



Acceptans för människor med psykisk ohälsa

Sonja Byfält

Elin Tuisku

Examensarbete

Sjukskötare

2018

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Sjukskötare
Identifikationsnummer:	(SB) 6457 (ET) 6456
Författare:	Sonja Byfält och Elin Tuisku
Arbetets namn:	Acceptans för människor med psykisk ohälsa
Handledare (Arcada):	Jari Savolainen
Uppdragsgivare:	PAD-projektet (Positive Attitude Development)
<p>Sammandrag:</p> <p>Detta examensarbete har utarbetats i samarbete med projektet PAD (positive attitude development), vars mål är att öka kunskapen om och förståelsen för människor med psykisk ohälsa, samt motverka marginaliseringen av dessa. Avsikten med detta examensarbete är att uppmärksamma vilka faktorer som bidrar till acceptans, samt att granska graden av önskad social distans till människor med psykisk ohälsa. Syftet är att främja en mer accepterande syn till psykisk ohälsa och få fram skillnader i social distans till människor med psykisk ohälsa. Den första frågeställningen besvaras med en kvalitativ litteraturstudie som omfattar 12 artiklar, och den andra med hjälp av insamlade frågeformulär från projektet PAD. Dessa frågeställningar beskrivs som följande: 1) Vilka faktorer bidrar till acceptans för personer med psykisk ohälsa? 2) Hurdana skillnader kan ses i den sociala distansen till människor med psykisk ohälsa? Joyce Travelbees teori om mellanmännsliga aspekter används som teoretisk referensram. Travelbee tar upp betydelsen av att se människan som en unik individ och bortse från stereotypiska tankesätt. Resultatet av den första frågeställningen omfattar fyra huvudteman: ”erfarenhet och kontakt”, ”utbildning och kunskap”, ”ålder” och ”kön”. Därtill finns ett mindre tema som omfattar enstaka artiklar under ”övrigt”. Dessa teman är faktorer som bidrar till acceptans för personer med psykisk ohälsa. Den andra frågeställningen behandlar två påståenden. Det första påståendet handlar om viljan att bo granne med någon som fått psykiatrisk vård, vilket jämförs med det andra påståendet: de flesta som fått psykiatrisk vård är pålitliga barnvakter. Resultatet visar en skillnad i önskan om social distans mellan dessa påståenden. Detta arbete visar att ju närmare man kommer i relation till människor med psykisk ohälsa desto mer visar man en önskan om social distans. Däremot uppkommer faktorer som främjar acceptansen, såsom erfarenhet och kontakt med människor med psykisk ohälsa.</p>	
Nyckelord:	PAD-projekt, acceptans, social distans, stigma, psykisk ohälsa
Sidantal:	45
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	(SB) 6457 (ET) 6456
Author:	Sonja Byfält and Elin Tuisku
Title:	Acceptance towards people with mental illness
Supervisor (Arcada):	Jari Savolainen
Commissioned by:	PAD-project (Positive Attitude Development)
<p>Abstract:</p> <p>This thesis has been compiled in collaboration with the project PAD (positive attitude development), which aim is to increase the knowledge and understanding for people with mental illnesses and to counteract their marginalization. The intention of this thesis is to notice which factors conduce acceptance, and to examine the extent of desired social distance towards people with mental illnesses. The purpose is to promote a more acceptive view on mental illness and to obtain differences in the social distance towards people with mental illnesses. The first question is being answered through a qualitative literature study comprising 12 articles, and the second through collected questionnaires from the project PAD. These questions are as follows: 1) Which factors conduce acceptance towards people with mental illnesses? 2) What kind of differences can be seen in the social distance towards people with mental illnesses? Joyce Travelbee's model of Human-To-Human relationship is used as a theoretical frame of reference. Travelbee points out the significance of seeing the human as a unique individual and to put aside a stereotypical mindset. The result of the first question comprises four main themes: "Experience and Contact", Education and Knowledge", "Age" and "Gender". In addition is a smaller theme including only a few articles: "Remaining". These themes consist of factors conducing acceptance to people with mental illness. The second question deals with two different statements. The first statement is about the desire of being a neighbour to someone who has received psychiatric care, this is being compared to the second statement: most people who have received psychiatric care can be trusted as baby sitters. The result shows a difference in the desire of social distance between these two statements. This thesis presents that the closer the relationship is to a person with a mental illness, the greater the desire becomes for social distance. However, factors conducing acceptance arise, such as experience and contact to people with mental illnesses.</p>	
Keywords:	The PAD-project, acceptance, social distance, stigma, mental illness
Number of pages:	45
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Sairaanhoitaja
Tunnistenumero:	(SB) 6457 (ET) 6456
Tekijä:	Sonja Byfält ja Elin Tuisku
Työn nimi:	Mielenterveyden kärsivien ihmisten hyväksyminen
Työn ohjaaja (Arcada):	Jari Savolainen
Toimeksiantaja:	PAD-projekti (Positive Attitude Development)
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tämä opinnäytetyö on tehty yhteistyössä PAD (Positive Attitude Development) -projektin kanssa. Projektin tarkoitus on lisätä tietoa ja ymmärrystä ihmisistä, jotka kärsivät mielenterveydellisistä häiriöistä, sekä vastustaa ilmiön marginalisaatiota. Opinnäytetyön tarkoituksena on havainnoida tekijöitä, jotka edistävät mielenterveyshäiriöisten ihmisten hyväksyntää, sekä tutkia sosiaalisen etäisyyden mittaamista ihmisiin, joilla on mielenterveyshäiriö. Tavoitteena on edistää mielenterveyshäiriöitä hyväksyvää näkemystä, ja löytää eroja sosiaalisessa etäisyydessä mielenterveyshäiriöisiä ihmisiä kohtaan. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastataan kvalitatiivisen kirjallisuuskatsauksen kautta, mikä käsittelee 12 artikkelia, ja toiseen kyselyyn avulla, joka on koottu PAD projektista. Tutkimuskysymykset ovat: 1) Mitkä tekijät edesauttavat mielenterveyshäiriöisten ihmisten hyväksyntää? 2) Millaisia sosiaalisen etäisyyden eroavaisuuksia on nähtävissä mielenterveyshäiriöisiä ihmisiä kohtaan? Joyce Travelbeen teoriaa ihmissuhteiden perspektiiveistä käytetään teoreettisena viitekehystenä. Travelbee korostaa ihmisen yksilönä näkemisen tärkeyttä ja stereotyyppisen ajattelutavan hylkäämistä. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tulokset sisältävät neljä pääteemaa: ”Kokemus ja Kontakti”, ”Koulutus ja Tieto”, ”Ikä” ja ”Suku-puoli”. Näiden lisäksi on suppeampi ”Muut” -teema koostuen muutamasta artikkelista. Edellä mainitut teemat koostuvat tekijöistä, jotka edesauttavat mielenterveyshäiriöisten ihmisten hyväksyntää. Toinen tutkimuskysymys käsittelee kahta väittämää. Ensimmäinen väittämä koskee halukkuutta asua psykiatrisessa hoidossa olleen ihmisen naapurina. Tätä väittämää verrataan toiseen väittämään: Useimmat, jotka ovat saaneet hoitoa mielenterveyshäiriöön, ovat luotettavia lapsenvahteja. Tulokset osoittavat eroavaisuuden sosiaalisen etäisyyden halussa näiden kahden väittämän välillä. Tämä opinnäytetyö osoittaa, että mitä läheisempi suhde on mielenterveyshäiriöiseen ihmiseen, sitä enemmän korostuu halu sosiaaliseen etäisyyteen. Toisaalta hyväksyntää edesauttavia tekijöitä ilmenee kuten kokemus ja kontaktit mielenterveyshäiriöisiin ihmisiin.</p>	
Avainsanat:	PAD-projekti, hyväksyntä, sosiaalinen etäisyys, stigma, mielenterveyshäiriöt
Sivumäärä:	45
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

Innehållsförteckning

1. Inledning	6
2. Bakgrund	7
2.1 Psykisk hälsa och psykisk ohälsa	7
2.2 Centrala begrepp.....	9
2.3 PAD-projektet	14
2.4 Tidigare forskning	15
3. Syfte och frågeställningar	17
4. Teoretisk referensram	17
5. Metod	20
5.1 Val av metod del ett.....	20
5.2 Val av metod del två.....	23
6. Etiska reflektioner	24
7. Resultat	25
7.1 Resultat del ett.....	25
7.1.1 <i>Erfarenhet och kontakt</i>	27
7.1.2 <i>Utbildning och kunskap</i>	28
7.1.3 <i>Ålder</i>	29
7.1.4 <i>Kön</i>	29
7.1.5 <i>Övrigt</i>	30
7.2 Resultat del två.....	31
7.3 Resultat kopplat till teoretisk referensram	34
8. Diskussion och kritisk granskning	35
Källor	40
Bilagor	

1. INLEDNING

Psykisk ohälsa berör samhället och många, enskilda individer. Enligt Institutet för hälsa och välfärd (2017a) har man i Finland sett en ökning i den psykiska ohälsan bland 20–64 åringar. Människor med allvarlig psykisk ohälsa kan uppleva diskriminering i form av social distans från familj och grannar. De kan känna avsaknad av respekt vilket kan vara en destruktiv inverkan för självkänslan och påverka arbetsmöjligheterna negativt (Ye et al, 2016). Människors förmåga att acceptera sin egna psykiska ohälsa hindras av känslor som skam, rädsla och hopplöshet. Dessa känslor uppstår bland annat på grund av distanstagande från andra människor, exkludering från institutioner samt stigma. (Mizock et al., 2014)

För att minska den sociala distansen och stigmat som psykisk ohälsa kan medföra, är det viktigt att vårdare ger ett gott bemötande och en god omvårdnad. Denna omvårdnad bör bygga på principerna respekt, hänsyn och acceptans. Respekt innebär att vårdaren erkänner patientens egen vilja och unika sätt att uppleva olika situationer. Hänsyn betyder att vårdaren uppmärksammar patientens känslor och tankar och utgår från dessa i sitt handlande. För att vårdaren ska kunna tillägna sig dessa principer förutsätter det acceptans till patienten. Detta innebär helt enkelt, att vårdaren accepterar patienten så som den är. (Sarvimäki och Stenbock-Hult, 2008, s.25)

Arbetet är i samarbete med projektet Positive Attitude Development (PAD). Syftet med projektet var att öka kunskapen och förståelsen för psykisk ohälsa i vårt samhälle, samt minska stigmat. Att unga med psykisk ohälsa skall ha möjligheter att komma in och kvarhållas i arbetsmarknaden.

Detta arbete kommer att behandla acceptans och social distans till människor med psykisk ohälsa, aspekter som förhoppningsvis kan minska stigmat och främja den psykiska hälsan.

2. BAKGRUND

I bakgrundsdel till detta arbete beskrivs i korthet vad som kan avses med psykisk hälsa och psykisk ohälsa. Här behandlas även centrala begrepp såsom acceptans och stigma, och en förståelse av begreppet acceptans utformas. PAD-projektet, som detta examensarbete är involverat i, presenteras och därefter redogörs för tidigare forskning.

2.1 Psykisk hälsa och psykisk ohälsa

Enligt världshälsoorganisationen WHO (2016) definieras psykisk hälsa som ett tillstånd av välbefinnande där varje individ inser sin egna potential, kan klara av vardaglig stress, kan arbeta produktivt och bidra till samhället. Psykisk hälsa och välbefinnande är grundläggande för vårt samhälle och individuella förmåga som människa att tänka, påverka varandra, försörja sig och njuta av livet. Många sociala, psykologiska och biologiska faktorer bestämmer graden av psykisk hälsa hos en individ (WHO, 2016).

Psykisk ohälsa är ett svårdefinierat begrepp. Man brukar tala om biologiskt-medicinskt och psykologiskt-socialt, eftersom det finns två olika behandlingar för psykiska sjukdomar. Dessa behandlingar är somatisk terapi som inverkar på hjärnan och psykoterapi som behandlar de sociala åtgärderna (Ottoson, 2004, s. 10). Symtom för psykisk ohälsa kan uppkomma på två sätt. Det första är störningar i hjärnan eller funktionen och det andra är genom upplevelser av omvärlden (Ottoson, 2004, s. 10). Psykiska sjukdomar klassificeras enligt deras symtom och svårighetsgrad. De mest allvarliga sjukdomarna kan orsaka nedsett funktionsförmåga, lidande och försvaga livskvaliteten. Dock, med hjälp av behandling så kan den lidande leva ett tillfredsställande liv (Institutet för hälsa och välfärd, 2016a).

Det finns ett flertal olika psykiska sjukdomar, nedan ges en kort presentation av några av dem.

