



**SAHLGRENKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# Stigmatisering av depression och dess inverkan på vårdsökandeprocessen

**Claesson Martin**  
**Koncz Kristoffer**

---

Uppsats/Examensarbete: 15 högskolepoäng  
Program och/eller kurs: Sjuksköterskeprogrammet, OM5250  
Nivå: Grundnivå  
Termin/år: VT2015  
Handledare: Harshida Patel  
Examinator: Ann-Sofie Magnusson

## Abstract

Titel (Engelsk):	Stigma of depression and its impact on the help-seeking behaviour – A literature study
Titel (Svensk):	Stigmatisering av depression och dess inverkan på vårdsökandeprocessen – En litteraturstudie
Uppsats/Examensarbete:	15 högskolepoäng
Program/Kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin:	VT2015
Handledare:	Harshida Patel
Examinator:	Ann-Sofie Magnusson
Nyckelord:	Depression, Psykisk ohälsa, Stigmatisering, Help-seeking behaviour

---

**Introduction:** The relationship between depression and stigma is known to cause suffering among the depressed population. Depression is also one of the most common diagnoses in the world. Stigma caused by society leads to people being divided into groups which in turn results in a general loss of status and discrimination.

**Aim:** To identify the stigma of depression and its impact on help-seeking behaviour and to identify the underlying attitudes.


**Method:** We chose to make a literature review to explore and compile the current research on the subject. Depression, help-seeking behaviour and stigma are some of the keywords used in this study.

**Results:** A recurring theme was that people with depression were considered dangerous, unpredictable and that they lacked character or spine. There is a belief among both the people affected by mental illness and the public that people with mental illness will be stigmatized and discriminated by society. This perceived stigma may result in people refraining from seeking help or associating themselves with the concept of mental illness. Of all health professionals the general practitioner was expected to be the most condescending regarding the patient's mental illness.

**Conclusion:** Stigmatizing attitudes towards depression exist in contemporary society and might be a hindrance in the help-seeking behaviour. However stigma is a complex term and can be present in many scientific fields making it a large area for research. Various instances in society should focus on breaking the categorization of mental illness and promote specific anti-stigma campaigns.

Ett stort tack till vår handledare Harshida Patel för gott stöd och ett stort tack till vår examinator Ann-Sofie Magnusson för bra feedback. Vi vill också rikta ett stort tack till Martina Gunnarsson, Jesper Karlsson och Olivia Staveborg Kerkelä som varit behjälpliga med korrekturläsning.

Utan er alla vore inte detta arbete möjligt.  
Göteborg, tisdagen den 14 april 2015.



---

Martin Claesson



---

Kristoffer Koncz

# Innehållsförteckning

Inledning .....	1
Bakgrund.....	1
Depression.....	1
Orsaker till depression .....	2
Psykiatri i Sverige .....	2
Stigma .....	5
Självstigma och upplevd stigma .....	6
Stigmatisering av depression .....	6
Vårdsökandeprocessen.....	6
Lidande .....	8
Problemformulering.....	8
Syfte .....	8
Metod .....	9
Vald metod.....	9
Inklusionskriterier .....	9
Sökprocessen.....	9
Val av artiklar för granskning .....	10
Forskningsetiska principer .....	10
Analys .....	10
Resultat .....	11
Stigmatiserande attityder kring depression .....	11
Fördomar och eventuella orsaker .....	11
Upplevelser .....	12
Socialt distanstagande .....	13
Självstigma i relation till upplevd stigma .....	13
Stigmatiseringens inverkan på vårdsökandeprocessen .....	13
Upplevelse av skam .....	14
Vårdgivarens inverkan .....	14
Stigma och sjukdomsinsikt .....	15
Genusperspektivet.....	15
Diskussion.....	16
Metoddiskussion .....	16
Kvalitetsgranskning .....	16
Begränsningar .....	16
Resultatdiskussion.....	17
Slutsats .....	24
Klinisk tillämpning .....	24
Vidare forskning .....	24
Referenser .....	25
Bilagor	
Bilaga 1 Söktabell	
Bilaga 2 Artikelöversikt	

