tillika motivera till beteendeförändring. Kärnan i samtalet är försöka locka fram motivation till förändring. Eftersom samtalet är personcentrerat betyder detta att klienten är i fokus och du som handledare har den lyssnade rollen. Genom att lyssna på klienten kan man tillsammans stöda klientens självkänsla samt vilja.

***Samtalet inleds genom att:***

- Ställa ett tydligt mål tillsammans med klienten för beteendeförändring – vad värdesätter klienten och är redo att arbeta för?
- Försök lära känna klienten
- Ge information om vilka alternativ som finns som lämpar sig för klienten
- Lyssna och visa respekt
- Erbjud stöd

***För ett lyckat samtal rekommenderas följande:***

- Bekräfta klienten verbalt eller via kroppsspråk
- Ställ öppna frågor
- Reflektivt lyssnande
- Ta ögonkontakt
- Ge positiv respons
- Visa tillit samt intresse av att lyssna
- Inte beskylla – istället berömma och uppmuntra handlandet eller beteendet

Genom att ställa öppna frågor ger du klienten möjlighet att svara ifrån ett bredare spektrum. Frågorna bör inledas med hur? vad? vilka? berätta eller beskriv.

## **Bilaga 5. Rekommendationer för ett lyckat samtal (Suomeksi)**

### **Discussing Self- Stigma: See the human, not the label**

”Discussing self- stigma” kortit ovat tarkoitettu voimaannuttavan keskustelun tueksi. Tarkoitus on ennakoivasti reagoida asiakkaiden itse- stigmatisoinnin vähentämiseen. Kortteja voi käyttää asiakkaiden taustasta tai hoitohenkilökunnan koulutuksesta/suuntautumisesta riippumatta.

Korttien lingvistinen rakenne koostuu avainsanoista, jotka perustuvat itse- stigmatisoinnin tunnetiloihin.

Stigmatisointi tarkoittaa yhteiskunnallista stereotypiaa joka suuntautuu yksilöihin tai vähemmistöryhmiin. Stereotypia tuo mukanaan negatiivisia asenteita, syrjintää, muutoksia käyttäytymisessä sekä pelko-, riski-, ja uhkatiloja arkipäivän tilanteissa asiakasta kohtaan.

Itse- stigmatisointi tarkoittaa, että kyseinen henkilö hyväksyy yleisen stereotypian ja stigmatisoinnin joka johtaa siihen, että henkilö alkaa mukautua stereotypioiden ja stigmatisoinnin tyypillisiin käytöksiin. Tämä vaikuttaa henkilön elämänlaatuun negatiivisesti. Henkilö välttää pelottavia tai uhkaavia tilanteita jotka rajoittavat arkipäivää. Itse- stigmatisointi alentaa henkilön itseluottamusta ja itsetuntoa.

Kortteja voi käyttää yksilöllisesti asiakkaan kanssa tai ryhmäkeskusteluissa, mutta keskustelu on aina kuitenkin asiakaskeskeinen. Jotta asiakas saavuttaisi elämäntapamuutoksen, on työntekijän (sairaanhoitaja, lähihoitaja, ohjaaja ym.) osattava kuunnella ja todella ymmärtää asiakkaan elämäntilannetta ja hänen halua muuttaa elintapoja. Keskustelun päämääränä on vahvistaa asiakkaan omia voimavaroja, voimaannuttaa, vahvistaa luottamusta itseensä ja motivoida muutokseen. Keskustelun ydin on ”houkutella esiin” motivaatiota joka edesauttaa muutosta elämäntavoissa ja käytöksessä. Keskustelu on asiakaskeskeinen- tämä tarkoittaa, että asiakas on keskipisteenä ja ohjaajan tehtävä on kuunnella asiakasta. Kuuntelemalla asiakasta ohjaaja voi tukea asiakkaan itsetuntoa ja halua muuttua/muuttaa käyttäytymistapoja tai elintapoja.