Affektiva sjukdomar

Man kan dela in psykiska sjukdomar i mindre grupper beroende på deras inverkan. Affektiva sjukdomar påverkar sinnesstämningen i form av nedstämdhet och oförmåga att

känna glädje, såsom depression och bipolär sjukdom (Institutet för hälsa och välfärd, 2016b). Det kan komma i olika perioder i form av olika episoder såsom depressiva och maniska (Ottoson, 2014 s. 229). Till det depressiva tillståndet kan följande symtom förekomma: brist på energi och intresse, nedstämdhet, minskad eller ökad aptit, sömnstörningar eller självmordstankar (Ottoson, 2014 s. 230). Till maniska tillståndet som förekommer hos bipolära personer kan dessa symtom ingå: hyperaktivitet eller rastlöshet, förhöjd sinnesstämning som har varat minst en vecka, tankeflykt och konstanta förändringar i ens planer och aktiviteter (Ottoson, 2014 s. 239).

Psykos

En annan typ av grupp är psykos. Dessa är avvikelser från verklighetsuppfattningen som kan komma fram i former av hallucinationer och vanföreställningar. Den vanligaste bland dem är schizofreni (Institutet för hälsa och välfärd, 2016c). Det finns vissa kriterier för att få den diagnosen. Åtminstone ska någon form av tankestörning, vanföreställning av något bisarrt eller rösthallucination förekomma. Eller minst två av dessa symptom: långvarig hallucination med olika sinnen såsom syn eller ljud ihop med vanföreställningar utan känslor eller kataton beteende (Ottoson, 2014 s. 164). Katatoni betyder spändhet i kroppen eller överdriven motorisk aktivitet utan något syfte (Psykologiguiden). Psykotiska symtom förekommer oftast i perioder, den drabbade är inte hela tiden i det psykotiska tillståndet. Någon som tidigare inte lidit av en psykisk sjukdom kan till följd av en traumatisk händelse drabbas av psykosyndrom, sådana är vanligen tillfälliga och kallas för reaktiva psykos (Föreningen för mental hälsa i Finland).

Ångestsyndrom

Den sista gruppen som tas fram är ångestsyndrom. Ångest är ett tillstånd som medför oro, inre spänningar och rädslor men kan också innebära panik eller skräck (Institutet för hälsa och välfärd, 2015). Dessa känslor kan upplevas som ett inre tryck i kroppen. Brösten känns trångt och det kan kännas som att man håller på att kvävas (Ottoson, 2014 s. 309). De vanligaste ångestsyndromen är panikångest, sociala rädslor, generaliserat ångestsyndrom och agorafobi som betyder rädslor för platser eller situationer som man inte kan fly från om ångesten kommer (Institutet för hälsa och välfärd, 2015).

Psykisk ohälsa i samhället

Enligt folkhälsorapporten (2017) finns det tecken på att den psykiska ohälsan ökar, speciellt bland unga i Sverige. Enligt institutet för hälsa och välfärd (2016b) är den psykiska sjukdomen depression en av Finlands största folkhälsoproblem, beräknat med alla sjukdomar. Den regionala hälso- och välfärdsundersökningens välfärdskompass (Institutet för hälsa och välfärd, 2017b) uppgav år 2016 att 14,2 % i Finland lider av en känslol eller ångeststörning, eller annan form av psykisk störning.

Sammanfattning

Psykisk ohälsa är ett svårdefinierat begrepp och psykiska sjukdomar kan förekomma på två olika sätt, biologiskt-medicinskt och psykologiskt-socialt beroende på behandling. Det finns många olika sjukdomar såsom psykos, affektiva sjukdomar och ångest-syndrom. Detta är ett aktuellt ämne då den psykiska ohälsan ökar i samhället.

2.2 Centrala begrepp

Att minska stigmatiseringen kring psykisk hälsa är ett av PAD-projektets huvudmål (PAD, 2015), det kommer därför att beskrivas närmare som ett centralt begrepp under detta kapitel. Acceptans, som snarare kan ses som dess motpol och ett sätt att motarbeta stigmatisering kring psykisk hälsa, beskrivs följande.

Acceptans

Acceptans kommer från ordet *accept* vilket härstammar från latinskans *acceptum*, med betydelsen att mottaga, antaga och gilla (Hellquist, 1970, s. 2) Acceptans innebär att acceptera en ”viss företeelse, hos viss grupp människor”, (NE, 2017a). Det är att befinna sig i ett tillstånd där man är accepterad (Dictionary.com). Synonymt till acceptans är godkännande (Strömberg, 2000, s. 9), och godkännande beskrivs bland annat med ordet gillande (s. 301), vilket även är en synonym till positiv (s. 675).

Acceptans kan vara något som riktas till den egna individen eller något som söks från omgivningen. Människor med psykisk ohälsa kan ha svårt att acceptera sig själva och

att bli accepterade av andra. De kan behöva känna att de blir accepterade när de uttrycker sig och även att de blir accepterade för vad de uttrycker sig om, innan de vågar visa förtroende. (Løkensgard, 1997, s. 42).

Att acceptera och social distans

Det är ett allmänmänskligt behov att känna att man duger och har ett värde. Människors självkänsla beskriver sättet varpå man värderar sig själv, och det utformas bland annat genom feedback från andra människor. En positiv självkänsla ökar tryggheten vid interaktioner med andra människor, det förbättrar den psykiska hälsan och bidrar till en mer positiv uppfattning om andra människor. Detta medverkar till en mindre avvikande attityd och en större acceptans gentemot andra människor. (Nilsson, 2015, s. 30) En negativ självkänsla orsakar en försämrad psykisk hälsa med brist på tillit till den egna potentialen. Det ger en oro vid samspelet med andra individer och en negativ inställning till andra människor. (Nilsson, 2015, s. 30)

Människor strävar på så vis efter att bli accepterade och bekräftade, så att självkänslan kan stärkas och för att uppnå en bättre tillvaro. Det är således en av drivkrafterna för socialt umgänge. Tillhör man en grupp som på något vis är stigmatiserad eller nedvärderad påverkas självkänslan negativt. (Nilsson, 2015, s. 32) Det påverkar även människors villighet att acceptera personer som tillhör dessa grupper. Detta kan tolkas utifrån den grad av social distans som människor vill ha till dessa grupper eller personer (Nilsson, 2015, s. 162). Social distans, eller socialt avstånd är ”graden av förtroelighet eller acceptans en individ eller grupp känner inför en annan individ eller grupp” (Svensk MeSH, 2016a). Att acceptera en viss person eller grupp i sitt eget land är en sak, att acceptera dem som granne eller till och med inom släkten genom giftermål är en annan. Således mäter den önskade sociala distansen till olika grupper eller personer, villigheten till acceptans. (Nilsson, 2015, s. 162)

Tolerans och diskriminering

Acceptans berörs även utifrån begreppet tolerans; trots att det är i strid med ens egna åsikter accepterar man andras rätt att anta eller försvara en åsikt (NE, 2017b). Svensk MeSH (2016b) beskriver det som en attityd att tillåta människor friheten att agera, även

om man inte kan ge sitt eget samtycke. Tolerans står även som ett motsatsord till diskriminering (Thesaurus.com, 2013). Diskriminering innebär en avvikelse från principen att alla ska behandlas lika, det är att särbehandla eller behandla en annan person eller grupp orättvist (Bergman, 2017; Nilsson, 2015, s. 162). Att olika människor ändå är lika och bör behandlas som sådana byggs på att en majoritet av samhället har accepterat uppfattningen om att de är lika (Bergman, 2017). Alltså skulle avsaknad av diskriminering bland människor kunna återspegla en allmän acceptans gentemot en grupp eller enskild individ.

I Finland är det enligt lag, förbud på att diskriminera någon till följd av bland annat hälsotillstånd eller funktionsnedsättning (Finlex 2014/1325).

Enligt Nilsson (2015, s. 162–163) manifesteras diskriminering i en handling, men det föregås oftast av fördomar – bedömningar som görs om någon eller något utan kännedom om de verkliga förhållandena – eller attityder.

Attityder

Attityder beskriver hur människor bedömer och reagerar på omgivningen, händelser och personer. Man kan mäta attityder bland annat utifrån riktning, grad och intensitet, där riktningen står för en positiv eller negativ inställning till någon eller något, och graden beskriver hur mycket eller hur litet man tycker om någon eller något. Intensitet är ett begrepp som används för att mäta hur stor tendensen är att man handlar i enlighet med attityden. (Nilsson, 2015, s. 154–155) Attityder har olika funktioner för människan. Positiva attityder till något fungerar som en dragningskraft, och ting som åtföljs av negativa attityder blir något som undviks. (Nilsson, 2015, s. 158)

Nimby

Nimby är en akronym som står för *not in my backyard*. Detta beskriver en person som inte vill att något obehagligt byggs eller görs nära där man bor (Cambridge dictionary). Detta brukar uppstå som ett resultat av negativa attityder som samhället håller mot människor med psykisk ohälsa (Dear & Taylor 1982). Dessa potentiella negativa effekter av

nimby har drivit en lång debatt med individuella och grupper för att uppmuntra grannskapets acceptans mot upprätthållandet av samhällets hälsoprojekt för människor med psykisk ohälsa (Foster & Roberts 1998)

Stigma

Stigmatisering kan förekomma från den allmänna befolkningen till personer med psykisk ohälsa, som i sin tur påverkar människors acceptans. Enligt nationalencyklopedin beskrivs begreppet stigma ”a) vanl. överfört (synligt) tecken på psykisk sjukdom och b) spec. äv. (negativt) socialt kännetecken” (NE, 2017c). Stigma medför bland annat en oönskad social stämpel som kan orsaka skam och lidande till någon med psykisk ohälsa (psykporten, 2018).

Detta begrepp framkallades av grekerna för att bevisa någonting som är annorlunda. Man skar eller brände tecken på kroppen som skulle markera att denna person är en förrädare eller en utstött person, även någon som skall undvikas (Goffman, 1972, s. 11). Enligt Goffman (1972) finns det olika identiteter som har med stigmat att göra. Dessa är: Jag-identiteten, personliga identiteten och den som skall beskrivas noggrannare, den sociala identiteten, då det sociala berör interaktionen med andra människor och är av betydelse för detta arbete.

Goffman (1972) anser att samhället uppdelar människor i olika kategorier som avgör vilka egenskaper och saker som är typiska för just människorna i en specifik kategori. Den sociala identiteten handlar om vissa sociala spelregler som gör det möjligt för oss att möta människor utan att ha en stor eftertanke åt det. När man träffar en främling är första intrycket av hen redan tillräckligt för att vi skall kategorisera och konstatera vissa egenskaper hos personen. Dessa intryck sker oftast omedvetet tills vi inser att människan inte uppfyllde egenskaperna som vi fastställde. Det är då vi inser att vi hela tiden hade en föreställning kring hur denna person borde vara. (Goffman, 1972, s. 11–12). Detta kallar Goffman (1972, s. 12) för den *virtuella sociala identiteten* som skiljer sig från vår *faktiska sociala identitet* som handlar om de föreställningar som en person faktiskt har. Det finns vissa termer inom begreppet stigma. Goffman (1972, s. 13) förklarar olika situationer som stigmat kan uppkomma från. Den första är misskrediterad. Denna känsla kommer när

stigmat är synligt och blir konstant påmint. Den andra är misskreditabel som gör att man vill gömma stigmat.

Det största hindret för personer med psykisk ohälsa att söka hjälp är stigmat kring sjukdomen (Sartorius, 2007). Stigmat påverkar inte bara den som har sjukdomen, utan också allt som är relaterat såsom familjer, psykiatriska avdelningar och psykoaktiva läkemedel. Dessa är de främsta hindren för bättre mentalvård och välbefinnande för personer med psykisk ohälsa (Sartorius & Schulze, 2005).

Sammanfattning och förståelse av acceptans

Acceptans förklaras med orden godkännande, gillande och positiv. Att bli accepterad av andra eftersträvas av alla människor då det stärker den egna självkänslan och har en positiv inverkan för den psykiska hälsan. Association till en grupp som är föremål för stigmatisering har en negativ inverkan på människors förmåga att acceptera dessa individer. Graden av acceptans ses då i form av önskad social distans till dessa individer, där en närmare relation påvisar en god acceptans.

Tolerans är ett annat begrepp som beskriver förmågan att acceptera andra människors handlingar och åsikter, trots att de står i strid med ens egna uppfattningar. Motsatsen till detta är diskriminering, vilket är att särbehandla en grupp eller individ, och avvika från att behandla människor lika. Diskriminering föregås ofta av fördomar och attityder, där en positiv attityd till någon eller något fungerar som en form av dragningskraft, och en negativ attityd bidrar till ett undvikande beteende.

Nimby är ett fenomen som beskriver människors ovilja att låta saker som uppfattas som obehagliga ske i det egna grannskapet. Det har visat sig vara ett hinder för accepterandet av projekt som samhället försöker uppföra till förmån för personer med psykisk ohälsa. Stigma är ett negativt, socialt kännetecken och leder till människors undvikande av vissa individer eller grupper. Människor sätter omedvetet andra personer i olika kategorier med tillhörande egenskaper, vilket är en naturlig process som underlättar i mötet med andra människor. Dessa föreställningar är bestående fram till att en person inte längre överensstämmer med den förutfattade meningen. En orsak till att inte söka hjälp vid psykisk ohälsa har visat sig vara stigmat kring psykiska sjukdomar. Stigma motverkar även en förbättrad vård, samt välmåendet hos personer med psykisk ohälsa.