# Inledning

Depression är vanligt förekommande i samhället och psykisk ohälsa anses fortfarande omges med fördommar. Om dessa fördommar bidrar till att personer med depression avstår från att söka vård kan det leda till ytterligare lidande. Området stigmatisering av depression och dess inverkan på vårdseekandeprocessen valdes eftersom vi båda jobbar med akutpsykiatri och har en föreställning om att människor undviker att söka vård för psykisk ohälsa. Vi upplever att de patienter som söker vård av akutpsykiatri för första gången, i synnerhet för depression och även för suicidtankar, upplever besöket som pinsamt och skäms för sitt mående. Vidare anses att denna patientgrupp inte gärna vill associera sig med psykiatrisk sjukvård, utan tenderar att förklara sina symtom som tillfälliga, mindre besvärande eller somatiska. Därför vill vi undersöka om det finns belägg för vår föreställning samt vilken roll stigmatisering har när det gäller att söka vård för depression.

## Bakgrund

### Depression

Världen över är depression den fjärde i ordningen av sjukdomar som orsakar mer lidande än nedre luftvägsinfektioner, diarrésjukdomar och perinatale sjukdomar. Depression medför större global ohälsa än ischemiska hjärtsjukdomar och tuberkulos. Depressivitet ökar dessutom risk för somatiska sjukdomar och den som en gång haft en depression löper ökad risk för att dö i förtid (Åsberg & Mårtensson, 2009).

Att drabbas av en depression medför symtom så som nedstämdhet, minskat intresse för aktiviteter som normalt skänker glädje, energiförlust, minskat självförtroende, skuld känslor, utmattning, koncentrationssvårigheter, minnesstörningar, minskad eller ökad aptit och i vissa fall självmordstankar. Sjukdomen kan drabba människor i alla åldrar och leder till ett stort lidande för individen och även för människor i dennes omgivning (Von Knorring, Von Knorring, & Waern, 2013).

Incidensen för att insjukna i depression har sedan 1940-talet följts av en kohortstudie gjord i Lund. Enligt den senaste uppföljningen har incidensen för ospecifik depression beräknats till 22 procent för män och 31 procent för kvinnor (Mattisson et al., 2009). Enligt en sammanställning gjord av Statens beredning för medicinsk utvärdering (2004), är en rimlig skattning av livstidsprevalensen för egentlig depression omkring 17-18 procent för bägge könen. Detta innebär att omkring var femte människa drabbas av en allvarlig depression någon gång under sin livstid. För många kommer det att röra sig om en kronisk och återkommande sjukdom.

I en amerikansk kohortstudie från 2011, konstaterades att den absoluta mortaliteten genom suicid vid depressionstillstånd som varit i kontakt med psykiatri är 7 procent för män och 4 procent för kvinnor. Endast bipolär sjukdom hade en högre suicidrelaterad mortalitet. För depression sågs en successivt ökande risk för suicid åren efter den första kontakten med psykiatri. Störst risk sågs 25 år efter den första psykiatrikontakten (Nordentoft, Mortensen, & Pedersen, 2011).

## Orsaker till depression

Det finns olika teorier om varför människor utvecklar depression. Det kan bero på problem i det sociala nätverket, till exempel familj eller förhållande, stress i vardagen och betungande arbetsförhållanden. Även biologiska omständigheter kan påverka depressionens utveckling i form av vilken koncentration signalsubstanser som frisätts i synapsklyftorna eller om vissa hormoner är rubbade. Vanliga symtom är sömnlöshet, orkeslöshet, nedstämdhet, nedsatt aptit och minnessvårigheter. Även vanföreställningar och psykotiska tillstånd kan förekomma vid så kallad psykotisk depression (Skärsäter, 2014).

