

Stigma vid psykisk sjukdom

Upplevelser, attityder och åtgärder

FÖRFATTARE	Jacob Söderberg Erik Berg
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng/ OM5250 Examensarbete grundnivå VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Bodil Augustsson
EXAMINATOR	Nils Sjöström

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



*Ett stort tack till Bodil Augustsson för stöd och
inspiration*

Titel (svensk):	Stigma vid psykisk sjukdom – upplevelser, attityder och åtgärder
Titel (engelsk):	Stigma and mental illness – experiences, attitudes and interventions
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng OM5250 Examensarbete
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	28 sidor
Författare:	Jacob Söderberg och Erik Berg
Handledare:	Bodil Augustsson
Examinator:	Nils Sjöström

SAMMANFATTNING

Stigmatisering av personer med psykisk sjukdom är ett utbrett problem i världen. Det leder till svårigheter i återhämtning och tillfrisknande samt sänkt självkänsla och social förmåga. Individer med psykisk ohälsa upplever sig särbehandlade, både i vården och i samhället. Syftet med litteraturöversikten är att belysa stigmatiseringens roll hos psykiskt sjuka med fokus på psykosjukdom och vad sjuksköterskan kan göra för att stärka empowerment. Studien är baserad på 20 vetenskapliga artiklar som granskats med fokus på upplevelser av psykisk sjukdom, utanförskap, vårdares attityder och metoder för att stärka empowerment. Resultatet visade att stigmatisering var vanligt förekommande, ledde till ensamhet och blev en del av den sociala identiteten hos personer med psykisk sjukdom. Negativa attityder förekom hos sjuksköterskor, särskilt angående individer med psykosjukdom. Patienter önskade en större delaktighet i behandlingen där mer fokus lades på personen. Empowerment hade ett samband med sänkt stigma. Samtal och terapi i grupp bidrog till att stärka empowerment och sänka stigma. Aktivt stöd och att visa tillit bidrog till att stigma minskade och till att personer med psykisk ohälsa vågade gå på läkarbesök.

Nyckelord: Stigma, Empowerment, Psykos, Psykisk ohälsa, Vårdrelation

Innehållsförteckning

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
BESKRIVNING AV PSYKOS	5
DEFINITION AV STIGMA.....	6
PSYKOS OCH STIGMATISERING.....	7
STIGMA I VÅRDEN.....	8
VÅRDRELATIONEN	9
EMPOWERMENT	10
PROBLEMFÖRMULERING	11
SYFTE	11
METOD	11
LITTERATURSÖKNING	12
ANALYS.....	12
RESULTAT	13
UPPLEVELSE AV PSYKISK OHÄLSA.....	14
UTANFÖRSKAP.....	15
ATTITYDER I VÅRDEN.....	17
STÄRKA EMPOWERMENT.....	18
DISKUSSION	19
METODDISKUSSION.....	19
RESULTATDISKUSSION.....	21
SLUTSATS	23
REFERENSER	25

Bilagor

Bilaga 1 Sökningschema

Bilaga 2 Artikelöversikt

INLEDNING

På den verksamhetsförlagda utbildningen under vår sjuksköterskeutbildning har vi observerat hur lätt det är att psykiskt sjuka individer hamnar utanför samhällets ramar. Vi har upplevt skillnader i bemötande och prioriteringar mellan den somatiska och den psykiatriska vården där den psykiatriska vården ofta kommit i andra hand. Detta ser vi har gett bristande resurser och därmed också en sämre möjlighet till tillräcklig vård för personer med dessa besvär. Bemötandet gentemot denna patientgrupp har vi upplevt vara annorlunda hos vårdpersonal. Det är skillnad bland dem som har en vana inom psykiatrisk vård och bland personal på avdelningar specialiserade inom somatisk vård. Vår uppfattning är att personer med psykisk sjukdom ofta betraktas som farliga och omedgörliga vilket leder till en osäkerhet och en ovilja till konversation från vårdpersonalens sida. Detta går emot målen för svensk sjukvård som enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) innefattar att man arbetar för vård på lika villkor. Med detta examensarbete vill vi belysa hur stigmatisering påverkar personer med psykisk ohälsa, hur bemötandet i vården ser ut samt hur sjuksköterskan kan arbeta för att minska upplevelsen av stigma genom att stärka empowerment.

BAKGRUND

BESKRIVNING AV PSYKOS

En psykos är ett psykiatriskt tillstånd där människan befinner sig i en privat omvärld som skiljer sig ifrån verkligheten. Den psykotiska människans tolkning av omvärlden kan vara så komplicerad och privat att den blir svår att förstå för en annan människa, så kallade vanföreställningar. Den som är psykotisk kan även lida av hallucinationer, konfusionstillstånd och beteendevikelse men dessa är inte definierande för en psykos då de var och en kan förekomma enskilt. (Cullberg, 2000)

Ett psykostillstånd kan påverka personen på olika sätt och i olika grad. En människa kan vara i ett tillstånd där hela personligheten är påverkad. Detta innebär att den yttre världen har tappat sin betydelse och personen är helt upptagen av sin inre värld. Under en psykos av denna form kan personen vara svår att nå och skapa kontakt med. Om människan istället lider av en psykos som delvis påverkar personligheten så finns det fortfarande fasta punkter i omvärldstolkningen som kan uppfattas som helt normala. En delvis psykotisk person skulle alltså kunna vara helt adekvat i vissa uppfattningar men i andra; ha klara vanföreställningar. (Cullberg, 2003)

Det finns andra typer av psykotiska tillstånd där tolkningen av omvärlden inte står i fokus.

Affektiva sjukdomar som exempelvis bipolaritet kan ge upphov till tillstånd där verkligheten hamnar sekundärt. Den drabbade kan ha ett stämningsläge och ett tempo som inte är realistiskt eller en personuppfattning som antingen överskattas eller underskattas. Omgivningen kan då inte heller påverka tillståndet med argumentation. (Cullberg, 2003)

Som det beskrivs ovan så utgår man ifrån vad som är normalt och inte i personens verklighetsuppfattning när man beskriver psykos. När man förklarar ett psykotiskt tillstånd måste man ta hänsyn till flera typer av normalitetsbegrepp. Det som är statistiskt normalt i ett samhälle är något som är bekräftat av samhället i den mening att exempelvis en föreställning eller ett beteende innefattas av flera individer. Normen inom en grupp bestämmer vad som är acceptabelt inom just den gruppen. En individ kan avvika från vad som är normalt i en grupp men samtidigt tillhöra det statistiskt normala och tvärtom. Om en individ avviker från det som är statistiskt normalt och samtidigt har ett beteende som innebär lidande och risker för personen eller människorna i dennes omgivning så kan detta innebära ett psykiatriskt sjukligt beteende. Ytterligare omständigheter man måste ta hänsyn till är om beteendet är en tydlig tillfällig respons på omgivande omständigheter. Då behöver det inte innebära psykisk sjukdom. Ett samhälles kultur är också en viktig faktor då en vanföreställning i en del av världen inte nödvändigtvis är det, i en annan. (Cullberg, 2000)

När det gäller våldsbrott så sammankopplas ofta personer med psykos med ett våldsamt beteende. En fjärdedel av de personer som anmäldes för våldsbrott i Sverige hade vårdats på grund av missbruksproblematik. Personer med psykiska störningar av allvarligare karaktär (exempelvis schizofreni) stod för 5 % av de anmälda. Risken för våldsbrott ökade hos dessa personer om de samtidigt missbrukade vilket kan förebyggas genom att medicinering följs. Att människor har drabbats av dödligt våld från en obekant psykiskt störd person har inträffat ungefär en gång vartannat år. (Ottosson, 2009)

DEFINITION AV STIGMA

Termen "stigma" härstammar från antikens Grekland som skar in tecken eller brännmärkte individer för att visa för allmänheten att det fanns något ovanligt eller nedsättande hos dem. Detta skulle markera en individs sociala status och upplysa omgivningen om att det var någon som man borde undvika, särskilt på offentliga platser. Det kunde handla om att personen var slav, brottsling eller på något annat sätt utstött (Goffman, 2001). Ordet har också en särskild betydelse inom kristendomen där det används för att beskriva sår som uppkommit på samma platser som på Kristus vid korsfästelsen (Björkman, 2005). Nu avser begreppet stigmatisering mer det olycksöde som individen drabbats av. Anledningarna till varför stigma uppstår har också förändrats (Goffman, 2001). Flera forskare ser stigma som ett sociologiskt begrepp där den sociala konstruktionen anses vara kopplat till roller i samhället och hur de värderas (Björkman, 2005). Det är individens sociala identitet som

främst blir utsatt för stigmatisering av andra grupper i samhället (Goffman, 2001). Det finns också ett maktperspektiv i begreppet där de som har tillgång till ekonomisk, social och politisk makt tillåter stereotypisering och indelning av utpekade i kategorier. Att stigmatisera andra kan troligtvis ge en grupp en känsla av kontroll och att dess egna sociala status höjs (Björkman, 2005).

Den socialpsykologiska stämplingsteorin används inom områden som exempelvis vid psykisk sjukdom och ämnar beskriva sambandet mellan avvikande beteende och samhällets reaktion. Samhällets stämpling eller stigmatisering av avvikaren leder denne vidare in i en avvikande identitet (Nationalencyklopedin, 2014). Goffman (2001) skriver att stigma är en egenskap som svartmålar en individ i relationen till den sociala kontext den befinner sig i. Ett samhälles sociala spelregler ligger till grund för vilka kategorier som individer delas in i. En främling kan snabbt delas in i ett fack bara genom ett första synintryck.

Goffman (2001) delar in stigma i tre kategorier. Den kroppsliga typen innefattar missbildningar av olika slag. Andra kategorin har med den personliga karaktären att göra och drabbar dem som t.ex. suttit i fängelse, haft psykisk ohälsa, drabbats av arbetslöshet eller alkoholism. Dessa bottenar i individens förflutna och härleds till viljesvaghet eller bristande hederlighet. Den tredje kategorin behandlar kulturella eller etniska aspekter som ras, religion eller nation. Goffman (2001) anser att det finns en dubbelhet i begreppet stigma som har att göra med hur det upplevs hos den stigmatiserade individen i fråga. Antingen så utgår man ifrån att sitt stigma är tydligt och uppenbart för omgivningen eller så antar man att motsatsen föreligger (Goffman, 2001). I dag pratas det mer om attityder och med begreppet stigma menas det som individen själv upplever (Lilja & Hellzén, 2010).