I denna studie förstås med acceptans som en avsaknad av diskriminering och stigmatisering, samt en minskad social distans till andra människor. Därtill även en godkännande, positiv och tolerant attityd till den andra, samt erkännandet av dennes rätt till sina åsikter.

2.3 PAD-projektet

PAD står för Positive Attitude Development. Detta projekt pågick mellan åren 2015–2017 i samarbete med yrkeshögskolan Arcada och Tallinn University. Meningen med detta projekt var att skapa kunskap och förståelse för människor med psykisk ohälsa och motarbeta stigmatisering samt marginalisering. Att unga människor med psykisk ohälsa skall kunna komma in i arbetslivet och där med stanna kvar. Det har verkställts aktiviteter och möten för ungdomar med psykiska problem, arbetsgivare och samhällsmedlemmar i Finland och Estland (PAD, 2015). Det har gjorts flera examensarbeten med detta projekt. Under denna tid som projektet pågick samlades en mängd frågeformulär in om människors attityder kring psykisk ohälsa. Detta examensarbete kommer att behandla några frågor av dem. De första frågeformulären delades ut hösten 2015 fram till våren 2016 på olika platser. De delades ut under så kallade market-meetings som PAD-projektet ansvarade för.

Frågorna på dessa formulär är tagna från CAMI-skala. Detta står för Community Attitudes towards Mental Illness. De blev översatta från engelska till svenska och finska. Denna skala var utvecklad under 1970 talet av Martin Taylor och Michael Dear i Kanada. Meningen med denna skala var att mäta och förklara människors attityder till offentlig psykiatrisk vårdanstalt i det egna bostadsområdet. Detta instrument var den första som var speciellt utformad för att ta reda på hurdana attityder det finns mot psykisk ohälsa och om de vill ha sådana anläggningar i deras bostadsområde. Sedan dess har denna CAMI-skala kontinuerligt används över hela världen (Dear & Taylor).

2.4 Tidigare forskning

Stigma

Werner (2015) har forskat kring stigmat inom intellektuell funktionsnedsättning, och hur det skiljer sig från personer med fysisk funktionsnedsättning. Trots skillnader mellan en intellektuell funktionsnedsättning och psykisk ohälsa, har de båda gemensamt att de kan påverka funktionsförmågan (Institutet för hälsa och välfärd, 2016a; NE, 2017d).

Det visade sig att fördomar och stereotyper var högre gentemot intellektuellt funktionsnedsatta, och acceptansen mindre än till de med en fysisk funktionsnedsättning. Även skam, rädsla och spänning var mer förknippat med intellektuellt funktionsnedsatta, liksom social distans och tillbakadragande beteende. När det kommer till personers rättigheter kunde även där ses tydliga skillnader mellan de olika grupperna. Rätten att bestämma över sin egen medicinska behandling, samt rätten att rösta eller att få barn, stöddes inte i samma utsträckning som för fysiskt funktionsnedsatta. (Werner, 2015) På så sätt kunde man se en mer negativ och stigmatiserad attityd gentemot intellektuellt funktionsnedsatta än för de fysiskt funktionsnedsatta. Trots ett representativt sampel kunde man inte hitta signifikanta skillnader i attityder i etnisk bakgrund, kön, ålder, inkomst, utbildning eller bekantskap med intellektuell funktionsnedsättning. (Werner, 2015)

Social distans

År 2004 publicerades en studie som studerade sambandet mellan nära bekantskap med personer med allvarlig depression eller schizofreni, och aspekterna rädsla, fara och social distans. Man kunde se att de som inte hade haft någon kontakt med personer som fått psykiatrisk behandling visade större grad av rädsla och socialt avstånd gentemot den psykiskt sjuke. Upplevelsen av att de var farliga ökade även i brist på nära bekanta med allvarlig depression eller schizofreni. På samma sätt kunde man se att rädsla gentemot den psykiskt sjuke ökade önskan för social distans. Förbindelsen till fara, samt rädsla och social distans var större för schizofreni än för allvarlig depression, bland de som inte hade psykiskt sjuka i sin nära bekantskapskrets. (Angermeyer et al., 2004)

I tidigare studier har man även sett att människor som är socialt isolerade upplever känslor av ensamhet i större grad. Isolerade människor, samt människor som upplever ensamhet visar dessutom mer tecken på depressiva symptom, än människor som inte känner sig ensamma eller är socialt isolerade. (Ge et al., 2017)

Situationen i Finland

Centralförbundet för mental hälsa gjorde en barometer i samarbete med Social-och hälsovårdsministeriet (2017) om psykisk hälsa och attityder. Enligt barometern finns det fortfarande en negativ stämpel mot psykiska problem. En femtedel av befolkningen är rädda för personer som lider av psykisk ohälsa. 19 procent vill inte ha någon med psykisk sjukdom som granne, fastän de har återhämtat sig. 18 procent tycker att det är obekvämt och skrämmande att möta sådana personer. Barometern visar också att 39 procent som lider av psykiska problem känner sig stämplade på grund av sin sjukdom. Denna stämpel syns också inom arbetslivet. Åtgärder för att förbättra den psykiska hälsan har bara gjorts på ungefär hälften av arbetsplatserna i undersökningen. Dessa åtgärder var bland annat pauser i arbetet, distansarbete eller kortare arbetstid. (Centralförbundet för Mental Hälsa, 2017)

Sammanfattning

Tidigare studier påvisar att stigmat kring psykisk ohälsa och intellektuell funktionsnedsättning kvarstår (Werner, 2015; Angermeyer et al., 2004; Centralförbundet för Mental Hälsa, 2017). Detta ger sig i uttryck i önskad social distans till människor med psykisk ohälsa (Angermeyer et al., 2004; Centralförbundet för Mental Hälsa, 2017) och denna eventuella isolering som dessa individer kan uppleva ökar risken för depressiva symptom (Ge et al., 2017). Samtidigt ses en skillnad i upplevelsen av den psykiskt sjuke. Individer med tidigare kontakt till människor med psykisk ohälsa uppvisar en mindre grad av rädsla och socialt avstånd. (Angermeyer et al., 2004)

3. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Avsikten med detta examensarbete är att uppmärksamma vilka faktorer som bidrar till acceptans, samt att granska graden av önskad social distans till människor med psykisk ohälsa. Syftet är att främja en mer accepterande syn till psykisk ohälsa och få fram skillnader i social distans till människor med psykisk ohälsa.

Frågeställningarna är:

1. Vilka faktorer bidrar till acceptans för personer med psykisk ohälsa?
2. Hurdana skillnader kan ses i den sociala distansen till människor med psykisk ohälsa?

Den första frågeställningen skall besvaras med en kvalitativ litteraturstudie. Den andra frågeställningen besvaras med hjälp av insamlat material från frågeformulär utförda i samarbete med PAD-projektet.

4. TEORETISK REFERENSRAM

Detta examensarbete utgår från Joyce Travelbees teori om mellanmännsliga aspekter. Den beskrivs framförallt med hjälp av Kirkevolds (2000) återberättelse av teorin. Denna omvårdnadsteori fokuserar på relationen mellan vårdare och patient, patientens egna uppfattningar och upplevelser, samt vårdandet som en process (George, 2010, s. 201).

Människan är unik

Travelbee (Kirkevold, 2000, s. 131) anser varje människa vara helt unik och oersättlig. Trots att alla människor utsätts för lidande under livets gång är dessa upplevelser individuella. En vårdare kan inte känna till hur en individ upplever sin sjukdom utan att först tala med den sjuke, och detta är enligt Travelbee en viktigare kändedom än vårdarnas egna klassifikationssystem. (Kirkevold, 2000, s. 132) Hon är emot begrepp såsom *patient* och *sjukskötare* då detta bidrar till en generalisering av människor. Dessa kategoriseringar leder till att individen, med sina unika egenskaper, suddas ut och istället får en

stämpel och blir en stereotyp (Kirkevold, 2000, s. 131). Travelbee talar även om att finna en mening i lidandet, men att det endast är den som själv lider som kan finna ett värde eller en mening från sina upplevelser (Kirkevold, 2000, s. 133). Genom att känna att man är behövd av någon eller något kan livet bli värt att levast, och människor behöver ofta hjälp för att känna detta. (Kirkevold, 2000, s. 133) Enligt Travelbee är ett av syftena med omvårdnad att hjälpa individer, familjer och samhället att finna mening i lidandet (George, 2010, s. 201). För att kunna uppnå detta behöver vårdaren upprätta en mellanmänsklig relation till individen. Denna relation kan inte uppstå mellan de abstrakta rollerna *patient* och *sjukskötare*, endast mellan konkreta individer (Kirkevold, 2000, s. 134).

Första mötet

Fyra faser föregår den mellanmänskliga relationen. Den första faser är det första mötet mellan de två främmande individerna. Här är det vanligt att man redan har en stereotypisk uppfattning om den andre. Den första faser präglas av de första intrycken som fås genom observationer, föreställningar och bedömningar. Här har vårdaren ett ansvar att se bortom stereotyp-tänket för att den unika individen ska kunna framträda. Vårdarens förmåga att göra detta styrs framförallt av kapaciteten att kunna gå utanför sig själv. (Kirkevold, 2000, s. 134)

Framväxt av identiteter

I den andra faser, *framväxt av identiteter*, har patientens och vårdarens personligheter börjat träda fram och förutfattade uppfattningar suddats ut. Nu har vårdaren fått en inblick i patientens upplevelse av sitt lidande, och vårdaren framstår som en individ snarare än som en roll. Detta blir följden av att vårdaren lyckats se patienten som en enskild individ och inte som en i mängden av patienter. (Kirkevold, 2000, s. 134–135)

Empati

Den tredje faser kallar Travelbee för *empati*. Empati kännetecknas av en förmåga att kunna förstå en annan persons psykologiska tillstånd. Det är något som uppstår sporadiskt och kan vara under några få ögonblick. Samtidigt som man kan gå in i en annan individs upplevelse är man fortfarande en självständig individ. Empatin är något neutralt

och varken bra eller dåligt, och är oberoende av om man tycker om den andre personen eller inte. För att empati ska kunna uppstå krävs det att man delar en liknande bakgrund eller erfarenhet, samt att man har en önskan att förstå. Således är empatin inget självklart inslag i utvecklingen av den mellanmännsliga relationen (Kirkevold, 2000, s. 135).

Sympati

Empatin följs av fasen *sympati*. Skillnaden är nu att vårdaren hyser en medkänsla och en önskan att lindra den andres lidande. Travelbee menar att sympati är en attityd och ett sätt att tänka som förmedlas till den andre. Genom närhet och genom att ta del av den andres lidande kan bördan lättas eftersom patienten inte längre är ensam. (Kirkevold, 2000, s. 136)

Ömsesidig förståelse och kontakt

Dessa fyra faser leder till en femte, resulterande fas, där vårdaren och patienten befinner sig i ett tillstånd av ömsesidig kontakt och förståelse. Det är följden av delade upplevelser som blir meningsfyllda för både vårdaren och patienten. (Kirkevold, 2000, s. 136)

Kommunikation

Kommunikation, är enligt Travelbee, den grundläggande principen för att kunna nå den femte fasen. Kommunikation beskrivs som en gemensam process där man förmedlar tankar och känslor till varandra, och syftet är att lära känna patienten. Något som stör eller hindrar kommunikationen är då vårdaren misslyckas att se patienten som en enskild individ. (Kirkevold, 2000, s. 136–137) Kommunikationen är även en del av vårdarens ”terapeutiska användande av sig själv”. Detta innebär att utgå från sina egna kunskaper och personlighet, sin självinsikt och tolkningsförmåga av andras och egna handlingar, i försöket att möta patientens behov. (Kirkevold, 2000, s. 137)

Sammanfattning

Travelbee ser människan som en unik varelse. Patienters egna upplevelser är av större betydelse än vårdarens egna klassifikationssystem, och för god omvårdnad krävs att vårdaren ser patienten som en individ och bortser från ett stereotypiskt tankesätt. Att finna mening i lidande kan endast göras av den person som lider, men som vårdare har man i

uppgift att vägleda patienten i denna process. Detta sker främst genom en mellanmänsklig relation som föregås av fyra faser; *första mötet*, *framväxt av identiteter*, *empati* och *sympati*. En annan grundsten i Travelbees teori är kommunikationen mellan vårdaren och patienten. Vid en lyckad kommunikation kan vårdaren använda sig av sina egna erfarenheter, kunskaper och insikter för att försöka möta patientens behov.

Då denna teori sätter människan i fokus och utgår från individen, samt utmanar till att bortse från stereotyper och förutfattade antaganden, anses det vara en passande referensram för syftet och frågeställningen i detta examensarbete.

5. METOD

I detta kapitel förklaras vilka metoder som användes i arbetet och en kort beskrivning vad de går ut på. Den första frågeställningen besvarades med en kvalitativ litteraturstudie och den andra frågeställningen med hjälp av färdigt gjorda frågeformulär som analyserades.