***Keskustelun kulku:***

- Aseta tavoite asiakkaan kanssa; Mitä asiakas haluaa muuttaa? Minkä eteen asiakas on valmis tekemään muutoksia? Mikä on keskustelun tavoite?
- Opi tuntemaan asiakas
- Anna eri vaihtoehtoja ja tietoja jotka edesauttavat asiakasta tavoitteiden saavuttamisessa
- Kuuntele ja näytä kunnioitusta
- Tarjoa tukea

***Jotta keskustelu onnistuisi, muista:***

- Vahvista ymmärrys joko suullisesti tai kehonkielellä
- Ota katsekontakti asiakkaaseen
- Kysy avoimia kysymyksiä
- Heijastava kuuntelu

Esittämällä avoimia kysymyksiä, annat asiakkaalle mahdollisuuden vastata laajemmin. Avaa kysymykset kysymällä, miten? Mikä? Mitkä? Kerro tai kuvaile



## **Bilaga 6. Rekommendationer för ett lyckat samtal (In English)**

### **Discussing Self- Stigma: See the human, not the label**

These cards are intended as a support for a resource strengthen discussion with intention to proactive and reactive reduce self- stigma in clients. These cards can be applied in social- and healthcare, regardless of the client´s background or the personnel´s education.

The terms on the cards are consisting of different feelings a self- stigmatized client can feel.

Stigmatization includes stereotypes that the society have formed against individuals or minority groups. The stereotypes bring negative attitudes, discrimination, behavioral changes, fear-, risk-, and threat situations in everyday context toward the client.

Self- stigmatization means, that the individual accepts the societies stereotypes and self- applies them. This has a negative impact on the individual´s quality of life and she chooses to avoid scary and threatening situations, which limits her everyday life. Self- stigmatization lowers the individual´s self- confidence and self- esteem.

These cards can be used individually or in a group discussion. Remember to always concentrate on the individuals in the discussion. The instructor/personnel has to know how to listen to the client, really understand the client´s situation and the client´s motivation and want to change, so that the client can achieve a lifestyle change. The goal of the discussion is to strengthen the client´s own resources and self- confidence, empowerment, and motivate to a change. The most important thing in the discussion is try to draw forward the client´s motivation that can help to establish a lifestyle change. The discussion is client- centered, which means that the client is in the center and the instructor/employees job is to listen. By listening to the client, can the instructor/personnel support the client´s self- esteem and the want to change her lifestyle or behavioral change.

***Discussion:***

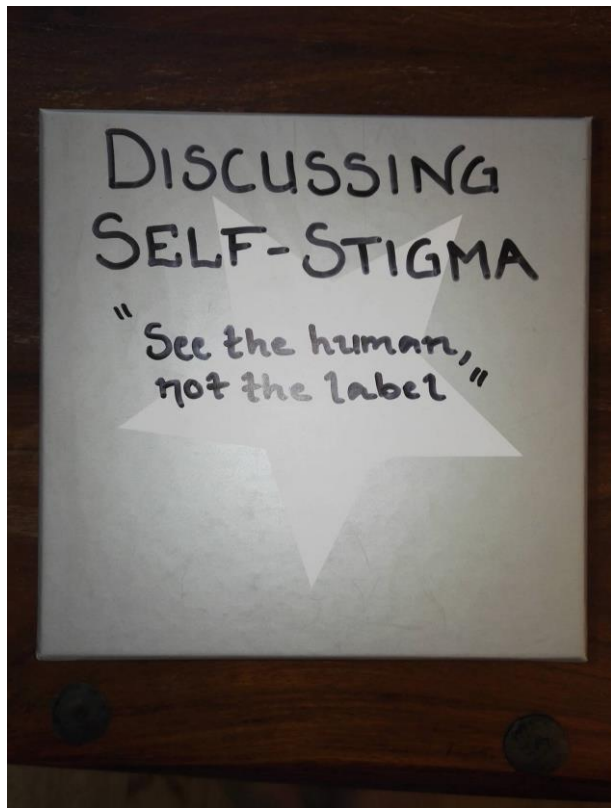
- Set at goal with the client- what does the client want to change? And how much effort is the client willing to put for the change? What is the goal with the discussion?
- Learn to know the client
- Help the client by giving her information that can connive the client to achieve her goals
- Offer help

***For a successfull dicussion:***

- Confirm to the client verbally or by body language
- Ask open questions
- Reflective listening
- Remember eye contact
- Give positive feedback
- Show trust and interest by listening
- Don't accuse- instead encourage the behavioral

By asking open questions to the client, you give the client a wider possibility to answer the questions should begin with how? What? Whom? Tell or describe.

## Bilaga 7. Foto på produkten



## Bilaga 8. Produkten enligt fiskbensmodellen