PSYKOS OCH STIGMATISERING

Samhällets attityder till psykiskt sjuka är något som historiskt sett inte har förändrats på ett betydande plan. Allmänheten besitter ofta föreställningar om psykiskt sjuka patienter som innefattar en rädsla, negativa förväntningar och att man skulle uppleva kontakt med dem som besvärligt. Personer diagnostiserade med schizofreni uppfattas allt oftare som mindre intelligenta, aggressiva och potentiellt farliga. Dessa attityder existerar generellt sett över hela världen och i olika kulturer. Attityderna finns även i stor utsträckning bland vårdpersonal. När en människa drabbas av psykisk sjukdom så är det alltså ofta dessa föreställningar som ligger till grund för deras syn på sig själva efter diagnostiseringen. De har exempelvis med sig en bild av psykiskt sjuka som någon man helst inte vill beblanda sig med. Detta bidrar till att de flesta personer som drabbats av psykisk ohälsa lever med en ständig rädsla att bli avvisade och förkastade vilket i sin tur kan leda till isolering. (Björkman, 2005)

Björkman (2005) nämner fyra dimensioner där stigmatisering framträdde på olika sätt. Den första utav dessa var *Den mellanmännsliga dimensionen* där stigmatiseringen kunde visa sig i diskriminering där psykiskt sjuka exempelvis pekades ut och anklagades för saker de inte gjort av sin hyresvärd. I *Den strukturella dimensionen* så kunde man se hur samhällseliga bortprioriteringar påverkade vården av psykiskt sjuka. I *Allmänhetens dimension* så kunde personer med psykisk ohälsa anses farliga och i dimensionen *Tillgång till sociala roller* så upplevde man att det var svårt att som sjuk behålla ett arbete eller att hitta en partner att leva ihop med. (Björkman, 2005)

När återhämtningen sker efter en psykiatrisk sjukdom så blir ofta stigmatiseringen ett hinder. Personen måste komma över fördomar från sig själv och andra och lära känna sitt jag efter tillfrisknandet (Lilja & Hellzén, 2010). Självkänslan blir påverkad hos personen efter att denne är fri från sjukdomssymptomen och graden av stigma i början av en inläggning kan förutsäga hur denne kommer fungera socialt sju månader efter utskrivning. Det finns teorier som säger att när man når en acceptans för sjukdomen så blir resultatet ofta en förändrad självbild som innebär att individen ser sig som inkapabel och som följd, tyr sig till sin omgivning (Björkman, 2005).

Stigmatisering och självkänsla har visat sig stå i relation till varandra på det sätt att hög stigma innebär låg självkänsla och tvärtom. Stigmatiseringen påverkar även den sjukes anhöriga genom att sänka deras självkänsla och sociala förmåga (Björkman, 2005). Ottosson (2009) skriver att stigmatiseringen även har en negativ påverkan på hur den sociala funktionen hos den sjukes nästkommande generationer kommer att se ut.

STIGMA I VÅRDEN

Det finns en risk att patienter med långvarig psykisk ohälsa upplever sin identitet som begränsad. Om omgivningen glömmer personen bakom symptomen och behandlar den efter vad olika diagnossystem säger reduceras personen från unik individ till en diagnos. Detta kan till slut leda till att patienten själv identifierar sig med sin diagnos (Lilja & Hellzén, 2010). Forskning har visat att patientens möjligheter till återhämtning minskar om negativa föreställningar kring psykisk ohälsa finns hos individen eller i dess omgivning (Mattsson, 2010; Lilja & Hellzén, 2010).

Patienter med ett suicidalt och utagerande beteende kan uppfattas som manipulerande av vårdare. Det föreligger här en risk för att vårdkvaliteten försämras när relationen mellan patient och vårdare depersonaliseras. Detta är allvarligt eftersom annan forskning visar på att en nära vårdrelation ökar en ineliggande patients chanser till återhämtning (Lilja & Hellzén, 2010). För att återhämta sig behöver identiteten förflyttas från patient till person. Genom att se egna framgångar och nyvunna instinkter och lära sig att älska den man är kan stigma och fördomar överbryggas (Alphonse, 2010).

Psykiatrisk vård kan ibland innebära att vårdare utför tvångsåtgärder mot patienter. Patienternas integritet sätts då på spel när dess självbestämmande inte kan respekteras fullt ut. Ett exempel på stigmatisering inom den psykiatriska vården är när vårdaren blir patientens advokat. Det är ett synsätt som verkar vara svårt att lämna och det är något som vårdare ofta faller tillbaka till när de upplever att vården av patienten "gått fel". Vårdarens attityd till sig själv som vårdare och till patientens psykiska lidande har en central roll i hur god kvalitet det är på omvårdnaden och tyvärr finns det indikationer på att skillnaden mellan hur patienten uppfattar sin situation och hur vårdaren uppfattar den är stor. (Lilja & Hellzén, 2010)

De värderingar som den klassiska psykiatriska vården innehar verkar baseras på diagnoserna i olika klassificeringssystem. Detta värdesystem separerar patienten från det övriga samhället och befäster idén om den som avvikande. Vårdare kan således beteckna sig som friska eller normala. En bild av patienten växer fram som riskerar att skilja sig stort ifrån dennes egna självbild. Maktstrukturen inom vården hjälper till att befästa patienten som onormal och det kan tillslut leda till att patienten tappar sin ursprungliga identitet och börjar se sig själv som en avvikande patient istället för en individ. (Lilja & Hellzén, 2010)

VÅRDRELATIONEN

En relation mellan patient och vårdare där patientens lidande lindras kan betecknas som en vårdrelation. Hur vårdrelationen mellan sjuksköterska och patient ser ut påverkas av hur man definierar och finner betydelse i begreppen sjuksköterska, patient och vårdare. Patient används inom vårdvetenskapen för att känneteckna den som vårdas. Det betyder ursprungligen "den lidande människan" och härstammar ifrån latinet med betydelsen "den som lider". Betydelsen har dock ändrats genom åren och har mer kommit att associeras med sjukhus, diagnos och behandling. (Kasén, 2012)

I en studie av Berg (2006) där relationen mellan sjuksköterskor och långvarigt sjuka studerats så beskrivs det att relationen ingav förtroende hos patienten men inte skapade tillräckligt med trygghet. Patienterna efterfrågade en personlig vårdande relation men trots en strävan från båda parter så blev den vårdande relationen mer ett ideal som inte kunde uppnås.

Patienten som fall (patientfall) har synonymer som sjukdomsfall, kamp eller olycka efter farlig händelse eller störtande från maktställning. Ordet fall kan även ibland betyda förnedring, förödmjukelse eller kapitulation. Inom denna betydelsedimension blir patientens värdighet som människa hotad och att vara patient i detta sammanhang kan tolkas som en upplevelse av att ha misslyckats eller att gå in i en kamp. (Kasén, 2012)

Sjuksköterskan som sjuksyster till patienten blir en symbol för att vi människor är systrar och bröder och symboliska syskon med varandra. Detta synsätt innefattar en symmetrisk relation mellan patient och vårdare. Med sjukvårdare så menas oftast män som i militären eller vid mentalsjukhus vårdar eller sköter sjuka. Synen på sjuksköterskan som en vårdande syster eller som en medicinskt utbildad person kan forma relationen mellan vårdare och patient. En vårdande relation kan antas formas då sjuksköterskan både är en syster med mångårig utbildning och en vårdare som värnar om patientens värdighet. (Kasén, 2012)

Hinder för att skapa en vårdande relation kan vara om patienten saknar kraft till att orka medverka eller upprätthålla kontakten med vårdaren. Den kan heller inte skapas då patienten känner sig som ett objekt som vårdaren vårdar och utför sina uppgifter hos. Patientens värdighet kränks och sjuksköterskan ses som någon som bara visar ett intresse i sina medicintekniska uppgifter. (Kasén, 2012)

EMPOWERMENT

Empowerment kommer ifrån latinets "posse" som både orden makt och frihet har utvecklats ifrån. Forskare definierar empowerment på olika sätt. Askheim (2007) framhåller att empowerment är när personer som befinner sig i en situation präglad av maktlöshet på något sätt kommer ur situationen som varit grunden till problematiken. De skaffar sig på så sätt en styrka som leder fram till en autonomi där de själva kan styra sina liv. Då blir empowerment både till ett verktyg och ett mål. Gibson (1991) med mer fokus på vårdaspekten av empowerment, beskriver empowerment på följande vis: "*Empowerment is a process of helping people to assert control over the factors which affect their health*" (Gibson, 1991 s.359). Begreppet har också en pedagogisk tradition som utgår ifrån dialogen i samtalet där relationerna mellan individerna skall vara jämlika och varje person ska lära sig av den andre (Fossum, 2013).

Empowerment handlar om demokrati och jämställdhet där en person lär sig att handla och tänka kritiskt. För att en patient skall kunna fatta kloka och rationella beslut, genomföra dem och värdera resultatet krävs det att han eller hon blir sedd och bekräftad. Ett sådant möte kan kallas ett lärande möte och är en förutsättning för att en individ ska kunna hantera sin sjukdomssituation på bästa sätt samt att utnyttja sina egna resurser (Söderkvist, 2013). Ett lärande möte är ett möte som präglas av att patienten blir sedd, bekräftad och lyssnad på och där individen tillåts utvecklas vad beträffar kapacitet och inre mognad, vilket är nödvändigt för att patienten ska kunna fatta rationella och kloka beslut, genomföra besluten och värdera resultaten. Detta har även diskuterats som "patient empowerment". Det är en förutsättning för att individen skall kunna utnyttja sina resurser och hantera sin sjukdomssituation på bästa sätt. Empowerment innebär en process med syfte att öka en

persons förmåga att tänka kritisk, och kunna handla (Fossum, 2013).

Ur empowerment har begreppet self-efficacy utvecklats (Söderkvist, 2013). Begreppet handlar om att vårdare skall försöka ta ett steg tillbaka, lyssna mer, missionera mindre och inte "säga åt" så mycket som vårdpersonal ofta gör. Self-efficacy handlar om tilltron till patientens egna förmåga. Tilltron är avgörande för om man tar initiativ till en viss handling och hur mycket man anstränger sig när försvårande faktorer träder in. Tilltron till den egna förmågan är enligt flera studier en faktor som i hög grad kan förutsäga om en person lyckas eller misslyckas. Vidare visar studier att man kan ändra en persons tilltro till att klara en specifik uppgift. (Fossum, 2013)

PROBLEMFÖRMULERING

Stigma är ett begrepp som ytterst beskriver sambandet mellan ett beteende som avviker från normen och hur allmänheten reagerar (Nationalencyklopedin, 2014). Det är viktigt att få reda på hur stigma upplevs av individer med psykisk ohälsa och hur vanligt förekommande dessa upplevelser är. Sjuksköterskan skall värna om patientens värdighet och relationen mellan sjuksköterska och patient kan då betonas av symmetri (Kasén, 2012). Att stärka en individ till att denne själv orkar ta tag i sin situation skulle kunna minska stigmatiseringen. Hur påverkas dessa individer av sjuksköterskors attityder och hur kan man som sjuksköterska arbeta för att stärka empowerment?

SYFTE

Belysa stigmatiseringens roll hos psykiskt sjuka med fokus på psykosjukdom och vad sjuksköterskan kan göra för att stärka empowerment.

METOD

Enligt Friberg (2012) så innebär en litteraturoversikt att undersöka kunskapen inom ett område och skapa en översikt om det aktuella problemet. Målet med studien är att problemet ska öppna upp för både kvalitativ och kvantitativ forskning inom området. Därför ska sökningen, analysen och sammanställningen vara gjord utifrån ett brett perspektiv för att kunna visa på den aktuella kunskapen i ämnet och visa på hur man eventuellt kan implementera studieresultatet i praktiken. Litteratursökningar har genom sitt breda perspektiv en förmåga att kunna påvisa eventuella brister i aktuell forskning och områden som inte studerats.