5.1 Val av metod del ett

Kvalitativ litteraturstudie

Den första frågeställningen besvarades med hjälp av en kvalitativ litteraturstudie. I en litteraturstudie består informationskällan av insamlade vetenskapliga artiklar (Olsson & Sörensen, 2001, s. 87). För att öka tillförlitligheten till en litteraturstudie kan ett mer systematisk tillvägagångssätt användas. Man strävar då efter att uppfylla bland annat följande aspekter: tydliga inklusions- och exklusionskriterier för artiklarna, en systematisk bedömning av validiteten av dessa artiklar, en redovisning av eventuella artiklar som exkluderas från studien, och tydliga anvisningar för varför dessa har exkluderats bör tas upp i arbetet. (Forsberg & Wengström, 2003, s. 26–28)

På så sätt kan informationskällan till studien kritiskt granskas, och en sammanställning av tidigare empirisk forskning göras (Forsberg & Wengström, 2003, s. 29–30).

Sett från ett omvårdnadsperspektiv kan en litteraturstudie innehålla såväl kvantitativa som kvalitativa studier. De kvalitativa studierna kan på så sätt bidra med att ta upp personliga upplevelser i vårdsituationer. (Forsberg & Wengström, 2003, s. 30)

Urval och datainsamling

Litteratursökningen påbörjades i oktober 2017 och avslutades i januari 2018. Tre olika databaser användes; Academic Search Elite, CINAHL och Academic Search Premier. Flera olika kombinationer av följande sökord användes: acceptance, mental disorders, mental health, mental illness, attitudes, discrimination, stigma, social distance, public, effects, factors influencing, Sweden, Finland. Sökorden kombinerades med de Boolska sökoperatorerna "AND" och "OR" (se bilaga 1 för tabell över sökkombinationer, antal träffar samt valda och exkluderade artiklar).

Inklusionskriterier för artiklarna var:

- Studien var publicerad mellan januari 2007 och december 2017
- Studien var skriven på engelska, svenska eller finska
- Studien innehöll minst ett av de centrala begreppen som kommit fram i den förstådda betydelsen av ordet acceptans
- Studien var referensgranskad

Exklusionskriterier för artiklarna var:

- Resultaten berörde inte allmänhetens acceptans för människor med psykisk ohälsa
- Resultaten nådde inte signifikanta skillnader
- Studien höll inte kraven enligt den systematiska bedömningsmallen

Artiklarna granskades med Karlstads universitets protokoll för granskning av vetenskapliga artiklar (Karlstad Universitet, 2004), vilket fungerade som en systematisk bedömningsmall av validiteten för artiklarna. Detta var en modifierad variant av Forsberg och Wengström och Willman och Stoltz granskningsmallar. Sammanlagt hittades 24 artiklar varav 12 artiklar exkluderades då de inte höll kriteringsmått. En av dessa artiklar exkluderades då den inte uppnådde signifikanta skillnader, en annan artikel togs bort då den

inte ansågs valid efter att ha granskats enligt den systematiska bedömningsmallen. Responderande artiklar exkluderades då de inte berörde allmänhetens acceptans för människor med psykisk ohälsa.

Återstående fanns 12 artiklar som slutligen inkluderades i litteraturanalysen. Dessa artiklar bedömdes som ”hög” eller ”medel” utifrån den använda bedömningsmallen. Bedömningen ”hög” gavs då mallens samtliga frågor och riktlinjer motsvarades av studien. ”Medel” gavs då samplet var litet, generaliserbarheten kunde ifrågasättas, eller då forsknings-etiskt ställningstagande inte fanns utskrivet i artikeln. Dessa artiklar bedömdes ändå som ”medel” och inkluderades i arbetet då de förövrigt höll en hög kvalitet och forskningsprocessen var väl beskriven och rapporterad i artikeln (Se bilaga 2 för tabell över de inkluderade artiklarna och deras bedömningsvärde).

Analys

Vid analysen av de insamlade artiklarna skall fokus ligga på resultatdelen för varje artikel. Varje artikel bör läsas igenom flera gånger för en god uppfattning om dess innehåll, och för att huvudfynden skall kunna identifieras. Ett avvägande bör göras så att endast det som är mest relevant i förhållande till forskningsfrågan tas med. En översikt över alla artiklars resultat görs bäst genom en sammanställning av varje artikel. Därefter jämförs likheter och skillnader mellan artiklarna, och teman som besvarar forskningsfrågan kan skapas. (Friberg, 2012, s. 127–128)

Artiklarna lästes igenom ett antal gånger av båda skribenterna, därefter gjordes en individuell tabell för vardera skribent. Tabellen innehöll en sammanfattning av resultaten från varje artikel, samt en förkortning av huvudfynden relaterade till forskningsfrågan som i den sista spalten presenterades i form av kärnord eller teman. Exempelvis kunde resultatet i en artikel vara att den sociala distansen minskade till människor med psykisk ohälsa då egna erfarenheter av psykisk ohälsa förekom. Detta sammanfattades som huvudfynd: ”Erfarenhet minskar sociala distansen”, och temat kom att vara ”Erfarenhet”. Detta gjordes individuellt för att skribenternas tolkning av resultaten skulle vara så objektiva som möj-

ligt, oberoende av varandra. Därefter jämfördes skribenternas tabeller och de gemensamma huvudfynden och temana sammanställdes till en ny tabell (se bilaga 3), vilket kom att bli resultatet för litteraturanalysen.

5.2 Val av metod del två

Den andra frågeställningen i arbetet grundade sig på färdigt material som skulle bearbetas. Detta arbete fick som uppgift av projektet PAD att gå igenom färdiga svar från frågeformulär som tidigare studenter samlat in.

Frågeformulär

Man använder sig av frågeformulär när man vill samla in information som sedan kan användas som data i en analys. Informationen som skall samlas in skall vara okomplicerad och kortfattat. Det är inte meningen att man skall ändra människors attityder eller tillföra information utan bara fråga konkreta, direkta frågor (Denscombe, 2016, s. 239–240). Hur framgångsrikt ett frågeformulär blir, beror på vissa saker. Det första är svarsfrekvensen, hur många som besvarar frågorna. Den andra är ifyllnadsgraden, hur fullständigt ifyllda svaren är och den tredje och sista är validiteten, hur ärliga och exakta svaren är (Denscombe, 2016, s. 241).

Dessa frågeformulär hade sammanlagt 21 påståenden om människors attityder mot psykisk ohälsa. Det frågades efter kön och ålder samt e-postadress, om det vid behov behövdes skickas uppföljande frågeformulär, vilket det sedan aldrig gjordes. Två påståenden som valdes till detta arbete behandlade social restriktivitet som var passande till den andra frågeställningen.

Kvantitativ metod

Frågeformulär är en kvantitativ metod. Denna metod är ett sätt att beskriva, förklara och tolka data. Forskningsmetoden använder sig utav siffror som analysmått och forskaren syftar till att vara opartisk. Kvantitativ forskning görs i stor skala med stora antal. Desto större antal som ingår desto statistiskt sett mer tillförlitliga och generaliserbara blir de. (Denscombe, 2016, s. 344–345)

Det som har gjorts i detta arbete är att analysera data efter datainsamlingen. Denna data gjordes på en ordinalskalenivå. Detta innebär att man placerar kategorierna i en viss ordning så att man kan jämföra varje data i varje kategori med varandra i form av en likertskala. Denna skala ger oftast positiva/negativa påståenden som den besvarande skall välja mellan, såsom *instämmer fullständigt*, *instämmer delvis*, *osäker* eller *tar delvis avstånd* eller *tar fullständigt avstånd*. (Denscombe, 2016, s. 351)

Deskriptiv analys

För att få förståelse för dessa frågeformulär användes deskriptiv statistik analys. Man analyserar statistik för att organisera och tolka det. Detta är ett verktyg som kan användas som metod och som systematiskt analyserar och drar slutsatser av data för att få fram ett resultat. Första steget är att reducera stor mängd data till mindre enheter utan att ta bort viktig information. Detta gör att datan blir mer förståelig och man kan tolka det lättare (Depoy, 2003, s. 289–290).

Nästa steg är frekvensanalysen. Man fördelar enheterna i mindre variabler som t.ex. ålder eller kön. Denna fördelning gör att man ser hur ofta varje enskilt värde på en variabel förekommer. Detta gör det möjligt att likställa den mest förekommande responsen (Deboy, 2003, s. 292–293). Man kan sammanfatta särskilda värden i olika mått såsom typvärde, median och medelvärde som ger information om hur typiska de är. Ett exempel är att räkna ut medelåldern på deltagarna som gjordes i detta arbete.

6. ETISKA REFLEKTIONER

För en god vetenskaplig praxis ingår ett flertal aspekter som bör tas i beaktan. Planeringen, genomförandet och rapporteringen av arbetet ska ske enligt en etablerad vetenskaplig metod. Arbetet ska utföras med noggrannhet, omsorg och ärlighet. Arbetet ska ta hänsyn till andra forskares resultat och inte förvanskas på något sätt, och presentationen av arbetet ska ske i öppenhet. (Arcada, 2014)

Oredlighet av ett arbete sker då endast data som överensstämmer med den egna teorin tas med i resultatet. Även att undvika att skriva ut korrekta källor till andras uttalanden eller resultat är en del av oredlighet för god vetenskaplig praxis. (Henricson, 2012, s. 87)

Konfidentialitet ska tas i beaktning då känsliga uppgifter samlats in från deltagare. Det är ett sätt att värna om deltagarna och handlar om att se till att obehöriga inte får tillträde till personliga eller känsliga uppgifter från deltagarna (Henricson, 2012, s. 86).

Detta arbete har utförts i enlighet med riktlinjerna för en kvalitativ litteraturstudie, med inslag av en kvantitativ del. Tillvägagångssättet, såsom datainsamlingen, analysen och resultatet har tydligt beskrivits och redovisats i arbetet. Materialet från frågeformulären behandlades enbart i skolan och i ett enskilt rum för att värna om deltagarnas känsliga uppgifter. När datainsamlingen hade gjorts innehöll materialet inte längre privata uppgifter som kunde härledas till deltagarna. Analysen utfördes noggrant och kontrollerades ett flertal gånger av båda skribenterna.

I resultatet presenteras samtliga fynd relaterade till forskningsfrågorna, oberoende av skribenternas egna åsikter och uppfattningar. Studier och teorier som är medtagna i arbetet har presenterats med korrekta källhänvisningar och med en korrekt återberättelse, i respekt av författarnas studier och teorier. Omsorg och noggrannhet har utövats genom arbetets gång, och på så vis har fördel dragits av att två personer varit delaktiga och ansvariga för studien.

7. RESULTAT

I detta kapitel presenteras studiens resultat. Den första delen behandlar den första frågeställningen och den andra delen, den andra frågeställningen.

7.1 Resultat del ett

Avsikten med detta examensarbete är att uppmärksamma vilka faktorer som bidrar till acceptans. Den första frågeställningen löd på följande vis: vilka faktorer bidrar till acceptans för personer med psykisk ohälsa?

I resultatet uppstod fyra teman, samt fem mindre teman som endast framkom från enstaka artiklar. Dessa mindre teman presenteras under rubriken "övrigt".

1. Erfarenhet och kontakt
2. Utbildning och kunskap
3. Ålder
4. Kön
5. Övrigt



Figur 1. Resultatöversikt över faktorer som bidrar till acceptans för personer med psykisk ohälsa. Storleken på cirklarna är symboliska för hur ofta ämnet förekom i de 12 artiklarna.

Erfarenhet och kontakt valdes att slås samman som ett tema då de behandlar liknande saker. På samma sätt sammanslöt utbildning och kunskap till ett tema då de gick in på samma områden. I analysen av dessa artiklar framkommer tydliga likheter och skillnader i resultaten av studierna.

7.1.1 Erfarenhet och kontakt

Kontakt med människor med psykisk ohälsa eller någon form av erfarenheter av psykisk ohälsa kom upp i 9 av 12 artiklar som en faktor som bidrog till acceptans till människor med psykisk ohälsa. Aromaa et al. (2011) fann att ens egna, personliga erfarenheter med psykisk ohälsa, men framförallt nära bekantskap med andra människor med psykisk ohälsa ledde till en mer positiv syn och mindre social distans till dessa människor. Dessa människor tenderade att visa på en villighet att engagera sig socialt med personer med psykisk ohälsa. (Aromaa et al., 2011)

I studier utförda i Sverige, Brasilien, Italien och England visades att erfarenhet av psykisk ohälsa minskade stigmat för dessa människor (Svensson och Hansson, 2016; Loch et al., 2013; Buizza et al., 2017; Waugh et al., 2017). Ett minskat stigma på grund av erfarenhet av psykisk ohälsa i familjen ökade villigheten att bli kollega eller granne med en person med depression. Även villigheten att ha en person med depression att giftas in i släkten ökade. Däremot sågs inte samma sociala acceptans för personer med schizofreni, trots erfarenheter inom familjen. (Svensson och Hansson, 2016)

I en studie utförd i England av Waugh et al. (2017) uppgav samtliga deltagare att deras erfarenheter från familj och vänner hade ändrat deras attityder för personer med psykisk ohälsa, och att deras medvetenhet och förståelse hade ökat. Denna förståelse ledde till minskat stigma till personer med psykisk ohälsa. (Waugh et al., 2017)

Kontakt till och erfarenhet av människor med psykisk ohälsa ledde till positiva attityder (Ewalds-Kvist et al., 2013; Högberg et al., 2012), vilket ökade villigheten att ha en person med psykisk ohälsa som granne (Högberg et al., 2012).

I Hong Kong kunde man däremot se att regelbunden kontakt med personer med psykisk ohälsa, men en avsaknad av psykisk ohälsa i familjen var en indikator för bättre acceptans (Siu et al., 2012). I Nigeria kunde forskarna Adewuja och Makanjuola (2008) se att en tredjedel av deltagarna hade en familjemedlem eller vän med psykisk ohälsa, men att endast 4,9 % av alla deltagare hade regelbunden kontakt med och tog hand om en person med psykisk ohälsa. Bland de människor som vårdat en person med psykisk ohälsa sågs en ökad social acceptans till personer med psykisk ohälsa. (Adewuja och Makanjuola, 2008)

7.1.2 Utbildning och kunskap

Utbildning och kunskap berördes i 7 av 12 artiklar som en faktor som påverkar acceptansen för personer med psykisk ohälsa. Resultat har påvisat att människor med högre utbildning har en större tendens att utveckla beteenden av acceptans för människor med psykisk ohälsa. Mängden stigma minskas också med högre utbildning enligt en studie gjord i Italien. De som hade en högre utbildning och var en del av lärarpersonal visade mindre fördomar. Detta förklarades med att människor med högre utbildning har mer kunskap och det i sig kan vara kopplat till mindre diskriminering och segregeringsbeteenden (Buizza et al., 2017). Aromaa et al (2011) kom underfund med att de med lägre utbildning hade en mer stereotypisk syn på depression, de trodde att de med depression var ansvariga för sin egen sjukdom.

Två studier gjorda i Sverige visade att människor med lägre utbildning hade en mer negativ attityd mot människor med psykisk ohälsa än de med högre utbildning. Högre grad av kunnskap är relaterat till positivare attityder, mindre stigma och mindre begär till social distans till människor med depression, dock inte i lika hög grad till psykoser (Mirnezami et al., 2016; Svensson och Hansson, 2016). En annan studie i Sverige visade att människor som gått grundskolan (åtminstone 9 år av utbildning) är villiga att ha någon med en psykisk sjukdom i sitt grannområde (Högberg et al., 2012). Dock visade en studie i Nigeria tvärtemot, att hög utbildning var associerad med högre grad av önskad social distans, medan en studie i Hong Kong inte visade på något väsentligt samband mellan kunskap och acceptans (Adewuya och Makanjuola, 2008; Siu et al., 2012). I Frankrike kom de till den slutsatsen att de flesta allmännas inställning och beteende mot olika sjukdomar såsom schizofreni, bipolär sjukdom och autism var baserade på antaganden istället för kunskap (Durand-Zaleski et al., 2012).

En studie i Brasilien jämförde den generella allmänhetens attityder med psykiatrikers attityder. De kom fram till att desto mer information allmänheten hade, desto starkare var stigmat mot sjukdomen schizofreni. Psykiatrikerna visade mest stereotypiska och fördomsfulla attityder men mindre social distans. De som inte kunde identifiera sjukdomen visade däremot på mindre stigma och fördomar, men önskade ha en högre grad av social distans. (Loch et al., 2013)

7.1.3 Ålder

Flera studier har visat att yngre har en mer accepterande syn mot människor med psykisk ohälsa än äldre generationer. En studie visade att yngre deltagare i åldern 15–19 hade mindre kunskap om psykiska sjukdomar men större acceptans än de äldre deltagarna (Siu et al., 2012). En annan studie gjord i Sverige visade att yngre, det vill säga yngre än 20 års ålder, hade en mer positiv attityd gentemot psykiska sjukdomar, jämfört med de äldre (Mirnezami et al., 2016).

I Finland kom de fram till att yngre generationer verkar vara mer villiga att ha social kontakt med personer som lider av någon typ av psykisk sjukdom (Aromaa et al., 2011). Adewuya et al (2008) indikerade att människor över 50 års ålder har en tendens att visa en högre social distans till personer med psykisk ohälsa. Högre ålder antydde också högre stigma mot sjukdomen schizofreni (Loch et al., 2013). Dock visade en studie som behandlade attityder mot psykiska sjukdomar från en läroanstalt inga väsentliga skillnader mellan åldersgrupper (Buizza et al., 2017)

Högberg et al (2012) påvisade tvärtemot, att personer i medelåldern (31–50 år) fanns vara mer sympatiska mot människor med psykisk sjukdom än andra åldersgrupper, samt att de även var mer villiga att ha dessa människor bosatta i närområdet. Både kännedom och kunskap kring sjukdomarna bipolär sjukdom, schizofreni och autism i Frankrike ökade med åldern, upp till 55 år (Durand-Zaleski et al., 2012).

7.1.4 Kön

Fyra av samtliga artiklar tog upp kön som en faktor som påverkade människors acceptans till personer med psykisk ohälsa, där kvinnor förekom visa en mer accepterande attityd jämfört med män (Aromaa et al., 2011; Högberg et al., 2012; Loch et al., 2013; Svensson och Hansson, 2016). I Sverige kunde kvinnor visa på en större villighet att ha personer med psykisk ohälsa i sitt grannskap (Högberg et al., 2012), och en större villighet att ha dem ingifta i familjen (Svensson och Hansson, 2016). Kvinnor hade även mer positiva attityder jämfört mot personer med både depression och psykos (Svensson och Hansson, 2016).

I Finland visade det sig däremot att oavsett en mer tolerant attityd bland kvinnor, var män mer benägna att engagera sig i sociala kontakter med personer med psykisk ohälsa, trots att de visade på mer stigmatiserade uppfattningar (Aromaa et al., 2011). I Brasilien såg forskarna Loch et al (2013) på allmänhetens stigma till schizofrena personer i jämförelse med psykiatrikers stigma. Man kunde se att män hyste mer stigma och hade mer negativa stereotyper bland den allmänna befolkningen, jämförelsevis med kvinnor, men psykiatriker visade på en motsatt trend där kvinnor hade mer fördomar än män mot personer med schizofreni. (Loch et al., 2013)

7.1.5 Övrigt

Från de tolv artiklarna kom teman upp som endast fanns att finna i enstaka artiklar. Dessa teman presenteras i korthet nedan.

Behandlingsbar

I USA upptäckte forskarna McGinty et al (2015) att när människor fick en porträtterad bild av att en person med psykisk ohälsa framgångsrikt gått igenom en behandling och återhämtning, minskade de negativa attityderna. Det ledde till en minskad social distans, ökad villighet att arbeta nära en person med psykisk ohälsa och att ha dem ingifta i familjen. Det minskade även diskriminering för dessa människor. (McGinty et al., 2015) En studie i Sverige visade att människor som hade en god uppfattning om rätt typ av behandling för personer med depression eller psykoser, hade en mer positiv attityd för dessa. Det minskade önskan för social distans till personer med psykisk ohälsa. (Svensson och Hansson, 2016)

Tryggt kontaktnät

I en studie utförd i Finland av Aromaa et al (2011) fann man att en inre känsla av kontroll, samt en hög känsla av socialt stöd var två aspekter som ledde till mer tolerans till personer med depression. Däremot kunde man se att personer med en känsla av inre kontroll i högre grad visade på mer social distans till personer med psykisk ohälsa. (Aromaa et al., 2011)

Se individen

I Frankrike utfördes en studie av Durand-Zaleski et al. (2012) där man såg på allmänhetens fördomar, attityder och beteenden gentemot personer med psykisk ohälsa. Man fann en skillnad i fördomar och negativa attityder till personer med psykisk ohälsa då de skulle bedömas individuellt, snarare än som en sjukdomsgrupp. Sannolikheten var fyra gånger så stor att människor var utan fördomar och hade en mer positiv attityd till personer med psykisk ohälsa då de betraktades som en individ och inte som en sjukdomsgrupp. (Durand-Zaleski et al., 2012)

Lite närhet krävs i relationen

I Nigeria kunde forskarna Adewuja och Makanjuola (2008) se en trend i sin studie i önskad social distans till personer med psykisk ohälsa. Ju mer närhet som krävdes i relationen, desto mer önskad social distans ville människor ha till personer med psykisk ohälsa. Människor kunde visa mer acceptans till att föra en konversation med en person med psykisk ohälsa, men acceptansen minskade då det gällde att arbeta eller bo med en person med psykisk ohälsa. (Adewuja och Makanjuola, 2008)

Attribution och uppfattad fara

I ovanstående studie utförd i Nigeria kunde det man tillskrev vara orsaken bakom den psykiska ohälsan ses som en aspekt som påverkade den sociala distansen. Att inte attribuera (d.v.s. tillskriva orsaken) till övernaturliga krafter visade en tendens till att minska den önskade sociala distansen till personer med psykisk ohälsa. En annan aspekt var antagandet att en person med psykisk ohälsa utgjorde en fara för andra, denna aspekt ökade önskan för social distans till dessa människor. (Adewuja och Makanjuola, 2008)

7.2 Resultat del två

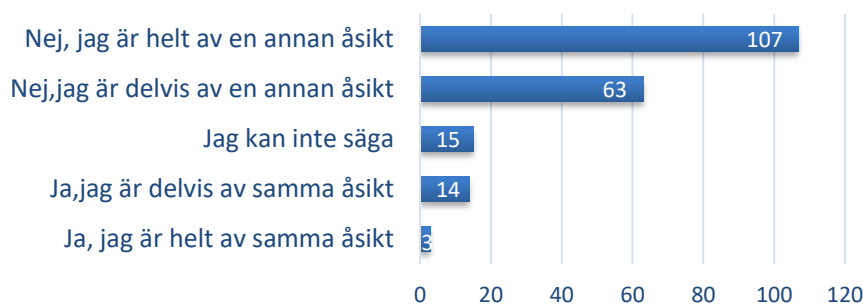
Avsikten med detta examensarbete är att granska graden av önskad social distans till människor med psykisk ohälsa. Den andra frågeställningen löd: Hurdana skillnader kan ses i den sociala distansen till människor med psykisk ohälsa? Nedanför presenteras resultatet från del två av studien i flytande text, samt med hjälp av diagram. Totalt 210 personer besvarade PAD-projektets frågeformulär. Åtta av dessa deltagare gav inte fullständiga

svar till alla frågor och blev därför borttagna från undersökningen, detta resulterade i 202 deltagare. Deltagarna bestod av 142 kvinnor och 60 män, vilket motsvarade 70 respektive 30 %. Medelåldern på dessa deltagare var 43 år. Resultaten behandlades med kalkylprogrammet Excel. Påståendena analyserades med hjälp av CAMI bedömningskala (Dear & Taylor, 1979).

Det första påståendet som analyserades från undersökningsenkäterna var följande: Jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom för att få psykiatrisk vård*. Eftersom dessa skickades ut i Finland översattes de även till finska. Samma påstående på finska översattes till: En haluaisi asua psykiatrista sairautta potevien ihmisten naapurina

Om man svarat *Nej, jag är helt av en annan åsikt* eller *Nej, jag är delvis av en annan åsikt* på det första påståendet, innebar det att man var för att bo granne med någon som fått psykiatrisk vård. Om man svarade *Jag kan inte säga* var man neutral till påståendet. Om man svarade *Ja, jag är delvis av samma åsikt* eller *ja, jag är helt av samma åsikt* var man för påståendet, men detta tolkades alltså till att vara emot att bo granne med någon som fått psykiatrisk vård. 170 personer var för att bo granne med någon som fått psykiatrisk vård, 15 personer var neutrala och 17 personer var emot (se stapeldiagram 1).

Jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom för att få psykiatrisk vård

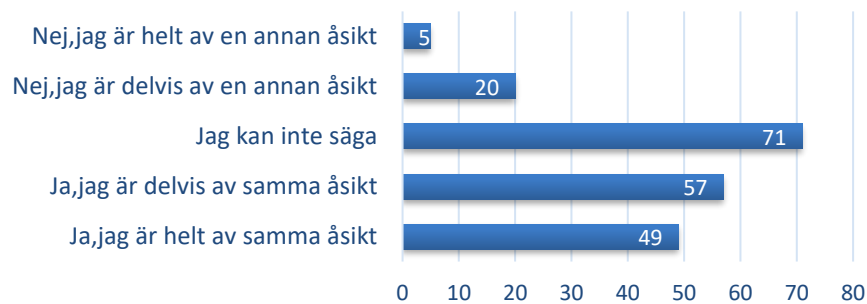


Stapeldiagram 1. Jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom för att få psykiatrisk vård

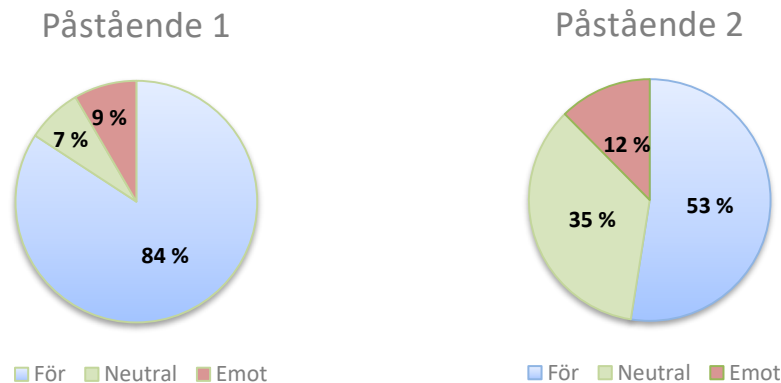
* Översättningen till svenska för detta påstående innehåller syftningsfel. I kapitlet *Diskussion och kritisk granskning* diskuteras för varför påståendet ändå valdes att inkluderas i studien.