LITTERATURSÖKNING

Informationskällan som användes var först och främst databasen Cinahl då den i huvudsak behandlar vårdvetenskapliga ämnen. Därefter användes PsycINFO på grund av dess fokus på vetenskapliga studier angående psykiatri och för att göra sökningen bredare användes databasen PubMed. En sökning i Scopus gjorde att resultaten kunde sorteras efter "most cited by" och gjorde att man kunde få en överblick av artiklar som blivit mest citerade i andra studier. En utav artiklarna hittades i referenslistan hos en vald studie på Cinahl med funktionen "Times cited in this database" (MacInnes & Lewis, 2008).

En första inledande sökning gjordes i Cinahl med sökorden "Stigma*" och "Schizophreni*" för att undersöka omfattningen och kvaliteten på det material som fanns. "Empowerment" lades till för att motsvara syftet. Eftersom syftets fokus även innefattade schizofreni så valdes först och främst det som sökord men utvecklade det sedan till "psycho*" för att täcka alternativa ändelser som -tic och -sis, "psychosis" där "psycho*" i PubMed och PsycINFO ansågs för kort. Sökordet "nurs*" användes dels för att ämnet är omvårdnad och dels för att tydligare koppla studien till sjuksköterskeyrket. Efter detta användes sökordet "mental illness" för att göra sökningen bredare. Sökordet "experience" lades till i syfte att få en bild av upplevelsen av stigma. Eftersom kvalitativa studier har ett fokus på upplevelser lades sökordet "qualitative" till. Som en variant av stigma användes "internalized stigma" för att få fram ytterligare studier med fokus på personens upplevelse. "Social relations" användes som sökord efter att man i tidigare artiklar funnit en relevans i sociala relationer i förhållande till stigma. En manuell sökning i artikeln *Ending Self-Stigma: Pilot Evaluation of a New Intervention to Reduce Internalized Stigma Among People with Mental Illnesses* ledde till att ytterligare en artikel inkluderades. För närmare presentation av sökningsprocessen, se sökschema (Bilaga 1).

ANALYS

Artiklarna som valdes hade inklusionskriterier som innefattade att de skulle svara mot syftet, vara publicerade under de senaste 15 åren och de skulle vara vetenskapliga artiklar som genomgått en vetenskaplig granskning (peer reviewed). Artiklarna som exkluderades var skrivna på ett annat språk än svenska eller engelska. Studierna skulle heller inte utförts på barn. Studier som specialiserade sig på särskilda subkulturer inom en population exkluderades också.

Med undantag ifrån den inledande sökningen så granskades artiklarnas titlar i resultatet för att undersöka om de var relevanta utifrån syftet. Om artikeln hade en relevant titel så lästes abstraktet igenom. Efter att abstrakten lästs igenom återstod 30 artiklar som delades upp lika mellan författarna och lästes igenom i sin helhet. 20 utav dessa ansågs uppfylla

inklusionskraven. Utav dessa studier var tre kvalitativa, två var kvalitativa/kvantitativa och femton var kvantitativa. Tolv utav studierna var europeiska varav tre utav dessa var svenska. Fem studier var från USA, två från Turkiet och en från Kina.

Författarna läste förutsättningslöst tio artiklar vardera. Den övergripande bilden av studierna diskuterades sedan sinsemellan. Därefter lästes samma tio studier igenom igen, var för sig och en kvalitetsgranskning utfördes utgående från Fribergs (2012) mall för kvalitetsgranskning. De artiklar som inte uppfyllde alla kraven enligt mallen diskuterades av författarna för att bestämma kvalitet. Eftersom studierna sällan hade en vårdvetenskaplig teoretisk grund så hade vi överseende med granskningspunkterna angående detta. För att kvaliteten på en kvantitativ studie skulle bedömas som hög så skulle det finnas en diskussion av reliabilitet och validitet av mätinstrumenten och ha en utförlig metod och etikdiskussion. Kvantitativa artiklar som saknade någon av ovanstående krav, gavs kvalitetsbedömningen medel. Om inte en etisk diskussion framfördes så diskuterades etiska frågor angående studien mellan författarna innan den inkluderades. För att kvalitativa studier skulle ges en hög kvalitetsbedömning skulle en tydlig etisk diskussion presenteras samt en tydligt formulerad metoddiskussion. De studier där diskussionen på något sätt var bristfällig gavs kvalitetsbedömning medel. Etiken diskuterades även i de kvalitativa studierna. Ingen utav studierna ansågs hålla låg kvalitet och alla inkluderades därför i resultatet. Därefter färgkodades artiklarna i tre olika färger. Det i artiklarna som ansågs beröra empowerment markerades med grönt, upplevelser av stigma markerades med rosa och attityder hos vårdpersonal angående stigma markerades med blått. Det markerade innehållet i studierna diskuterades författarna emellan och det uppenbarades då fem teman:

- Upplevelse
- Utanförskap
- Strategier
- Vårdrelation
- Stärka Empowerment

Dessa teman skrevs in som rubriker i ett dokument på Google Drive där resultatet som framkommit i studierna sammanställdes i punktform under varje rubrik. Därefter bearbetades de punkter med liknande resultat samman för att skapa en tydligare överblick. Dokumentet låg sedan till grund för resultatet. Temat strategier ansågs senare på grund av dess likhet med utanförskap bättre höra hemma under den rubriken. Temat vårdrelation ändrades till attityder i vården för att det ansågs stämma mer överens med resultatet.

RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån fyra olika teman. Upplevelse av psykisk ohälsa, utanförskap,

attityder i vården och metoder för att stärka empowerment.

UPPLEVELSE AV PSYKISK OHÄLSA

Individer med schizofreni upplevde att sjukdomen förstört deras liv eller att de inte hade en självklar plats i världen (Lv, Wolf & Wang 2013). De upplevde att omgivningen reagerade negativt när de fick reda på att de varit i kontakt med psykiatrisk vård. Bara en enda psykiatrisk vårdkontakt gav en livslång stämpel som fastslog deras sociala identitet i olika framtida sociala sammanhang. De upplevde svårigheter med hyresvärdar och att de var nära att bli vräkta när sjukdomen blev känd. I vissa fall blev de anklagade för vanskötsel och kriminellt beteende och blev ofta syndabockar för händelser i deras närmiljö. Deras personligheter reducerades till att vara galen, oansvarig eller någon man inte kunde lita på (Schulze & Angermeyer, 2003).

Avvikande detaljer kring personligheten hos personer med schizofreni tillskrevs sjukdomen. De upplevde också svårigheter att hitta en partner och att uppehålla en relation. Sjukdomens oberäknelighet och börda rapporterades leda till att förhållanden tog slut och att man separerades ifrån sina barn (Schulze & Angermeyer, 2003).

Det fanns flera exempel där personer med psykisk sjukdom blivit nekade jobb på grund av sin sjukdom eller att deras medarbetare ändrat uppfattning om dem sedan deras psykiska ohälsa blivit känd (Wahl 1999). Att söka jobb var också relaterat till känslor av skam (Schulze & Angermeyer, 2003). Det förekom även att individer med psykisk sjukdom upplevde att personer blev obekväma av deras närvaro (Lundberg, Hansson, Wentz, Björkman, 2009). Patienter som behandlades för schizofreni och återvände till sina jobb mottog kritiska anmärkningar från kollegor och ansåg att de utsattes för misstro. De visste heller inte om de skulle dölja sin sjukdom inför sina kollegor och chefer. Det förekom spekulationer om att det skulle kunna se illa ut om det senare framkom att man aktivt försökt dölja sin sjukdom. Individer med schizofreni rekommenderade varandra att hålla sjukdomen hemlig och skylla deras frånvaro från arbetsplatsen på något annat som till exempel utmattningssyndrom (Schulze & Angermeyer, 2003).

“I wouldn’t recommend to anyone talking about the mental illness in work at all! I mean, you can talk about... well, perhaps a depression or something... but if you say ‘psychosis’—God forbid!!!...” (Schulze & Angermeyer 2003 s.307).

En långvarig konsekvens av psykisk ohälsa ansågs vara minskad självkänsla och minskat självförtroende (Wahl, 1999). Låg självkänsla kopplades ihop med upplevelser av avvisning och en lägre förmåga att fatta egna beslut. Upplevelser av avvisning hade också ett samband med en låg känsla av sammanhang (Björkman et al, 2009).

Studien av Wahl (1999) visade på att 80 % av patienter med psykisk sjukdom uppgav att de hade erfarenheter av stigmatiserande kommentarer eller skildringar om psykisk ohälsa. 55 % oroade sig ofta eller väldigt ofta över att de skulle bli behandlade ofördelaktigt om det kom fram att de var psykiatripatienter och 60 % upplevde att andra aktivt hade hållit sig borta ifrån dem. Att drabbas av stigmatiserande fördomar kunde leda till reaktioner som ilska och sorg. Det rapporterades också en känsla av att ha blivit sårad och modfälld. I samma studie ansåg 77 % att media ibland bidrog med sårande och stötande bilder av psykisk sjuka. 47 % av dem ansåg att det händer ofta eller väldigt ofta.

En socialarbetare berättar: *“Only this morning I talked to a patient about this. In the beginning of his illness, he had the feeling that he should be very open about the mental illness, that he should confront people with it, at least his friends and relatives, but now he's taken the decision that he'd rather not tell anyone. He says that when he openly speaks about the illness, he's not taken seriously anymore, that when something he does deviates only a tiny bit from normality, people immediately say... ‘Oh, well, he's mentally ill anyway’.”* (Schulze & Angermeyer, 2003 s.304)

Individer med psykisk sjukdom upplevde diskriminering inom den egna familjen då de ibland ansåg sig bli behandlade som mindre kompetenta (Wahl, 1999). Personer med schizofreni rapporterade att deras släkt också kan vara en källa till stigmaupplevelser (Schulze & Angermeyer, 2003). Upplevelsen av att vänner och bekanta bara sällan eller ibland agerade stödjande eller med förståelse rapporteras hos Lv et al. (2013). Känslan av att bli behandlad som mindre kompetent rapporterades av 70 % av deltagarna i Wahls (1999) studie och i 39 % av deltagarna i studien av Lundberg, Hansson, Wentz & Björkman (2008).

En annan källa till upplevelser av stigma var biverkningar av läkemedel. Extrapyramidala symptom och viktökning blev synliga effekter på att man undergår psykiatrisk behandling. Detta gjorde att individer med schizofreni ofta undvek social kontakt eftersom de då inte längre kände att de kunde dölja sjukdomen. Biverkningarna påverkade också deras självkänsla som ytterligare komplicerade deras förhållande med människor i deras omgivning (Schulze & Angermeyer, 2003).

UTANFÖRSKAP

I en studie av Krajewski, Burazeri och Brand (2013) jämfördes stigma i olika länder. Resultatet visade en betydlig skillnad mellan Sverige, som rapporterade lägst nivå av stigma, och Kroatien som rapporterade högst nivå. Sverige rapporterade högst nivå av

upplevd diskriminering men också högst nivå av empowerment. En tredjedel av alla deltagare rapporterade medel till hög grad av stigma. Resultatet visade även att män generellt sett rapporterade en högre nivå av stigma än kvinnor.