Det andra påståendet som analyserades var följande: De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter. Detta översattes också till finska: Useimmat ihmiset jotka ovat olleet kerran psykiatrisella klinikalla ovat luotettavia lapsenvahteja. Om man svarade *Ja, jag är helt av samma åsikt* eller *ja, jag är delvis av samma åsikt* i det andra påståendet betydde det att man var för att de som en gång varit patient på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter. Om man svarade *jag kan inte säga* var man neutral till påståendet. Om man svarade *nej, jag är delvis av en annan åsikt* eller *nej, jag är helt av en annan åsikt* var man emot påståendet. 106 personer var för, 71 personer var neutrala och 25 personer emot (se stapeldiagram 2).

De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter



Stapeldiagram 2. De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter.



Cirkeldiagram. Procentuell jämförelse av de båda påståendena

Jämförelsevis var 84 % för att bo granne med någon som fått psykiatrisk vård och 53 % var för att en person som blivit behandlad på psykiatrisk klinik är pålitlig som barnvakt. 7 % var neutrala till att bo granne med någon som fått psykiatrisk vård, jämfört med 35 % som ställde sig neutrala till att en person som blivit behandlad på psykiatrisk klinik är en pålitlig barnvakt. 9 % var emot att bo granne med någon som fått psykiatrisk vård, och 12 % var emot påståendet att en person som blivit behandlad på psykiatrisk klinik är en pålitlig barnvakt (se cirkeldiagram).

7.3 Resultat kopplat till teoretisk referensram

Joyce Travelbees omvårdnadsteori om mellanmänskliga aspekter användes som teoretisk referensram i detta arbete. I sin teori anser hon att man skall se människan som en unik individ och frånse de stereotypiska bilderna som kan medföras med personen (Kirkevold, 2000, s. 131).

Under det första mötet mellan två individer är det vanligt att man har stereotypiska uppfattningar av den andra. Man skall försöka bortse från detta tankesätt och se en människa som en individ (Kirkevold, 2000, s. 134). Detta framkom i del ett av resultatet under temat *övrigt*, där människor hade en mer positiv attityd och mindre fördomar till personer med

psykisk ohälsa då de såg på personen som en individ istället för en sjukdomsgrupp (Durand-Zaleski et al., 2012). Enligt Travelbee är detta vägen till att minska stereotypiska uppfattningar för utsatta grupper. Det kan även utifrån denna studie ses som ett sätt att minska fördomarna och öka acceptansen till personer med psykisk ohälsa.

I Travelbees teori kommer även kommunikationens betydelse fram, där vårdaren utgår från sina egna kunskaper och erfarenheter för att ge en bättre vård. Enligt hennes teori krävs det att man delar en liknande bakgrund eller erfarenhet för att empati skall kunna uppstå (Kirkevold, 2000, s. 135–137). Travelbee menar alltså att liknande erfarenheter är en grund för utvecklandet av empati. I detta arbete framkom att liknande erfarenheter inte endast behöver vara en grund för empati, utan även acceptans. Ett flertal av artiklarna berörde erfarenhet och kontakt med psykisk ohälsa som en faktor som bidrog till en minskad social distans, ökad förståelse och en mer positiv attityd. Utgående från detta arbetes resultat och Travelbees omvårdnadsteori, kan tidigare erfarenheter och kontakt med psykisk ohälsa ses som en resurs för människan, en resurs som främjar empati och acceptans. På så sätt visar Travelbees teori på flera aspekter i processen till den mellanmänniska relationen, som i enlighet med detta arbetes resultat, leder till en vård som präglas av acceptans för patienten.

8. DISKUSSION OCH KRITISK GRANSKNING

Syftet med detta arbete var att främja en mer accepterande syn till psykisk ohälsa och få fram skillnader i social distans till människor med psykisk ohälsa. Avsikten var att uppmärksamma vilka faktorer som bidrar till acceptans, samt att granska graden av önskad social distans till människor med psykisk ohälsa.

Den första frågeställningen undersökte vilka faktorer som bidrar till acceptans för personer med psykisk ohälsa. Detta besvarades med hjälp av en kvalitativ litteraturstudie. Alla artiklar tog inte upp själva ordet acceptans, däremot inkluderades 12 artiklar som utifrån denna studies förståelse för begreppet, behandlade faktorer som bidrar till större acceptans. Fem teman kom fram i resultatet, varav det sista temat bestod av fem mindre teman som endast togs upp i enstaka artiklar. Erfarenhet och kontakt med personer med psykisk

ohälsa, utbildning och kunskap, ålder samt kön var de främsta faktorerna som uppkom från resultatet. En majoritet av artiklarna berörde erfarenhet och kontakt till personer med psykisk ohälsa som en bidragande faktor för större acceptans. Högre utbildning och kunskap var för det mesta en förutsättning för större acceptans, men studier från Nigeria och Brasilien (Adewuya och Makanjuola, 2008; Loch et al. 2013) visade tvärtom, att detta pekade på en minskad acceptans till personer med psykisk ohälsa. På samma sätt visade sig kön och ålder vara inkonsekventa för betydelsen av acceptans. Däremot framkom att yngre personer, eller kvinnor, i större utsträckning var indikatorer för större acceptans för människor med psykisk ohälsa.

I resultatet framkom att en hög känsla av socialt stöd leder till en ökad acceptans för personer med psykisk ohälsa (Aaroma et al., 2011). Detta stöds av Nilssons teori som säger att en positiv feedback från andra människor bidrar till en ökad självkänsla och trygghet i interaktionen till andra, vilket i sin tur leder till en större acceptans för andra människor (Nilsson, 2015, s. 30).

I Frankrike observerade man att människors allmänna inställningar och beteenden mot olika sjukdomar såsom schizofreni, bipolär sjukdom och autism var baserade på antaganden istället för kunskap om sjukdomarna (Durand- Zaleski et al., 2012). Enligt Goffmans (1972) teori kategoriserar man och gör omedvetna konstateranden av vissa egenskaper hos främlingar vid första mötet och man gör vissa antaganden. Därefter, när man konstaterat att människan inte uppfyllde dessa krav inser man att man hela tiden hade en föreställning om hur personen borde ha varit. Detta visar att utan kunskap tenderar människor att göra omedvetna antaganden som påverkar acceptansen och beteendet mot andra.

Den andra frågeställningen undersökte hurdana skillnader som kan ses i den sociala distansen till människor med psykisk ohälsa med hjälp av färdiga svar från frågeformulär. Påståendena som valdes tog reda på människors önskan för social distans till människor med psykisk ohälsa. Det första påståendet löd följande: jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom för att få psykiatrisk vård. Den jämfördes med det andra påståendet som var: de flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter.

Det fanns fyra svarsalternativ att välja mellan, men dessa förkortades till tre huvudsvar: att vara för, neutral eller emot. Detta gjordes i enlighet med CAMI:s bedömningsskala och för att få en bättre förståelse för svaren (Dear & Taylor, 1979).

Ur resultatsdel två framkom att 84 % var för att bo granne med någon som fått psykiatrisk vård, medan endast 53 % var för att en människa som fått behandling på en psykiatrisk klinik är en pålitlig barnvakt. I resultatet av del ett i temat ”övrigt” under *lite närhet i relationen* kunde man i Nigeria se att desto mer närhet i relationen, desto mer önskad social distans ville människor ha till personer med psykisk ohälsa (Adewuja & Makanjuola 2008). Det kan antas att relationen till en barnvakt är närmare än den till en granne. Deltagarnas svar tyder på en tydlig önskan av ökad social distans ju mer närhet relationen kräver.

Till det första påståendet i den andra resultatsdelen var 7 % neutrala jämförelsevis med det andra påståendet där 35 % var neutrala. Om man utgår från det ursprungliga svarsalternativet ”jag kan inte säga”, visar detta på en ambivalens bland människors önskan i närmandet till människor med psykisk ohälsa. Detta svar kunde vara ett sätt för deltagarna att inte behöva ta ställning till en känslig fråga. Det framkom även i resultatdel ett att människor har olika attityder beroende på vilken psykiatrisk sjukdom det rör sig om (Svensson och Hansson, 2016). Det är möjligt att deltagarnas åsikter har påverkats av att frågorna i frågeformuläret inte var specifika i fråga om sjukdom. Antalet procent som var emot de båda påståendena visade sig vara 9 respektive 12 %. Detta påvisar att en liten del av deltagarna önskade ha en social distans till människor med psykisk ohälsa. Det verkar dock inte närmelsevis vara beroende av närheten i relationen då det rör sig om små procentskillnader. Sett utifrån begreppet *nimby* kan detta vara ett resultat av negativa attityder gentemot människor med psykisk ohälsa. I enlighet med begreppet *nimby* tyder detta på att det finns ett motstånd för integrationen av människor med psykisk ohälsa.

Detta arbete har påvisat att desto närmare man kommer i relation till en människa med psykisk ohälsa desto mer önskad social distans visas. Däremot har faktorer uppkommit

som påverkat människors acceptans, såsom erfarenhet och kontakt, utbildning och kunskap. Dessa faktorer kan ge oss förståelse och vägledning till hur vi kan minska stigmat och främja den psykiska hälsan.

Kritisk granskning

Eftersom artiklarna i litteraturstudien kommer från olika delar av världen bör man ta i beaktan kulturella skillnader som kan förekomma. Länderna som representeras i resultatet är varierade och sträcker sig över flera kontinenter, däremot kan man inte uttala sig om generaliserbarhet, bland annat då ett flertal av artiklarna utgår från svenska studier. Detta var inte ett medvetet val, men kan ha varit följden av att en databas som utgick från ett svenskt universitet användes. Sökorden ”Sverige” och ”Finland” användes initialt för att nå studier som representerade denna del av Europa, men då det visade sig att flera artiklar från Sverige senare dök upp kan detta ses som en onödig åtgärd. Sökorden kunde även ha använts mer konsekvent i sökningen av de olika databaserna, då detta skulle ha varit ett mer systematiskt tillvägagångssätt som eventuellt kunnat leda till ytterligare inkluderade artiklar.

Frågeformulären i val av metod del två kan anses innehålla vissa brister i översättningen. I den ursprungliga, engelska versionen var mellersta alternativet ”neutral” som i detta fall blev översatt till ”jag kan inte säga”. Det kan ifrågasättas om de motsvarar samma betydelse. ”Jag kan inte säga” innebär inte nödvändigtvis ett neutralt ställningstagande. Istället kunde det ha översatts till det motsvarande, svenska ordet ”neutral”. Det första påståendet översattes otydligt och blev svårtolkat. Vi valde ändå att inkludera detta påstående eftersom den finska översättningen, som en majoritet av frågeformulären bestod av, blev bättre översatt. Det ursprungliga påståendet tagen från CAMI-skalan var: “I would not want to live next door to someone who has been mentally ill” (Dear & Taylor, 1979). Det engelska påståendet antyder någon som har haft en psykisk sjukdom, medan det finska påståendet antyder någon som fortfarande har en psykisk sjukdom. Det är möjligt att detta kan ha påverkat deltagarnas svar, och på så sätt även tolkningen av dessa som gjordes utifrån CAMI:s bedömningsskala.

Inte heller denna frågeställnings resultat går att hänvisa till generaliserbarhet då urvalet

och insamlingensmetoden för frågeformulären inte uppfyller kraven för detta. Den kvalitativa litteraturanalysen var en passande metod för att besvara den första forskningsfrågan och kunde belysa faktorer som bidrar till en ökad acceptans. På samma sätt kunde PAD-projektets insamlade frågeformulär visa på olika grader av önskad social distans till personer med psykisk ohälsa. Alltså anses metoderna som lämpligt valda i förhållande till forskningsfrågorna. Arbetet utfördes av två studenter, vilket kan ses som en styrka som ökade validiteten och objektiviteten.

Förslag för vidare forskning

Psykisk ohälsa är ett aktuellt ämne i dagens samhälle. Detta examensarbete har påvisat att acceptans är ett komplext fenomen som bygger på flera olika faktorer och dimensioner. Det finns ännu stort utrymme för ytterligare forskning kring ämnet om önskan av social distans och acceptans till människor med psykisk ohälsa. Detta arbete har bland annat väckt frågor som: Varför finns en ökad önskan till social distans i närmandet till personer med psykisk ohälsa? Varför ökar acceptansen vid högre grad av distans till personer med psykisk ohälsa? Genom vidare forskning kan man belysa viktiga faktorer som hindrar personer i sin acceptans för andra människor.