Ett stort socialt nätverk ledde till ökad empowerment och livskvalitet hos personer med mental ohälsa (Lundberg et al., 2008). Ett otillräckligt socialt nätverk ökade däremot känslan av stigmatisering och minskade empowerment (Sibitz, Amering, Unger, Seyringer, Bachmann, Schrank, ...Woppmann, 2011a; Krajewski et al., 2013). Stigmatisering i sig ledde till ensamhet som vidare ledde till depression. Depression ledde till lägre livskvalitet vilket gör att det fanns en koppling mellan stigmatisering, depression och minskad livskvalitet. (Switaj, Grygiel, Anczewska, Wciórka, 2013; Sibitz et al., 2011a). Personer med psykossjukdom rapporterade högst nivå av stigma i jämförelse med andra psykiatriska diagnoser (Krajewski et al., 2013). De hade ett mindre socialt nätverk, upplevde en högre grad av avvisning (Lundberg et al., 2009; Lundberg et al., 2008) och rapporterade en sämre livskvalitet än individer med andra psykiatriska diagnoser. En hög upplevelse av avvisning ledde också till lägre känsla av empowerment (Lundberg et al., 2009). Däremot visade en studie av Sibitz et al. (2011a) att 49 % av patienterna med schizofreni ansåg att de hade tillräckligt med vänner och närstående.

Personer med schizofreni som upplevde stigma visade en rädsla och osäkerhet inför relationer. De uppvisade bland annat en lägre nivå av självförtroende och en större osäkerhet i relationer. De var mindre nöjda med sina relationer och hade en högre oro och vilja att övervaka och kontrollera relationer än personer med bipolär sjukdom (Sarısoy, Kaçar, Pazvantoğlu, Korkmaz, Öztürk, Akkaya, ... Sahin, 2013). Anställning eller nivå av utbildning var relaterat med stigmaupplevelser (Lv et al., 2013). Personer med schizofreni som hade en anställning rapporterade lägre stigma än de som inte var anställda (Brohan, Elgie, Sartorius, Hornicroft & GAMIAN-Europe Study Group. 2010).

Ett undvikande beteende var vanligt bland personer med mental ohälsa (Björkman et al, 2009; Krajewski et al., 2013; Wahl, 1999). Stigma bidrog till att personer med psykisk sjukdom undvek social kontakt i större utsträckning (Wahl, 1999). Ett undvikande beteende användes som en metod för stresshantering (Judge, Estroff, Perkins & Penn 2008) och att undvika att prata om sig själv på grund av diagnosen rapporterades också (Lv et al., 2013). En stor del utav personer med psykisk sjukdom undvek att tala om sin sjukdom i olika situationer för att slippa att bli diskriminerade. Det rörde sig bland annat om när de sökte jobb eller skulle söka ett hyreskontrakt och sannolikheten att de själva skulle söka ett jobb eller en utbildning ansåg de själva vara mindre troligt (Wahl, 1999). I en studie av Schulze & Angermeyer, (2003) förekom det att deltagare frågat vårdpersonal om hur de skulle kunna dölja perioder utan jobb på ett CV och om de kunde få neutrala sjukintyg av sin läkare.

Rädslan för stigmatisering kunde bli ett hinder för att söka hjälp (Judge et al. 2008). I studien av Schulze & Angermeyer, (2003) sågs den psykiatriska behandlingen som ett hinder från att leva ett normalt liv. Patienter med en psykossjukdom valde att dölja sin kontakt med psykiatrisk vård inför släkt och vänner. Anledningen var ofta tidigare negativa upplevelser (Schulze & Angermeyer, 2003). Patienter med schizofreni undvek att berätta för personer utanför sin familj att man hade genomgått en psykiatrisk behandling (Lv et al. 2013). Personer med psykisk sjukdom försökte utbilda sin omgivning om sjukdomen och dess symptom och att direkt konfrontera upplevelser av stigma ansågs stärka empowerment (Wahl, 1999).

ATTITYDER I VÅRDEN

I Wahls (1999) studie så ansåg mer än en fjärdedel av deltagarna att deras behandling i sig var stigmatiserande. De upplevde sig ha blivit behandlade som mindre kompetenta i sin vård och att man inte tyckte att de skulle sätta höga mål i sin behandling. Det hände också att vårdpersonal gjorde sig roliga på patienters bekostnad.

I en studie där psykiatrisjuksköterskors attityder kring schizofreni undersöktes rapporterade 76 % att patienter med schizofreni var aggressiva och 80,7 % att de inte kunde fatta beslut kring sina egna liv. 84,4 % trodde inte att personer med schizofreni kunde nå full återhämtning och 87,3 % att sjukdomen kunde behandlas med mediciner. 53,2 % av deltagarna ansåg att sjukdomen kunde behandlas med psykoterapi och 79,6 % trodde inte att ett miljöombyte var viktigt för patienterna (Kukulu & Ergün, 2007). Sjuksköterskor hade mer negativa attityder till schizofreni i jämförelse med andra diagnoser. De ansågs vara den patientgrupp som är svårast att prata med tillsammans med dementa och allvarligt deprimerade. Patienter med schizofreni upplevdes som de personer som var mest annorlunda i förhållande till andra människor. En stor del av sjuksköterskorna upplevde dem vara lika farliga som personer med alkoholproblem och lika oberäkneliga som personer med ett drogmissbruk. Manliga sjuksköterskor var mer pessimistiska kring återhämtningen hos patienter med schizofreni än kvinnliga sjuksköterskor. Det fanns fler negativa attityder hos sjuksköterskor inom den somatiska sjukvården. Sjuksköterskor som var gifta eller i ett fast förhållande upplevde det mindre svårt att prata med personer med schizofreni än de som levde ensamma. Sjuksköterskor som upplevde det lättare att vara nära patienter med psykisk sjukdom fann det också lättare att prata med patienter med schizofreni och ansåg i mindre grad att patienten hade sig själv att skylla (Björkman, Angelman & Jönsson, 2008). En större erfarenhet och högre ålder bidrog till en mer positiv attityd till patienter med schizofreni, (Björkman et al., 2008; Linden, & Kavanagh, 2012) både angående deras farlighet, oberäknelighet och idén om att de hade sig själva att skylla. Vårdpersonal med mer erfarenhet ansåg dock i högre grad att patienter med schizofreni var mer annorlunda än andra (Björkman et al., 2008). Sjuksköterskor som jobbade inom öppenvården visade en mer positiv attityd gentemot

patienter med schizofreni än de som jobbade på slutenvården. Den senare gruppen hade en mer socialt restriktiv attityd gentemot dessa patienter och svarade bland annat att de inte skulle vilja bo granne med en person som led av schizofreni och att de helst skulle isoleras och inte ges något ansvar. Sjuksköterskor i öppenvården var mer positiva till integrationsåtgärder för patienter med schizofreni och fler uppgav att de inte skulle ha något problem med att socialisera med individer med schizofreni på till exempel middagsbjudningar. De uppgav också att det inte finns någon anledning för allmänheten att vara rädda för institutioner med patienter med schizofreni ute i samhället (Linden & Kavanagh, 2012).

En majoritet av patienterna med schizofreni i en undersökning av Kilian, Lindenbach, Löbig, Uhle, Petscheleit, & Angermeyer, (2003) ansåg att deras behandling mest bestod av medicinering, att de kände sig hjälplösa eller likgiltiga och att de inte blev involverade i behandlingen. Ett större fokus på konversation i behandlingen ledde till att patienten upplevde en större delaktighet. (Kilian et al., 2003). I en studie av Judge et al. (2008) framkom det att deltagarna ville ha haft någon som berättade för dem vad som hände under sjukdomen, inte "bara ge dem medicin" (Judge et al., 2008). Det upplevdes som att det inte fanns något intresse av dem som person i kontakten med vården och att den enda behandlingen som fanns var läkemedel. (Shulze & Angermeyer, 2003)

Psykiatrisjuksköterskor och psykiatriker rapporterade att när deras patienter sökte vård på andra avdelningar så blev de ofta illa behandlade och fick vänta längre än andra patienter (Schulze & Angermeyer, 2003). I studien av Schulze & Angermeyer (2003), rapporterade personer med schizofreni att 38,7 % av fallen av diskriminering skedde i kontakt med sjukvårdspersonal. I samma studie rapporterades det att diagnosen schizofreni ofta gavs med en negativ prognos som att sjukdomen kommer att pågå hela livet samt att om patienterna sökte somatisk vård så togs deras symptom på mindre allvar när det kom fram att de led av schizofreni

STÄRKA EMPOWERMENT

Empowerment hade ett samband med sänkt stigma (Brohan et al, 2010; MacInnes & Lewis, 2008). I en studie av Sibitz et al (2011b) beskrev man att högre självkänsla och empowerment hade ett samband med högre motståndskraft mot stigma och att diskriminering och nedskrivning hade samband med lägre motståndskraft. Cirka två tredjedelar av personerna med schizofreni i studien hade en hög motståndskraft mot stigma. Motståndskraft mot stigma hade ett positivt samband med livskvalitet och ett negativt med depression.

Stöd ifrån patientorganisationer ledda av personer med allvarliga psykiska diagnoser hade en direkt inverkan på livskvalitet och upplevelser av stigma om deltagarna var nöjda med

det stöd som gavs. Personer med psykisk sjukdom som var nöjda med sitt sociala nätverk och med dess storlek rapporterade en högre livskvalitet (Corrigan, Sokol & Rüsck, 2013). Gruppssessioner bestående av bland annat föreläsningar och diskussioner en gång i veckan vid nio tillfällen minskade upplevelsen av stigma (Lucksted, Drapalski, Calmes, Forbes, DeForge & Boyd, 2011). Kognitiv beteendeterapi i grupp visade sig minska känslan av nedskrivning och diskriminering hos personer med allvarlig psykisk sjukdom. Terapin ökade också deltagarnas självacceptans och till viss del deras självkänsla (MacInnes & Lewis, 2008).

Att ha många vänner, att vara gift och att vara öppenvårdspatient var associerat till högre motståndskraft mot stigma än att vara utan partner, ha få vänner och att ha vårdats i slutenvården (Sibitz et al., 2011b). I studien av Wahl, (1999) ansåg deltagarna att det bästa sättet att minska stigma var utbildning, både till vårdpersonal och inom samhället. I samma studie uppgav 16 % av deltagarna att det var positivt att bli involverad med andra som befinner sig i samma situation.

Tillit var essentiellt för äldre personer med schizofreni för att kunna relatera, interagera och öppna sig för vårdpersonal. Tillit utvecklades genom en dynamisk process av respekt, omtanke, aktivt stöd (advocacy) och följsamhet. Tilliten förstördes av en brist på respekt, tidsbrist, att inte bli lyssnad på och av en passivitet hos vårdgivaren. Genom att ge ett aktivt stöd och visa tillit till patienten kunde upplevelsen av stigma minskas och individen kunde våga gå på läkarbesök (Leutwyler & Wallhagen, 2010).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Vi har valt studier ifrån flera olika länder eftersom vi ville ha en internationell bredd i resultatet. De flesta är dock från Europa där vissa länder ofta representeras av mer än en artikel. Studierna valdes utefter syfte och uteslöt inte någon på grund av var de var genomförda, med risk för att gå miste om värdefull data. Resultatet blev då att samma länder och även författare ibland återkom. Man kan exempelvis se att flertalet författare återkommer i studierna från Sverige. Även studierna från Österrike och de från Tyskland innefattade delar av samma forskarteam. Detta gjorde att den bredd som önskades kan ifrågasättas. Alla studier var också gjorda i industriländer. Därför saknas en insikt i hur länder i exempelvis tredje världen ställer sig till samma frågor. Den kulturella bredden finns till viss del då tre kontinenter representerades i vårt resultat.

Studierna som ingår i litteraturöversikten var tjugo till antalet. Enligt Friberg (2012) så ska en litteraturöversikt vara en bred studie som skapar en översikt. Därför upplevdes antalet

artiklar som adekvat men resultatets bredd skulle ökat med ett större antal artiklar. Däremot upplever vi att med tidsramen i åtanke så var antalet studier en utmaning i att organisera och sammanställa. Möjligtvis hade 15 studier varit ett mer passande antal.

Majoriteten av studier i vår litteraturöversikt är kvantitativa. Tre är kvalitativa och två använder sig av båda forskningsansatserna. Eftersom kvantitativa artiklar var överrepresenterade så gjordes sökningar med syfte att få fram studier med kvalitativ utgångspunkt. Även om sökningarna inkluderade studier gjorda de senaste 15 åren så är majoriteten av dem från 2007 och senare (18 stycken). De två äldre studierna använde sig av en kvalitativ forskningsansats och ansågs därför värdefulla. Några av sökningarna genererade ett stort antal träffar och det tog tid att ta sig igenom titlarna och abstrakten, men mer specifika sökningar genererade ofta ett otillfredsställande antal träffar. Därför föredrogs bredare sökningar som underlag för artikelsökning.

Första delen i studiens syfte handlar om att belysa stigma och för att förstå patienten så inkluderades många studier där patientens upplevelse stod i fokus. Andra delen har att göra med sjuksköterskans roll och möjligheter. Dessa behandlade främst vårdrelationen och attityder kring patienter. Det kan ha varit värdefullt att ha inkluderat fler studier med ett uppenbart fokus på sjuksköterskan.

Empowerment användes som ett vårdvetenskapligt begrepp därför att det ofta uppfattas som motsatsen till stigma. Genom att till skillnad från att söka på "minska stigma" användes empowerment som en metod för att få ett mer salutogent perspektiv på resultatet. Detta kan också ha en betydelse i vilka studier som dök upp i sökningarna.

Det var svårt att hitta någon metod för att stärka empowerment som specifikt var kopplad till sjuksköterskans område. Sökningarna vi gjorde genererade inte artiklar med ett sådant fokus. Kanske hade val av andra sökord eller sökningar i fler databaser lett till artiklar med ett tydligare sjuksköterskeperspektiv.

Fribergs (2012) struktur för litteraturöversikt har följts så noga som möjligt. Artiklarna har granskats utifrån punkterna för granskning. Många av studierna hade en kvantitativ metod där statistiken granskades efter bästa förmåga. Mer kunskap om statistiska analyser och verktyg hade underlättat bedömningen. Institutionens riktlinjer följdes för att göra arbetet så metodiskt som möjligt. När man behandlar individer med psykisk ohälsa och deras ställning i samhället så kan det uppkomma etiska diskussioner. Uppmärksamhet lades på att studierna gått tillväga på ett etiskt sätt med en medvetenhet om deltagarnas bestämmanderätt. Det är viktigt att medverka skett med information om innebörden av studien och att deltagandet sker anonymt och efter eget initiativ.

RESULTATDISKUSSION

Utifrån studierna som ingår i detta examensarbete kunde man återfinna flera karakteristiska drag som går att koppla till definitionen av stigma som en form av brännmärkning av en individ utifrån det sociala sammanhang den befinner sig i. I Björkmans (2005) teori om den mellanmännsliga dimensionen uppkom stigmatisering till exempel som en form av diskriminering och Goffman (2001) skriver att de som har tillgång till makt använder den för att diskriminera andra individer. I resultatet fann man att deltagare hade erfarenheter av att befinna sig i underläge gentemot personer i maktställning (Schulze & Angermeyer, 2003; Wahl, 1999; Kilian et al., 2003). När Björkman skriver om den mellanmännsliga dimensionen så nämner han att psykiskt sjuka individer falskt anklagas av sina hyresvärdar för saker de inte gjort. Detta korrelerar bra med resultatet där studiedeltagare upplevt att de höll på att bli vräkta från sina lägenheter (Schulze & Angermeyer, 2003). Som Goffman (2001) skriver så kan de som stigmatiserar använda det för att höja sin egna sociala status. Stigmatisering är därför ett stort problem som omfattar flera parter i samhället.

Stigma hade en stor påverkan på en individs sociala identitet och fungerade som ett verktyg som både kunde höja och sänka den sociala statusen. Resultatet visade att en enda kontakt med psykiatrien upplevs leda till en social stämpel som var svår att bli av med (Schulze & Angermeyer, 2003).

Personer med schizofreni upplevde svårigheter med att uppehålla ett socialt nätverk och agera i sociala sammanhang (Schulze & Angermeyer, 2003; Sarisoy et al., 2013). Kanske kan detta ha orsakats av att deras sociala identitet var förminskad då personer som upplevde stigma hade en osäkerhet inför relationer? Detta skulle också kunna bero på att självförtroende och självkänsla ansågs minska som en konsekvens av psykisk ohälsa (Wahl, 1999). Stigmatisering i sig leder också till en lägre självkänsla (Björkman, 2005). Resultatet visade också att stigmatiseringen ledde till ensamhet som i sin tur ledde till depression (Switaj et al, 2013). Detta innebär att det blir en ond cirkel när en form av psykisk problematik leder till en annan. Det ökar svårigheten för återhämtning när stigmatiseringen läggs på som ytterligare en faktor hos den sjuka individen (Mattsson, 2010; Lilja & Hellzén, 2010). Det är anmärkningsvärt att en stor del av deltagarna i Wahl, (1999) ansåg att deras behandling ledde till stigma och att man i studien av Judge et al, (2008) såg att rädslan för stigmatisering kunde hindra psykiskt sjuka från att söka hjälp. Ensamhet kan vara en följd av det undvikande beteende som dessa personer ofta antar sig (Björkman et al, 2009; Krajewski et al. 2013; Wahl, 1999). Därför blev individens strategi för att fly stigma ofruktbar och kontraproduktiv. Detta ledde då till ännu en cirkel där den upplevda stigman befäste sig ytterligare hos individen.

Resultatet visade att stigma och empowerment ofta agerade motpoler (Krajewski et al.,

2013; Sibitz et al., 2011a). Eftersom att stigmatisering ledde till ensamhet (Switaj et al., 2013) och ett socialt undandragande (Wahl, 1999) är det viktigt att skapa ett sammanhang och ett forum där erfarenheter kan utbytas och identiteter stärkas. Alla former av åtgärder för att stärka empowerment tog plats i grupper med olika metoder. Ingen av dem skedde på en individuell nivå. Anledningen till detta kan vara att empowerment är sammankopplat med demokrati och jämställdhet (Söderkvist, 2013) och det sociala nätverket var en viktig del i att stärka empowerment (Lundberg et al., 2008; Sibitz et al., 2011; Krajewski et al., 2013). När personer som befinner sig i liknande situationer träffas, kan de lära av varandra och få ett ökat socialt sammanhang. Man kan tänka sig att gruppssessionerna då bidrar till att de blir sedda och bekräftade vilket stöder det Söderkvist (2013) skriver om empowerment.

Resultatet visade att de mest negativa attityderna hos vårdpersonal var riktade mot personer med schizofreni i jämförelse med andra psykiatriska diagnoser. Om Lilja & Hellzéns (2010) teori om att vårdarens attityd till patientens lidande är en måttstock för hur kvaliteten på vården ser ut är korrekt, blir då vården av schizofrena personer sämre? Detta kommer i åtanke då kommunikationen kan bli lidande när individerna upplevdes som farliga, oberäkneliga och svåra att prata med (Björkman et al., 2008). Vi ser en risk med att vården av schizofrena patienter blir lidande och inte når upp till sin fulla potential när en utbredd pessimistisk attityd finns kring patienternas möjlighet att nå full återhämtning eller fatta beslut om sina egna liv. I studien av Wahl (1999) framkommer att dessa attityder återspeglas på patienterna som upplever att de behandlas som mindre kompetenta i sin vård. Det finns också en upplevelse av att vården huvudsakligen bestod av medicinering och att patienterna såg detta som ett problem (Kilian et al., 2003; Judge et al., 2008), (Shulze & Angermeyer, 2003). Medicineringen ansågs vara en stor del av behandlingen. Ett större fokus på konversation, (Kilian et al., 2003; Judge et al., 2008) och på patienterna som person, önskades (Shulze & Angermeyer, 2003). Fokus måste flyttas från patient till person för att någon med psykisk sjukdom ska kunna återhämta sig (Alphonse, 2010). Det blir svårt om personen inte står i centrum i vårdrelationen (Lilja & Hellzén, 2010).

Kognitiv beteendeterapi togs upp (MacInnes & Lewis, 2008) men det är inte något som en grundutbildad sjuksköterska vanligtvis utför. Det kan vara så att sjuksköterskans uppgift blir att skapa en miljö där dessa åtgärder kan ta plats. Att vara medveten om olika interventioner som stärker en persons empowerment gör att man lättare kan föreslå och ta ställning till nya åtgärder. En sådan skulle kunna vara terapi eller samtal i grupper. Grupperna kan bidra till att patienter får mer kontakter och ett annat perspektiv på sin situation och därmed minskar upplevelsen av stigma.

Patienter med psykisk ohälsa ansåg att utbildning skulle förbättra attityder på samhällsnivå och inom vården (Wahl, 2009). Utbildning är något som skulle kunna användas både inom somatisk och psykiatrisk vård. Mer negativa attityder till schizofrena patienter

rapporterades inom somatisk vård (Björkman et al., 2008) och högre arbetslivserfarenhet ledde till en mer positiv attityd till patienter med psykisk ohälsa (Björkman et al., 2008; Linden, & Kavanagh, 2012). Utbildning kan aldrig ersätta erfarenhet men mer kunskap skulle kunna bidra till en mer positiv attityd. Vi upplever exempelvis att utbildningen gällande psykiatri på sjuksköterskeutbildningen är knapphändig. En större kunskap om psykisk ohälsa och vad fördomar mot personer med psykisk sjukdom leder till, skulle förbättra vårdrelationen genom en ökad symmetri mellan patient och sjuksköterska (Kasén, 2012). Berg (2006) betonar att vårdrelationen ska vara personlig. Man skulle då kunna anta att en ökad kunskap om hur personen upplever sin sjukdom gör vårdandet bättre. Bristen på kunskap i sjukvården angående psykiska sjukdomar gör att hälsan försämras och stigmatiseringen ökar för de psykiskt sjuka (Björkman, 2005; Mattsson, 2010; Lilja & Hellzén, 2010). Det är viktigt att inse hälso- och sjukvårdens roll i problemet och hur lärosäten kan förbättra utbildningen. Vi har uppfattat tillit som en förutsättning för att empowerment ska kunna stärkas. Patienten behöver kunna lita på vårdaren för att öppna sig. Vårdaren måste även visa sin tillit till patienten vilket stärks av Fossums (2013) definition av self-efficacy där det är avgörande att visa tillit till en person för att denne ska skapa tilltro till sig själv. När tillit sedan samverkar med aktivt stöd minskar stigmaupplevelsen (Leutwyler & Wallhagen, 2010). Vi tror därför att det är ett essentiellt förhållningssätt som sjuksköterska att se patientens förmågor att kunna klara sig själv och att arbeta därefter.