Då psykisk ohälsa kan manifesteras i flera olika sjukdomar och symtombilder kan det vara av betydelse att göra liknande studier som är inriktade på en viss sjukdom, eller symtombild. På så sätt kan man se på skillnader i människors acceptans och önskad sociala distans till olika sjukdomar. Samhällsåtgärder kan då inriktas på de sjukdomar eller symtombilder som visar på minst acceptans från människor och en ökad önskan av social distans. Erfarenhet och kontakt visade sig ha en stor inverkan på acceptans till personer med psykisk ohälsa. Hur detta kan implementeras och användas som en resurs i samhället är ett annat förslag för vidare forskning som kan minska stigmat för personer med psykisk ohälsa.

Arbetsfördelningen finns i bilaga 4.

KÄLLOR

- Adewuya, A. O., & Makanjuola, R. A. (2008). Social distance towards people with mental illness in southwestern Nigeria. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 42(5), 389-395. doi:10.1080/00048670801961115
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Corrigan, P. W. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*, 69(2/3), 175-182. doi:10.1016/S0920-9964(03)00186-5
- Arcada. (2014). God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada. Hämtad: 5.2.2018
Tillgänglig: https://start.arcada.fi/sites/default/files/dokument/ovriga%20dokument/god_vetenskaplig_praxis_i_studier_vid_arcada.pdf
- Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J., & Wahlbeck, K. (2011). Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 65(2), 125-132. doi:10.3109/08039488.2010.510206
- Bergman, Erland. (2017). Diskriminering. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad: 12.12.2017,
Tillgänglig: <https://www-ne-se.ezproxy.arcada.fi:2443/uppslagsverk/encyklopedi/1%C3%A5ng/diskriminering>
- Buizza, C., Ghilardi, A., & Ferrari, C. (2017). Beliefs and Prejudices Versus Knowledge and Awareness: How to Cope Stigma Against Mental Illness. A College Staff E-survey. *Community Mental Health Journal*, 53(5), 589-597. doi:10.1007/s10597-017-0116-9
- Cambridge Dictionary. *Nimby*. Hämtad: 2.2.2017. Tillgänglig: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/nimby?a=british>
- Centralförbundet för Mental Hälsa. (2017). Mielenterveysbarometri: Työura voi jatkaa mielenterveysongelmista huolimatta. Hämtad 22.11.2017. Tillgänglig: <http://mtkl.fi/mielenterveysbarometri-tyoura-jatkua-mielenterveysongelmista-huolimatta/>
- Dear M, Taylor M. *CAMI scale*. Hämtad 11.12.2017. Tillgänglig: <https://camiscale.com/>
- Dear M, Taylor M. (1979). *CAMI Questionnaire*. Hämtad: 11.12.2017.
- Dear, M & Taylor M. (1982) *Not on our Street: Community Attitudes to mental health care*. Pion Limited, London. Department of health.

- Denscombe, M. (2016). *Forskningshandboken, För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna.*(Upplaga 3:1). Lund: Studentlitteratur.
- Depoy E, Gitlin L. (2003). *Forskning – en introduktion.* Lund: Studentlitteratur.
- Dictionary.com. *Acceptance.* Hämtad: 8.11.2017. Tillgänglig: <http://www.dictionary.com/browse/acceptance>
- Durand-Zaleski, I., Scott, J., Rouillon, F., & Leboyer, M. (2012). A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France. *BMC Psychiatry*, 12(1), 128-135. doi:10.1186/1471-244X-12-128
- Ewalds-Kvist, B., Högberg, T., & Lützén, K. (2013). Student nurses and the general population in Sweden: Trends in attitudes towards mental illness. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 67(3), 164-170. doi:10.3109/08039488.2012.69414
- Finlex 2014/1325. *Diskrimineringslag.* Hämtad: 13.12.2017. Tillgänglig: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2014/20141325?se-arch%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=diskriminering>
- Folkhälsomyndigheten. (2017) *Folkhälsans utveckling, årsrapport.* Hämtad: 29.11.2017. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/9de83d1af6ce4a429e833d3c8d7cef85/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2017-16136-webb2.pdf>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. (1. utg.) Stockholm: Natur och kultur.
- Foster, A & Roberts V.Z. (1998) '' *Not in my backyard''*: the psychosocial reality of community care. In A. Foster & V.Z. Roberts (Eds.), *Managing mental health in the community: Chaos and containment* (pp.27-37). Florence, KY: Taylor & Francis/Routledge.
- Friberg, F. (red.) (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Ge, L., Yap, C. W., Ong, R., & Heng, B. H. (2017). Social isolation, loneliness and their relationships with depressive symptoms: A population-based study. *Plos ONE*, 12(8), 1-13. doi:10.1371/journal.pone.0182145
- George, J.B. (red.) (2010). *Nursing theories: the base for professional nursing practice.* (6. ed.) Upper Saddle River, N.J.: Pearson Education.

- Goffman, Erving. (1972). *Stigma; den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.
- Hellquist, E. (1970). *Svensk etymologisk ordbok*. Band I: A-N (3., uppl.) Lund: C. W K. Gleerup
- Henricson, M. (red.) (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Högberg T, Magnusson A, Lützén K, Ewalds-Kvist B (2012). *Swedish attitudes towards persons with mental illness*. Nord Journal of Psychiatry 2012;66:86–96.
- Institutet för hälsa och välfärd [THL]. (2015) *Ångestsyndrom*. Hämtad: 29.11.2017. Tillgänglig: <https://www.thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/psykisk-halsa/psykiska-storningar/angestsyndrom>
- Institutet för hälsa och välfärd [THL]. (2016a) *Psykiska störningar*. Hämtad 29.11.2017. Tillgänglig: <https://www.thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/psykisk-halsa/psykiska-storningar>
- Institutet för hälsa och välfärd [THL]. (2016b) *Affektiva störningar*. Hämtad 29.11.2017. Tillgänglig: <https://www.thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/psykisk-halsa/psykiska-storningar/affektiva-storningar>
- Institutet för hälsa och välfärd [THL]. (2016c) *Psykos*. Hämtad 29.11.2017. Tillgänglig: <https://www.thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/psykisk-halsa/psykiska-storningar/psykos>
- Institutet för hälsa och välfärd [THL]. (2017a) *Andelen personer som upplever betydande psykisk påfrestning (%), 20 - 64-åringar*. Hämtad 1.11.2017. Tillgänglig: <http://www.hyvinvointikompassi.fi/sv/web/hyvinvointikompassi/indikaattori/-/indicator/r/658/c/658/g/total/i/4355>
- Institutet för hälsa och välfärd [THL]. (2017b) *Välfärdskompassen*. Hämtad: 19.10.2017. Tillgänglig: <http://www.hyvinvointikompassi.fi/sv/web/hyvinvointikompassi/hyvinvointi-profiili>
- Karlstads universitet. (2004). Protokoll för granskning av vetenskapliga artiklar. Hämtad: 15.11.2017 Tillgänglig: <http://www3.kau.se/kurstorg/files/s/C10AE7C502dc011F41Xpo1511624/Studiehandledningsbilagorvt12fristkt.pdf>

- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. (2., [omarb. och utvidgade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Loch, A. A., Hengartner, M. P., Guarniero, F. B., Lawson, F. L., Wang, Y., Gattaz, W. F., & Rössler, W. (2013). The more information, the more negative stigma towards schizophrenia: Brazilian general population and psychiatrists compared. *Psychiatry Research*, 205(3), 185-191. doi:10.1016/j.psychres.2012.11.023
- Løkensgard, I. (1997). *Psykiatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- McGinty, E. E., Goldman, H. H., Pescosolido, B., & Barry, C. L. (2015). Portraying mental illness and drug addiction as treatable health conditions: Effects of a randomized experiment on stigma and discrimination. *Social Science & Medicine*, 12673-85. doi:10.1016/j.socscimed.2014.12.010
- Mieli, Föreningen för mental hälsa i Finland. *Psykosser*. Hämtad 09.01.2017. Tillgänglig: <https://www.mielenterveysseura.fi/sv/f%C3%B6rstasidan/psykisk-h%C3%A4lsa/psykisk-oh%C3%A4lsa/psykosser>
- Mirnezami, H. F., Jacobsson, L., & Edin-Liljegren, A. (2016). Changes in attitudes towards mental disorders and psychiatric treatment 1976–2014 in a Swedish population. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 70(1), 38-44. doi:10.3109/08039488.2015.1046916
- Mizock, L., Russinova, Z., & Millner, U. C. (2014). Barriers to and Facilitators of the Acceptance Process for Individuals With Serious Mental Illness. *Qualitative Health Research*, 24(9), 1265-1275. doi:10.1177/1049732314545889
- Nationalencyklopedin [NE]. *Acceptans*. Hämtad: 8.11.2017. Tillgänglig: <https://www-ne-se.ezproxy.arcada.fi:2443/uppslagsverk/ordbok/svensk/acceptans>
- Nationalencyklopedin [NE]. *Tolerans*. Hämtad: 20.11.2017. Tillgänglig: <https://www-ne-se.ezproxy.arcada.fi:2443/uppslagsverk/encyklopedi/1%C3%A5ng/tolerans>
- Nationalencyklopedin [NE]. *Stigma*. Hämtad 8.11.2017. Tillgänglig: <https://www-ne-se.ezproxy.arcada.fi:2443/uppslagsverk/ordbok/svensk/stigma>
- Nationalencyklopedin. [NE]. *Funktionsnedsättning*. Hämtad: 15.12.2017. Tillgänglig: <https://www-ne-se.ezproxy.arcada.fi:2443/uppslagsverk/encyklopedi/1%C3%A5ng/funktionsneds%C3%A4tning>
- Nilsson, B. (2015). *Socialpsykologi: teorier och tillämpning*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

- Olsson, H. & Sörensen, S. (2001). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Ottoson, Jan-otto. (2004). *Psykiatri*. (6. uppl.) Stockholm: Liber.
- Positive attitude development [PAD]. (2015). *About P.A.D. project*. Hämtad: 15.12.2017. Tillgänglig: <http://www.padproject.eu/2016/06/positiivse-suhtumise-arendamine-psa.html>
- Psykologiguiden, 2017. *Katatoni*. Hämtad: 18.12.2017. Tillgänglig: <https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon?Lookup=katatont>
- Psykporten. *Stigma, eller skamstämpel*. Hämtad: 21.05.2018. Tillgänglig: <https://www.mielenterveystalo.fi/sv/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/Stigma.aspx>
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (2008). *Omvårdnadens etik: sjuksköterskan och det moraliska rummet*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Sartorius, N., Schulze H. (2005). *Reducing the stigma of mental illness*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *The Lancet*, 370, 810–811.
- Siu, B. M., Chow, K. W., Lam, L. W., Chan, W. C., Tang, V. K., & Chui, W. H. (2012). A Questionnaire Survey on Attitudes and Understanding towards Mental Disorders. *East Asian Archives Of Psychiatry*, 22(1), 18-24
- Strömberg, A. (2000). *Nya stora synonymordboken*. (2., helt omarb. uppl.) Stockholm: Strömberg.
- Svensk MeSH. (2016a). *Socialt avstånd*. Hämtad: 8.11.2017. Tillgänglig: <https://mesh.kib.ki.se/term/D012929/social-distance>
- Svenska MeSH. (2016b). *Tolerans*. Hämtad 20.11.2017. Tillgänglig: <https://mesh.kib.ki.se/term/D010541/missiveness>
- Svensson, B., & Hansson, L. (2016). How mental health literacy and experience of mental illness relate to stigmatizing attitudes and social distance towards people with depression or psychosis: A cross-sectional study. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 70(4), 309-313. doi:10.3109/08039488.2015.1109140
- Thesaurus.com. (2013). *Discrimination*. Hämtad: 12.12.2017. Tillgänglig: <http://www.thesaurus.com/browse/discrimination?s=t>

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. (2. ed.) Philadelphia: Davis.)