Skillnaderna i upplevd stigma mellan olika länder är intressant särskilt med tanke på att hög nivå av stigma inte var sammankopplat med en hög nivå av diskriminering (Krajewski et al., 2013). Vad nationsskillnaderna beror på kan vi bara spekulera i och ha i åtanke Cullbergs (2000) teorier om att kulturella skillnader speglar vad som är sjukdom och inte. En teori angående förhållandet mellan diskriminering och stigma skulle kunna vara att någon som upplever mindre stigma har en större förmåga att känna igen situationer där de känner sig diskriminerade.

SLUTSATS

Upplevelsen av stigma bland personer med psykisk sjukdom är utbredd. Stigmatisering sker både samhälleligt och av vårdpersonal som genom sitt vårdande antingen kan öka eller minska upplevelsen av stigma. Konkreta vårdåtgärder för att minska stigma finns men de är lika på det sätt att de innefattar gruppssessioner. En personlig relation mellan sjuksköterska och patient är åtråvärt då det skapar tillit och en grund för att stärka en individs empowerment. En utökad forskning av metoder som stärker empowerment hos personer med psykisk ohälsa behövs för att vidga kunskapsbasen, särskilt angående sjuksköterskans område. Sammanfattningsvis kan vi se att utbildning är essentiellt för att

förbättra situationen för personer med psykisk sjukdom både i vården och i samhället. Kunskap om psykisk ohälsa är viktigt för att förbättra vårdrelationen och därmed stärka empowerment och minska stigma.

REFERENSER

Alphonse E. (2010). Brukarperspektivet. Skärsäter, I. (red). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: På grundläggande nivå.* (s.453-471) Lund: Studentlitteratur.

Askheim, O. P. (2007). Empowerment - olika infallsvinklar. Starrin, B.(red). *Empowerment i teori och praktik.* (s.18-32)Malmö: Gleerup.

Berg, L. (2006). *Vårdande relation i dagliga möten: En studie av samspelet mellan patienter med långvarig sjukdom och sjuksköterskor i medicinsk vård.* Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.

Björkman, T. (2005). Stigma. Brunt, D., & Hansson, L. (red). *Att leva med psykiska funktionshinder: Livssituation och effektiva vård- och stödinsatser.* (s.57-72) Lund: Studentlitteratur.

Björkman, T., Angelman, T., Jönsson, M., Avdelningen för omvårdnad, Department of Health Sciences, Lund University, Medicin. (2008). Attitudes towards people with mental illness: A cross-sectional study and
Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22(2), 170-177. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x

Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., & GAMIAN-Europe Study Group. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 european countries: The GAMIAN-europe study. *Schizophrenia Research*, 122(1-3), 232-238. doi:10.1016/j.schres.2010.02.1065

Corrigan, P. W., Sokol, K. A., & Rüsch, N. (2013). The impact of self-stigma and mutual help programs on the quality of life of people with serious mental illnesses. *Community Mental Health Journal*, 49(1), 1-6. doi:10.1007/s10597-011-9445-2

Cullberg, J. (2000). *Psykosser: Ett humanistiskt och biologiskt perspektiv.* Stockholm: Natur och kultur.

Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri i teori och praktik.* Stockholm: Natur och kultur.

Fossum, B. (2013). Framgångsrika kommunikationsmodeller. Fossum, B (red). *Kommunikation samtal och bemötande i vården.* (s.199-220) Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.*

Lund: Studentlitteratur.

Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361. doi:10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x

Goffman, E., & Matz, R. (2001). *Stigma: Den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Prisma.

Judge, A. M., Estroff, S. E., Perkins, D. O., & Penn, D. L. (2008). Recognizing and responding to early psychosis: A qualitative analysis of individual narratives. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 59(1), 96-99. doi:10.1176/appi.ps.59.1.96

Kasén, A. (2012). 'Patient' och 'sjuusköterska' i en vårdande relation. Wiklund Gustin, L., & Bergbom, I. (red) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s.99-111) Lund: Studentlitteratur.

Kilian, R., Lindenbach, I., Löbig, U., Uhle, M., Petscheleit, A., & Angermeyer, M. C. (2003). Indicators of empowerment and disempowerment in the subjective evaluation of the psychiatric treatment process by persons with severe and persistent mental illness: A qualitative and quantitative analysis. *Social Science & Medicine* (1982), 57(6), 1127-1142. doi:10.1016/S0277-9536(02)00490-2

Krajewski, C., Burazeri, G., & Brand, H. (2013). Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan european stigma study. *Psychiatry Research*, 210(3), 1136. doi:10.1016/j.psychres.2013.08.013

Kukulu, K., & Ergün, G. (2007). Stigmatization by nurses against schizophrenia in turkey: A questionnaire survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(3), 302-309. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01082.x

Leutwyler, H. C., & Wallhagen, M. I. (2010). Understanding physical health of older adults with schizophrenia: Building and eroding trust. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(5), 38-45. doi:10.3928/00989134-20091103-99

Lilja, L. & Hellzén, O. (2010). Vårdares attityder och stigmatisering. Skärsäter, I. (red). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: På grundläggande nivå*. (s.383-400) Lund: Studentlitteratur.

Linden, M., & Kavanagh, R. (2012). Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1359-1368. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05848.x

- Lucksted, A., Drapalski, A., Calmes, C., Forbes, C., DeForge, B., & Boyd, J. (2011). Ending self-stigma: Pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(1), 51-54. doi:10.2975/35.1.2011.51.54
- Lundberg, B., Hansson, L., Wentz, E., & Bjorkman, T. (2008). Stigma, discrimination, empowerment and social networks: A preliminary investigation of their influence on subjective quality of life in a swedish sample. *International Journal of Social Psychiatry* 54(47) doi:10.1177/0020764007082345
- Lundberg, B., Hansson, L., Wentz, E., Björkman, T. (2009). Are stigma experiences among persons with mental illness, related to perceptions of self-esteem, empowerment and sense of coherence? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 516-522. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01418.x
- Lv, Y., Wolf, A., & Wang, X. (2013). Experienced stigma and self-stigma in chinese patients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry*, 35(1), 83-88. doi:10.1016/j.genhosppsy.2012.07.007
- MacInnes, D. L., & Lewis, M. (2008). The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(1), 59-65. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01212.x
- Malm, U., Lindström, E., & Wieselgren I-M (2009). Schizofrena syndrom och likartade psykosor. Herlofson, J., & Ekselius, L. (red). *Psykiatri*. (s.284-303) Lund: Studentlitteratur.
- Mattsson, M. (2010). Psykosor. Skärsäter, I. (red). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: På grundläggande nivå*. (s.95-120) Lund: Studentlitteratur.
- Nationalencyklopedin.[NE] (2014). *stämplingsteori*. Tillgänglig: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/stämplingsteori>, Nationalencyklopedin, hämtad 2014-01-22.
- Ottosson, J. (2009). *Psykiatri*. Stockholm: Liber.
- Sarısoy, G., Kaçar, Ö. F., Pazvantoğlu, O., Korkmaz, I. Z., Öztürk, A., Akkaya, D., . . . Sahin, A. R. (2013). Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: A comparative study. *Comprehensive Psychiatry*, 54(6), 665. doi:10.1016/j.comppsy.2013.02.002
- Schulze, B., & Angermeyer, M-C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group

study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine* (1982), 56(2), 299-312. doi:10.1016/S0277-9536(02)00028-X

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.

Sibitz, I., Amering, M., Unger, A., Seyringer, M. E., Bachmann, A., Schrank, B., . . . Woppmann, A. (2011a). The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 26(1), 28-33. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.08.010

Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T., & Amering, M. (2011b). Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 316-323. doi:10.1093/schbul/sbp048

Switaj P, Grygiel P, Anczewska M, Wciórka J. (2013). Loneliness mediates the relationship between internalised stigma and depression among patients with psychotic disorders. *The International Journal of Social Psychology* doi:10.1177/002076401351344

Söderkvist, B K. (2013). Infomation-undervisning-lärande. Fossum, B (red). *Kommunikation samtal och bemötande i vården*. (s.51-68) Lund: Studentlitteratur

Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467-478.

World Health Organization[WHO]. (2014). Schizophrenia. Hämtad 2014-01-21, från http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability--a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126. doi:10.1037/0021-843X.86.2.103

Bilaga 1. Sökningsschema

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal Träffar	Valda artiklar
140110	Cinahl	stigma* AND schizophreni* AND nurs*	Peer reviewed, Research article, Publicerad 1999- 2014	22	(Linden & Kavanagh, 2011) (Kukulu & Ergun, 2007) (Björkman, Angelman & Jönsson, 2007)
140110	Cinahl	stigma* AND psycho* AND empowerment	Peer reviewed, Research article, Publicerad 1999- 2014	54	(Lundberg, Hansson, Wentz & Björkman, 2008)
140113	Cinahl	stigma* AND mental illness AND nurs* AND empowerment	Peer reviewed, Research article, Publicerad 1999- 2014	2	(Lundberg, Hansson, Wentz & Björkman, 2009)
140113	Cinahl	stigma* AND schizophreni* AND experience*	Peer reviewed, Research article, Publicerad 1999- 2014	58	(Lv, Wolf & Wang, 2012) (Schulze & Angermeyer, 2003) (Leutwyler & Wallhagen, 2009)
140110	PsycINFO	stigma* and mental illness and empowerment	Publicerad 1999- 2014 Peer reviewed	66	(Sibitz, Unger, Woppmann, Zidek & Amering, 2011) (Krajewski, Burazeri & Brand, 2012) (Brohan, Elgie, Sartorius, hornicroft & GAMIAN-Europe Study Group, 2010) (Sibitz, Amering, Unger, Seyringer, Bachmann, Schrank, ...Woppmann, 2010)

					(Lucksted, Drapalski, Calmes, Forbes, DeForge & Boyd, 2011) (Corrigan, Sokol & Rüsck, 2011)
140115	Psycinfo	mental illness and empowerment and qualitative	Publicerad 1999-2014 Peer reviewed	67	(Kilian, Lindenbach, Löbig, Uhle, Petscheleit, & Angermeyer, 2011)
140115	Psycinfo	stigma* and psychosis and qualitative and experience	Publicerad 1999-2014 Peer reviewed	28	(Judge, Estroff, Perkins & Penn, 2008)
140110	Pubmed	internalized stigma AND schizophreni*	Publicerad 1999-2014	38	(Sarisooy, Kaçar, Pazvantoğlu, Korkmaz, Öztürk, Akkaya, ... Sahin, 2013)
140114	Pubmed	stigma AND psychosis AND social relations	Publicerad 1999-2014	21	(Switaj, Grygiel, Anczewska, Wciórka, 2013)
140114	Scopus	stigma* AND mental illness AND experience	Article, Publicerad 1999-2014 "Health Sciences" Sorterad efter "most cited by" Sökning inom resultat: "empowerment"	74	(Wahl, 1999)
140114	Manuell sökning. Referens i "Lucksted, Drapalski, Calmes, Forbes, DeForge & Boyd, 2011				(Macinnes & Lewis, 2008)

Bilaga 2. Artikelsammanfattning

Titel Författare Tidskrift Land År	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
<p><i>Are stigma experiences among persons with mental illness, related to perceptions of self-esteem, empowerment and sense of coherence</i></p> <p>Lundberg, Hansson, Wentz & Björkman,</p> <p>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</p> <p>Sverige 2009</p>	<p><i>“To explore the relationship between stigmatizing rejection experiences and self-related variables”</i></p>	<p>Kvantitativ studie som mäter avvisningsupplevelser, empowerment och självkänsla. Ett strategiskt urval med 200 personer som har eller har haft kontakt med psykisk hälso-sjukvård. Rejection Experience-Scale, Global Assessment of Functioning och Making Decisions-Scale användes.</p>	<p>Avvisningsupplevelser kan vara ett mål för copinginterventioner. Avvisningsupplevelser var negativt associerade med känsla av sammanhang empowerment och självkänsla.</p>	<p>Hög</p>
<p><i>Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia</i></p> <p>Linden & Kavanagh</p>	<p><i>“To compare the attitudes held by students and qualified mental health nurses towards individuals with schizophrenia in the republic of Ireland”</i></p>	<p>Kvantitativ studie. Strategiskt urval där 66 sjuksköterskestudenter och 121 sjuksköterskor deltog. Community attitudes to mental</p>	<p>Ingen signifikant skillnad mellan attityder hos studenter och utbildade sjuksköterskor. Statistisk signifikant skillnad mellan sjuksköterskor som jobbar i öppenvården och de som jobbar i</p>	<p>Hög</p>

<p>Journal of advanced nursing Ireland 2011</p>		<p>illness(CAMI) och Social interaction scale(SIS) användes.</p>	<p>slutenvården. Positivare attityder hos sköterskor i öppenvården i allmänhet exempelvis angående deras villja att socialisera med schizofrena personer på fritiden eller om det finns en fara för allmänheten om patienterna bor i gruppboenden ute i samhället.</p>	
<p><i>Attitudes Towards People with Mental Illness: a Cross-sectional Study among Nursing Staff in Psychiatric and Somatic Care.</i> Björkman, Angelman & Jönsson. Scandinavian Journal of Caring Sciences Sverige 2007</p>	<p><i>“Investigate attitudes towards mental illness and persons with mental illness among nursing staff working in somatic and psychiatric care”</i></p>	<p>Kvantitativ studie. Strategiskt urval användes. Data från totalt 120 deltagare. Frågeformulär som användes var “Level of familiarity” och “Attitudes to persons with mental illness questionnaire”.</p>	<p>De mest negativa attityderna fanns bland åsikter om Schizofreni och drog/alkohol beroende. Det var även personer med dessa problem som var ansedda som mest farliga. Schizofrenipatienter upplevdes stå i störst kontrast till andra patienter. Det fanns positiva attityder till alla psykiatriska diagnoserna angående möjlighet att bli frisk och behandling förutom vid demens och schizofreni.</p>	<p>Medel</p>

			<p>Sjuksköterskor inom somatisk sjukvård hade generellt mer negativa attityder än psykiatrisjuksköterskor. Män hade en mer pessimistisk attityd än kvinnor angående patienters möjligheter att bli friska och förbättras vid behandling för Schizofreni och ätstörningar. Högre ålder visade på mindre rädsla för schizofrena patienter och upplevelser om deras oberäknerlighet.</p>	
<p><i>Ending Self-Stigma: Pilot Evaluation of a New Intervention to Reduce Internalized Stigma Among People with Mental Illnesses</i></p> <p>Lucksted, Drapalski, Calmes, Forbes, DeForge & Boyd,</p> <p>Psychiatric Rehabilitation Journal</p>	<p><i>“This study evaluated “Ending Self-Stigma” (ESS), a structured 9-session group intervention to help people with serious mental illnesses reduce internalized stigma.”</i></p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>34 personer diagnostiserade med schizofreni, schizoaftikt syndrom eller andra affektiva störningar deltog i ett ESS program där Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI), Mental Health Recovery Measure (MHRM), och Multidimensional</p>	<p>”Internalized stigma” minskade och ”perceived social support” och ”recovery orientation” ökade efter ESS.</p>	Medel

<p>USA 2011</p>		<p>Scale of Perceived Social Support (MSPSS) och tio delar av Boston University Empowerment Scale (BUES) besvarades. En gång före det att ESS påbörjats och när programmet var färdigt. ESS var 90 minuter sessioner som kombinerade föreläsning, diskussion, delande av personliga upplevelser, lärande och praktiserade av färdigheter, gruppstöd och problemlösning.</p>		
<p><i>The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems.</i> Macinnes ,D L Lewis, M Journal of Psychiatric and Mental health Nursing.</p>	<p><i>“To ascertain whether a six-session programme using cognitive approaches (with a specific emphasis on developing unconditional self-acceptance) would reduce self-stigma within a group of service user with serious mental health problems.”</i></p>	<p>Kvantitativ studie. 20 deltagare bedömdes före en gruppssession och sedan efter sista sessionen. Alla var ineliggande patienter på en utav flera psykiatriavdelningar i London. Devaluation discrimination perception-skalan</p>	<p>Det fanns en signifikant skillnad mellan före och efter sessionen på Devaluation-discrimination perception skalan. Självacceptans poängen var inte signifikanta men visade på en stark ökning av den i efter testerna. Självkänslan ökade fast inte</p>	<p>Medel</p>

England 2008		(DDP), Rosenberg's Self-esteem Scale, General Attitude and Belief-Scale och General Health Questionnaire-28 användes.	statistiskt signifikant. Psychological ill health instrumentet visade ingen signifikant minskning i symptom efter gruppssessionerna. . Väldigt liten korrelation fanns mellan "self-stigma" och självacceptans, självkänsla och psykisk hälsa.	
<i>Experienced Stigma and Self-Stigma in Chinese Patients with Schizophrenia</i> Lv, Wolf & Wang General Hospital Psychiatry Kina 2012	<i>"To investigate experienced stigma and self-stigma in patients with schizophrenia in mainland China"</i>	Kvantitativ studie. 95 patienter med schizofreni fyllde i frågeformulär angående stigma(ISMI), stigma upplevelser(MCESQ), Socialt stöd(SSRS) och livskvalitet(WHOQOL-BREF). De bedömdes också av en psykiatriker angående positiva och negativa symptom.	De som rapporterade en medel till hög nivå av "internalized stigma" angav utanförskap som den vanligaste (upplevelsen?) tätt följd av socialt undandragande.	Hög
<i>The Impact of Self-Stigma and Mutual Help Programs on the Quality of Life of Life of People with Serious Mental Illnesses</i>	<i>"We expect MHPs (Mutual Help Program) to have positive effects on quality of life and inverse association with self-stigma."</i>	Kvantitativ studie. 85 deltagare med diagnosen Schizofreni eller annan psykisk störning (disorder) besvarade	"Self stigma "korrelerar signifikant med livskvalité. Att vara nöjd med sitt nuvarande eller gamla MHP var också associerat med	Hög

<p>Corrigan, Sokol & Rüsich</p> <p>Springer Science+Business Media</p> <p>USA</p> <p>2011</p>		<p>frågeformulär angående stigma (ISMI), empowerment (Empowerment scale), livskvalité (Quality of Life of life interview), socialt stöd och grupp identifikation. Deltagarna svarade också på om de deltagit i liknande program tidigare och hur nöjda de hade varit med programmet.</p>	<p>livskvalité. Grupp identifikation och tillfredsställelse med sitt sociala stöd var signifikant relaterat med MHP tillfredsställelse.</p>	
<p><i>The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia</i></p> <p>Sibitz, Amering, Unger, Seyringer, Bachmann, Schrank, ... Woppmann</p> <p>European Psychiatry</p> <p>Österrike</p> <p>2010</p>	<p><i>“The study aims to test the hypothesis that the social network, stigma and empowerment directly and indirectly by contributing to depression influence the QOL in patients with schizophrenia and schizoaffective disorders.”</i></p>	<p>Kvantitativ studie. 157 personer som diagnostiserats med antingen Schizofreni eller schizoaaktiv sjukdom svarade på frågor om hur deras sociala nätverk såg ut och därefter svarade de på ISMI-skalan, ”Rogers Empowerment Scale”, en tysk version av Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) vid namn Allgemeine Depressionsskala (ADS). Quality</p>	<p>Inflytandet av socialt nätverk, stigma, empowerment och depression på Quality of Life of Life befastes av SEM. Ett otillräckligt socialt nätverk medverkade till brist på empowerment och till stigma, vilket resulterade i depression och i sin tur låg Quality of Life of Life. Socialt nätverk och stigma hade ingen direkt effekt på Quality of Life of Life.</p>	<p>Hög</p>

		of Life of Life mättes med WHOQOL-BREF. Relationen mellan de olika skalorna mättes med Structural equation modelling (SEM).		
<p><i>Indicators of empowerment and disempowerment in the subjective evaluation of the psychiatric treatment process by persons with severe and persistent mental illness: a qualitative and quantitative analysis</i></p> <p>Kilian, Lindenbach, Löbig, Uhle, Petscheleit, & Angermeyer</p> <p>Social Science & Medicine</p> <p>Tyskland 2003</p>	<p><i>“The main purpose of the study is to find indicators of empowerment or disempowerment in the patients description and evaluation of their psychiatric treatment.”</i></p>	<p>Kvalitativ/Kvantitativ studie. 100 personer som var diagnostiserade med kronisk schizofreni intervjuades om deras uppfattning och värdering av behandlingsprocessen med en semistrukturerad fokusintervju. Intervjuerna var indelade i fyra delar. I den första beskrevs innehållet i behandlingen, i den andra beskrevs resultatet av behandlingen, i den tredje beskrevs personernas deltagande i behandlingen och i den fjärde delen beskrevs den generella uppfattningen av behandlingen. I den kvantitativa</p>	<p>Den kvalitativa delen av studien visade att majoriteten av deltagarna tenderar att beskriva deras behandling som enbart bestående av medicinering och att de positiva effekterna kommer ifrån medicinerna och inte ifrån en behandling där både mediciner och konversation ingår eller behandling som enbart består av konversation. Generellt så känner de sig likgiltiga eller hjälplösa i motsatt till involverade i behandlingen. I den kvantitativa delen av studien så kom man fram till att upplevd generell</p>	<p>Medel</p>

		delen av studien analyserades sambanden mellan de kvalitativa kategorierna användes "homogeneity analysis".	livstillfredsställelse, negativa symptom och depotmedicinering hade ett positivt samband med lägre empowerment i behandlingsprocessen. Positiva symptom, medicinering med antidepressiva mediciner, att bli behandlad på en öppenvårdsklinik istället för på en privat klinik var förenat med mer upplevd empowerment.	
<i>Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: A comparative study</i> Sarısoy, Kaçar, Pazvantoglu, Korkmaz, Öztürk, Akkaya, ... Sahin Comprehensive Psychiatry Turkiet 2013	"The aim of the study was to determine characteristics of internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenia patients and to compare characteristics of intimate relations in bipolar and schizophrenic patients with or without internalized stigma."	Kvantitativ studie. 119 personer med bipolär sjukdom och 109 personer med schizofreni svarade på frågeformulären ISMI-skalan och Multidimensional Relationship Questionnaire (MRQ). Man jämförde därefter relationer hos personer med och utan "internalized stigma".	"Internalized stigma" hittades hos en av tre personer med schizofreni och en av fem med bipolär sjukdom. "Stigma resistance" och "relational esteem" var högre hos de med bipolär sjukdom. "Relational anxiety/fear of relationship", "relational monitoring" och "external relational control" var högre hos schizofrena personer med	Hög