Waugh, W., Lethem, C., Sherring, S., & Henderson, C. (2017). Exploring experiences of and attitudes towards mental illness and disclosure amongst health care professionals: a qualitative study. *Journal Of Mental Health*, 26(5), 457-463. doi:10.1080/09638237.2017.1322184

Werner, S. (2015). Public stigma and the perception of rights: Differences between intellectual and physical disabilities. *Research In Developmental Disabilities*, 38262-271. doi:10.1016/j.ridd.2014.12.030

World Health Organization [WHO]. (2016) *Mental health: strengthening our response*. Hämtad:6.11.2017.Tillgänglig:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

Ye, J., Chen, T. F., Paul, D., McCahon, R., Shankar, S., Rosen, A., & O'Reilly, C. L. (2016). Stigma and discrimination experienced by people living with severe and persistent mental illness in assertive community treatment settings. *International Journal Of Social Psychiatry*, 62(6), 532-541. doi:10.1177/0020764016651459

BILAGOR

Bilaga 1: Tabell över datainsamlingen

Databas	Sökord	Begrän-sningar	Antal träffar	Antal valda artiklar	Datum	Inkluderad/ Exkluderad
Academic Search Elite (EBSCO)	acceptance AND mental disorders AND attitudes	Peer reviewed, 2007-2017	41	4	16.10.2017	Buizza et al. 2017; Siu et al. 2012; <i>Speerforck et al. 2014*;</i> <i>Mizock et al. 2014</i>
Academic Search Elite (EBSCO)	acceptance AND mental health AND public	Peer reviewed, 2007-2017	492	1	21.10.2017	<i>Schomerus, G et al. 2012</i>
CINAHL (EBSCO)	acceptance AND mental disorders AND attitudes	Peer reviewed, 2007-2017	48	1	23.10.2017	<i>Stefanovics et al. 2016</i>
Academic Search Elite (EBSCO)	mental disorders AND	Peer reviewed, 2007-2017	2	1	25.10.2017	<i>Vertilo et al. 2014</i>

	open minded					
CINAHL (EBSCO)	mental disorders AND attitudes AND discrimination AND stigma	Peer reviewed, 2007-2017	88	1	4.11.2017	Waugh et al. 2017
Academic Search Elite (EBSCO)	mental illness OR mental disorders AND Sweden	Peer reviewed, 2007-2017	55,401	1	4.11.2017	Mirnezami et al. 2016
Academic Search Elite (EBSCO)	mental illness OR mental disorders AND Finland	Peer reviewed, 2007-2017	55,395	1	4.11.2017	Aaroma et al. 2011
Academic Search Elite (EBSCO)	mental disorders AND attitudes AND discrimination	Peer reviewed, 2007-2017	71	1	4.11.2017	Durand-Zaleski et al. 2012
Academic Search Elite (EBSCO)	Social distance AND mental health AND stigma	Peer reviewed, 2007-2017	170	1	8.11.2017	Svensson & Hansson, 2016
Academic Search Premier	Social distance AND discrimination AND mental health	Peer reviewed, 2007-2017	39	2	8.11.2017	Adewuya & Makanjuola, 2008; <i>Henderson et al. 2016</i>
Academic Search Elite (EBSCO)	Social distance AND discrimination AND effects	Peer reviewed, 2007-2017	44	4	8.11.2017	Mcginty et al. 2015; <i>Mizock et al. 2015;</i> <i>Mukherjee et al. 2014**;</i> <i>Lundberg et al. 2007</i>
Academic Search Elite (EBSCO) Lund university libraries	Acceptance AND attitude AND mental illness AND public	Peer reviewed, 2007-2017	55	2	20.12.2017	Ewalds-Kvist et al. 2013; <i>Chandra & Min-kovitz. 2007</i>
Academic Search Elite (EBSCO) Lund university libraries	Acceptance AND mental illness AND public AND social distance	Peer reviewed, 2007-2017	17	2	27.12.2017	Högberg et al. 2012; <i>Kalkhoff et al. 2007</i>
Academic Search	acceptance AND mental	Peer reviewed, 2007-2017	30	1	27.12.2017	<i>Mizock et al. 2014</i>

Elite (EBSCO)	illness AND mental health AND social distance					
Lund university libraries						
Academic Search Premier	Mental illness AND social distance AND factors influencing	Peer reviewed, 2007-2017	2	1	12.1.2018	Loch et al. 2013

De exkluderade artiklarna är skrivna med kursiv stil. Samtliga artiklar (förutom de stjärnmärkta) exkluderades då de inte berörde forskningsfrågan.

**Uppnådde ej signifikans.*

***Ansågs ej vara valid efter att ha granskats med bedömningsmallen*

Bilaga 2: Bedömningsvärde

Design	Författare	Titel	Bedömningsvärde	Land
Kvantitativ, tvärsnittsstudie	Buizza et al, 2017	<i>Beliefs and Prejudices Versus Knowledge and Awareness: How to Cope Stigma Against Mental Illness. A College Staff E-survey</i>	Hög	Italien
Kvantitativ, tvärsnittsstudie	Siu et al, 2012	<i>A Questionnaire Survey on Attitudes and Understanding towards Mental Disorders</i>	Medel (forskningsetiskt ställningstagande finns ej utskrivet, annars motsvaras granskningsmallens riktlinjer)	Hong Kong
Kvalitativ, intervju	Waugh et al, 2017	<i>Exploring experiences of and attitudes towards mental illness and disclosure amongst healthcare professionals: a qualitative study</i>	Medel (litet sampel)	England
Kvantitativ, tvärsnittsstudie	Ewalds-Kvist et al, 2013	<i>Student nurses and the general population in Sweden: Trends in</i>	Hög	Sverige

		<i>attitudes towards mental illness</i>		
Kvantitativ, icke experimentell	Mirnezami et al, 2016	<i>Changes in attitudes towards mental disorders and psychiatric treatment 1976–2014 in a Swedish population</i>	Medel (forskning i en liten stad, generaliserbarhet?)	Sverige
Kvantitativ, tvärsnittsstudie	Aromaa et al, 2011	<i>Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland</i>	Medel (forskningsetiskt ställningstagande finns ej utskrivet, annars motsvaras granskningsmallens riktlinjer)	Finland
Kvantitativ, tvärsnittsstudie	Durand-Zaleski et al 2012	<i>A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France</i>	Hög	Frankrike
Kvantitativ, tvärsnittsstudie	Svensson och Hansson, 2016	<i>How mental health literacy and experience of mental illness relate to stigmatizing attitudes and social distance towards people with depression or psychosis: A cross-sectional study</i>	Medel (forskningsetiskt ställningstagande finns ej utskrivet, annars motsvaras granskningsmallens riktlinjer)	Sverige
Kvantitativ, tvärsnittsstudie	Adewuja och Makanjuola, 2008	<i>Social distance towards people with mental illness in southwestern Nigeria</i>	Hög	Nigeria
Kvantitativ, experimentell	McGinty et al, 2015	<i>Portraying mental illness and drug addiction as treatable health conditions: Effects of a randomized experiment on stigma and discrimination</i>	Hög	USA
Kvantitativ, tvärsnittsstudie	Högberg et al, 2012	<i>Swedish attitudes towards persons with mental illness</i>	Hög	Sverige
Kvantitativ,	Loch et al, 2013	<i>The more information, the more negative stigma towards schizophrenia: Brazilian general population and psychiatrists compared</i>	Hög	Brasilien

Bilaga 3: Sammanfattad tabell över litteraturanalysen

Artikel	Resultat	Huvudfynd	Tema
<i>Beliefs and Prejudices Versus Knowledge and Awareness: How to Cope Stigma Against Mental Illness. A College Staff E-survey</i>	Visade att de som hade högre utbildningsnivå, personlig livserfarenhet av psykiska sjukdomar och högre yrkesroll var sannolikt mer kapabla att utveckla beteenden av acceptans mot människor med psykisk ohälsa. De hade minskat stigma och diskriminering.	Hög utbildning och personliga erfarenheter minskar stigma och diskriminering, och ökar acceptansen.	Kunskap, utbildning, erfarenhet/kontakt
<i>A Questionnaire Survey on Attitudes and Understanding towards Mental Disorders</i>	Regelbunden kontakt med människor med psykisk ohälsa var associerade med bättre kunskap och bättre acceptans.	Personlig kontakt med människor med psykisk ohälsa ökar acceptansen. Yngre har mer acceptans	Erfarenhet/kontakt ålder
<i>Exploring experiences of and attitudes towards mental illness and disclosure amongst healthcare professionals: a qualitative study</i>	Erfarenheter privat eller i arbetet förbättrade synen och minskade stigmat kring psykiskt sjuka. Förståelse förbättrar attityden.	Personlig erfarenhet och förståelse motverkar stigma, ökar acceptansen.	Erfarenhet/kontakt Förståelse
<i>Student nurses and the general population in Sweden: Trends in attitudes towards mental illness</i>	Tidigare kontakt med psykisk sjukdom var en indikator för en mer accepterande attityd.	Kontakt och tidigare erfarenhet med människor med psykisk ohälsa ökar acceptansen.	Erfarenhet/kontakt
<i>Changes in attitudes towards mental disorders and psychiatric treatment 1976–2014 in a Swedish population</i>	Attityder mot personer med psykisk ohälsa har generellt sett inte blivit mer positiv med åren. Låg utbildning har mer negativ syn på psykiskt sjuka, från 20 år och yngre har en mer positiv syn på psykiskt sjuka än de över 40 år.	Högre utbildning och den yngre generationen är faktorer som ökar acceptansen.	Utbildning, ålder
<i>Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland</i>	Mentala färdigheter, såsom behärskning, och att ha flera vänner att lita på indikerade en mer positiv och tolerant syn på psykiskt sjuka. Social diskriminering var associerat med deltagarnas ålder, kön och tidigare erfarenheter.	Ett tryggt kontaktnät samt inre behärskning ökar acceptansen mot psykiskt sjuka. Kön, yngre ålder, tidigare erfarenhet påverkar acceptansen.	Tryggt kontaktnät, inre behärskning, ålder, kön, erfarenhet, kontakt
<i>A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France</i>	61% var negativa mot psykiskt sjuka, men riktat till en enskild individ sjönk det till 18%. Attityderna baserade sig på antaganden snarare än kunskap.	Acceptansen ökar då man byter ut sjukdomen till en individ. Attityder bygger på antaganden och inte kunskap.	Ser individen, kunskap

<i>How mental health literacy and experience of mental illness relate to stigmatizing attitudes and social distance towards people with depression or psychosis: A cross-sectional study</i>	Bland deltagare som kunde identifiera sjukdomar visades en mindre önskan för social distans. Personlig erfarenhet minskade önskan till social distans och stigma. Att den psykiskt sjuka har avtal och tar emot professionell hjälp minskade önskan till social distans.	Kunskap och utbildning ökar acceptansen, personlig erfarenhet, samt en riktig uppfattning om rätt behandling av den sjuka minskade önskan till den sociala distansen.	Kunskap, erfarenhet/kontakt, behandlingsbar
<i>Social distance towards people with mental illness in southwestern Nigeria</i>	Önskan för social distans ökade ju mer intimitet relationen krävde. Om man hade tagit hand om en mentalt sjuk minskade den sociala distansen, högre ålder ökade social distans, upplevelsen att de är farliga och att orsaken till sjukdomen är övernaturlig ökade den sociala distansen.	Acceptansen ökar ju mindre närhet som krävs till den sjuka, personlig erfarenhet och kontakt ökar acceptansen, samt yngre ålder, att de är ofarliga, inte övernaturlig orsak.	Kontakt/erfarenhet ålder, lite närhet krävs i relationen, attribution, ofarlig
<i>Portraying mental illness and drug addiction as treatable health conditions: Effects of a randomized experiment on stigma and discrimination</i>	Obehandlad schizofreni och depression förhöjde social distans till personer med psykisk sjukdom. Ovilligheten att ha en mentalt sjuk giftas in i familjen ökade. Framgångsrikt behandlad psykisk sjukdom hade en signifikant förbättring i social distans, behandlingars effektivitet, samt diskriminering.	Lyckad behandling av psykisk sjukdom minskar önskan till social distans och diskriminering, d v s ökar acceptansen för psykiskt sjuka.	behandlingsbar
<i>Swedish attitudes towards persons with mental illness</i>	Tidigare erfarenhet av psykiskt sjuka, kvinnor, åldern 31–50 samt grundskolan gjord var indikatorer för acceptans.	Tidigare erfarenhet, kvinnor, medelålder samt utbildning påverkar acceptansen	Erfarenhet/kontakt kön, ålder, utbildning
<i>The more information, the more negative stigma towards schizophrenia: Brazilian general population and psychiatrists compared</i>	Ju mer kunskap desto mer stigma. De som inte kunde identifiera sjukdomen hade minst stigma och fördomar, men däremot mer social distans. Psykiatriker hade mer fördomar, men mindre social distans. Även, högre ålder, män, lite kontakt med psykiskt sjuka ledde till mer stigma. Män bland psykiatriker med lägre ålder var en indikator för mer stigma och fördomar.	Vet man inte att det är en psykisk sjukdom har man mer acceptans. Kvinnor och yngre, mer kontakt med sjuka ökar acceptans.	Erfarenhet/kontakt, ålder, kön, kunskap

Bilaga 4: Arbetsfördelningen

Arbetsfördelningen gjordes rättvist och delades upp jämlikt mellan båda skribenterna. Vi träffades regelbundet och hade ständigt kontakt. Vi frågade varandra konstant efter åsikter, tolkningar och förståelser av texterna. Båda gick tillsammans igenom hela texten och korrigerade språkfel, källhänvisningar och tillsatte saker i texten vid behov. Båda skribenterna ansvarar för hela arbetet.

Båda skrev tillsammans inledningen, tidigare forskning, etiska reflektioner, resultat del två, diskussionen och kritisk granskning.

Elin fokuserade på begreppet acceptans och social distans och del ett av metoden samt teoretiska referensramen. Sonja fokuserade på allmänt om psykisk ohälsa och begreppet stigma, beskrivningen av projektet PAD och val av metod del två.

Kategorierna i resultatet av del ett gick igenom av båda och Elin fokuserade på kategorierna erfarenhet och kontakt och kön medan Sonja fokuserade på utbildning och kunskap och ålder. Elin gjorde figur 1 till resultat del ett och Sonja gjorde diagrammen till del två av resultatet.