			”internalized stigma” än de utan medan deras ”relational satisfaction”, ”relational esteem” och ”relational assertiveness” var lägre.	
<p><i>Loneliness mediates the Relationship Between Internalised Stigma and Depression Among Patients with Psychotic Disorders</i></p> <p>Switaj, Grygiel, Anczewska, Wciórka</p> <p>International Journal of Social Psychiatry</p> <p>Polen 2013</p>	<p><i>“This research is aimed at testing the hypothesis that the internalised stigma of mental illness contributes to the intensification of depressive symptoms indirectly, through its impact on feelings of loneliness”</i></p>	<p>Kvantitativ studie. 110 individer diagnostiserade med psykos sjukdom svarade på ISMI-skalan, De Jong Gierveld Loneliness Scale(DJGLS), Calgary Depression Scale for Schizophrenia(CDSS),Global Assessment of Functioning(GAF) och Brief Psychiatric Rating Scale.</p>	<p>“Internalized stigma”, ensamhet och depression är alla positivt korrelerade med varandra. När nivån av “Internalized stigma” stiger så stiger också nivån av depressiva symptom. När nivån av ensamhet ökar så ökar intensiteten av de depressiva symtomen. “Internalized stigma” genom ensamhet har en statistik signifikant påverkan på depression.</p>	Hög
<p><i>Mental Health Consumers' Experience of Stigma</i></p> <p>Wahl</p> <p>Schizophrenia Bulletin</p>	<p><i>“The current study was undertaken to expand knowledge of mental illness stigma through a large-scale, nationwide</i></p>	<p>Kvantitativ/Kvalitativ studie. 1301 patienter i psykiatriin svarade på hur ofta de upplevde olika påståenden om stigma och diskriminering.</p>	<p>Majoriteten av deltagarna försökte dölja sina sjukdomar och oroade sig till stor grad över att andra skulle få reda på att de hade en psykisk</p>	Medel

<p>USA 1999</p>	<p><i>inquiry about the experiences of persons with diagnosed psychiatric disorders, and, in so doing, empower consumers with the opportunity to describe what life has been like for them."</i></p>	<p>100 utav dessa valdes ut genom ett "random number table" i flera steg för att försäkra att deltagarna var representativa. I intervjuerna ombads personerna beskriva en händelse de beskrivit som skedde ofta eller väldigt ofta, hur de hade reagerat emotionellt, hur upplevelserna påverkat deras liv, vilka strategier de funnit värdefulla i att bekämpa stigma, hur de ansåg att stigma skulle reduceras och ett meddelande de skulle vilja ge till människor om psykisk sjukdom.</p>	<p>åkomma och därmed behandla dem ofördelaktigt.</p>	
<p><i>Recognizing and responding to Early Psychosis: A Qualitative Analysis of Individual Narratives</i></p> <p>Judge, Estroff, Perkins & Penn</p>	<p><i>"The purpose of this study was to examine the narrative processes by which individuals make sense of psychosis."</i></p>	<p>En kvalitativ studie användes för att utforska hur och när 15 personer upptäckte skillnader och svarade på tidiga symptom på psykos.</p>	<p>Rädslan för att stigmatisering hindrade personer med psykos att söka hjälp. Ett undvikande beteende var vanligt bland personer med psykosjukdom.</p>	<p>Medel</p>

Psychiatric Services USA 2008				
<i>Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study.</i> Brohan, Elgie, Sartorius, Hornicraft & GAMIAN-Europe Study Group Schizophrenia Research England 2010	<i>“This study describes the level of self-stigma, stigma resistance, empowerment and perceived discrimination reported by mental health service users with a diagnosis of schizophrenia or other psychotic disorders across 14 European countries.”</i>	Kvantitativ studie. 1229 personer som själva rapporterat schizofreni eller annan psykotisk sjukdom svarade på ett frågeformulär som postats till dem via Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks (GAMIAN) 14 europeiska länder inkluderades. ISMI, BUES och PDD användes	41,7% rapporterade medel till höga nivåer av self-stigma, 49,2% medel till hög nivå av stigma resistance, 49,7% medel eller hög nivå av empowerment, 69,4% medel eller hög nivå av perceived discrimination. 42% av variationen i “self-stigma” förutsades av nivåerna av empowerment, upplevd diskriminering och social kontakt.	Hög
<i>Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study</i> Krajewski,	<i>”This study aims to explore cultural and national disparities in self-stigma and its association with several key characteristics, which are putative predictors of the occurrence of internalized stigma.”</i>	Kvantitativ studie. 796 personer med psykisk sjukdom från Kroatien, Israel, Litauen, Malta, Rumänien och Sverige svarade på frågeformulär med ISMI, BUES med subskalor för	33% av deltagarna hade medel till höga nivåer av stigma enligt ISMI-skalan. Åldersgruppen 50-59 år, arbetslöshet, mindre antal sociala kontakter och låga nivåer av self-efficacy, självkänsla och power/powerless	Hög

Burazeri & Brand Psychiatry Research Nederländerna 2012		self- efficacy/självkän sla (SESE) och Power/powerless ness (PP) och PDD.	ness var förknippade med högre stigma nivåer.	
<i>Stigma, Discrimination, Empowerment, and Social Networks: a Preliminary Investigation of Their Influence on Subjective Quality of Life of Life in a Swedish Sample</i> Lundberg, Hansson, Wentz & Björkman, International Journal of Social Psychiatry Sverige 2008	<i>“This study aimed to investigate beliefs of devaluation/discrimination, actual rejection experiences, empowerment, social networks and the relationships of these factors to subjective quality of life among subjects with mental illness”</i>	Kvantitativ studie. 150 deltagare som alla led av psykisk sjukdom. Rejection Experience Scale, Making Decisions Scale och Interview Scheduled for Social Interaction (ISSI) användes. Värde minskning och diskriminering mättes och livskvalitet mättes med frågan: “How satisfied are you with your life as a whole today?”.	De faktorer som störst är relaterade till livskvalitet är empowerment och det sociala nätverket. Hos deltagare som led av psykos sjukdom fanns det ett negativt samband mellan livskvalitet och upplevelser av diskriminering och avvisning. De deltagarna rapporterade också högre nivåer av avvisning, diskriminering.	Hög
<i>Stigma Resistance in Patients with Schizophrenia</i> Sibitz, Unger, Woppmann, Zidek & Amering. Schizophrenia Bulletin Österrike 2011	<i>“Exploring Stigma Resistance in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder.”</i>	Kvantitativ studie. 157 personer som diagnostiserats med antingen schizofreni eller schizoaffectiv sjukdom svarade på frågor om hur deras sociala nätverk såg ut och därefter svarade de på ISMI, PDD, ”Rogers	Två tredjedelar av patienterna visade på hög ”Stigma Resistance”. ”Stigma Resistance” hade ett positivt samband med självkänsla, empowerment och Quality of Life och ett negativt samband med stigma och	Hög

		Empowerment Scale”, Rosenberg’s Self-Esteem Scale, och ADS. Quality of Life of Life mättes med WHOQOL-BREF.	depression.Många vänner, att vara gift, vara öppenvårdspatient var associerat till högre “stigma resistance” än deras motsats.	
<p><i>Stigmatization by nurses against schizophrenia in Turkey: a questionnaire survey</i></p> <p>Kukulu & Ergun,</p> <p>Journal of psychiatric and mental health nursing</p> <p>Turkiet 2007</p>	<p>“Evaluate the attitudes and opinions of nurses who work on psychiatric wards in Turkey concerning individuals who are diagnosed with schizophrenia.”</p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>543 Sjuksköterskor som jobbade på olika typer av psykiatriska-avdelningar på olika sjukhus där individer med schizofreni vårdas i längre perioder.</p> <p>Frågeformuläret var uppdelat i 2 delar där den ena bestod av allmänna frågor. Andra delen handlade om schizofreni att göra. Tankar om dess ursprung och behandling</p>	<p>51,4% av sjuksköterskorna i studien tror att sociala problem orsakar schizofreni, 93.2% att den uppstår vid födseln och 1.8% tror att den är smittsam. En tredjedel tycker att individer med schizofreni inte bör röra sig fritt i samhället. 56% tror att de skulle kunna jobba med en individ med schizofreni. 76% anger att patienterna är aggressiva att de inte kan ta beslut om sina egna liv. Majoriteten anger också att de inte tror att de kan nå full återhämtning men att det är en behandlingsbar sjukdom.</p>	Medel
<p><i>Subjective experiences of stigma. A focus</i></p>	<p>“our research aims at exploring the concept with</p>	<p>Kvalitativ studie. Fokusgruppsstudie, patienter, deras</p>	<p>Fyra dimensioner av stigma identifieras:</p>	Medel

<p><i>group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals.</i></p> <p>Schulze & Angermeyer</p> <p>Social Science & medicine</p> <p>Tyskland 2003</p>	<p><i>which the 'recipients' of stigma think about their situation"</i></p>	<p>släktingar och vårdare. 25 patienter, 31 släktingar och 27 vårdare i kategorierna sjuksköterska, psykiater, socialarbetare, arbetsterapeut deltog.</p>	<p>"interpersonal interaction", the public image of mental illness", "structural discrimination" och "access to social roles".</p>	
<p><i>Understanding Physical Health of Older Adults with Schizophrenia: Building and Eroding trust</i></p> <p>Leutwyler & Wallhagen</p> <p>Journal of Gerontological Nursing</p> <p>USA 2009</p>	<p><i>"The purpose of this article is to present the findings of a grounded theory study that explored the understanding of physical health among older adults with schizophrenia."</i></p>	<p>Kvalitativ studie. 28 deltagare, 55 år och äldre med schizofreni eller schizoaaffektiv sjukdom intervjuades runt 60 minuter vardera efter ett semistrukturerat schema. Materialet analyserades sedan med Grounded Theory.</p>	<p>Tillit framkom som en dynamisk process som byggdes av faktorer såsom omtanke, aktivt stöd (advocacy) och följsamhet. Tilliten förstördes av en brist på respekt, tidsbrist, att inte bli lyssnad på och av en passivitet hos vårdgivaren.. När tillit är någonting som både ges och som tas emot mellan vårdpersonal, sjukvården och den äldre patienten med schizofreni så kan dennes fysiska hälsa bli bättre och skillnader i vård</p>	<p>Hög</p>

		bli mindre.	
--	--	-------------	--