Den österrikiska läkaren Sigmund Freud gjorde de första försöken att framställa en teoretisk psykoanalytisk förklaringsmodell för uppkomsten av depressiva tillstånd. Enligt Freud kan sinnet delas upp i medvetna och icke medvetna delar. I det omedvetna finns bortträngda minnen och starka drifter, ofta av sexuell och aggressiv karaktär. Var sinnets olika delar i obalans kunde psykisk ohälsa uppstå (Sanner, 2009). Freud observerade också ett intensivt självhat bland flertalet deprimerade. Han tolkade självhatet som riktat mot egenskaperna från depressionen snarare än det egna jaget. (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2004).

Från psykodynamiska förklaringsmodeller har kognitiva förklaringsmodeller växt fram. I kontrast med psykodynamiska förklaringsmodeller ses inga relationer mellan depression och driftsteorier. I Becks kognitiva förklaringsmodell (Beck, 1963, 1964), ses istället människor med depressiva symtom som individer med en ständigt pågående inre monolog av självförtryckande tankeströmningar med logiska tankefel och förvrängningar. Tre huvudgrupper av karakteristiska tankar vid depressiva tillstånd identifierades, som sedermera kom att kallas Beck's Cognitive Triad; (1) Tillvaron är meningslös, (2) jaget är värdelöst och (3) framtiden är hopplös. Beck utvecklade en behandlingsmetod där syftet var att bryta dessa tankefel genom att uppmärksamma dem för patienten och där efter ifrågasätta dess relevans.

En stor mängd studier har genomförts med syftet att undersöka vilken roll gener spelar för risken att drabbas av en depression. Forskningsresultaten tyder på att gener starkt korrelerar med sårbarheten för att någon gång under livet drabbas av en depression. Studier av barn och barnbarn till patienter med depressionstillstånd visar på en ökad risk för att drabbas av ångest och depressionstillstånd. Dock anses miljöfaktorer spela en större roll för uppkomsten av depression. Omkring två tredjedelar av sårbarheten för depression anses bero på miljöfaktorer. Sannolikt är att depression utlöses genom ett samspel mellan sårbarhet och stressrelaterade livshändelser. (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2004).

## Psykiatri i Sverige

Genom historien har det figurerat ett antal synsätt på varför psykisk ohälsa uppkommer. Under antiken hävdade Platon att psykisk ohälsa uppkom när de mänskliga passionerna tog överhanden, och förnuftet förlorat kontrollen. Därefter växte humoralpatologin fram och dess anhängare ansåg att all sjukdom, även av psykisk art, härstammade från obalans mellan de fyra kroppsvätskorna. Vid tiden för kristendomens framväxt sammankopplades vanligtvis psykisk ohälsa eller vansinne med religiösa förställningar. Galenskap sågs antingen som ett straff från Gud eller som

en besatthet av onda andar. Med tiden distanserades tankar om religiösa orsaker (Ottosson, 2003; Sanner, 2009).

I början av 1800-talet benämndes patienter som vistades på dårhus för dårar, och sågs som i praktiken obotliga. Den behandling som gavs syftade till att "rycka till rätta" dårarna genom till exempel svänggungor, överraskningsbad och kräkkurer. Alla dessa behandlingar skedde på tvångsbasis och det var ett allmänt folknöje att förlöjliga de intagna genom glåpord och skratt. Under 1800-talets senare hälft centraliserades dårhusen, de började benämnas hospital och läkare anställdes. Detta eftersom en övertygelse vuxit fram om att psykiska sjukdomar var behandlingsbara genom läkarvård. Dessa hospital var strikta statliga institutioner som i huvudsak fungerade som social kontroll. Hospitalen delades upp i botbara och obotliga avdelningar där patienter delades upp efter om de bedömdes vara behandlingsbara. Denna indelning av hospitalen kom att kvarstå ända fram till 1930-talet. År 1860 blev psykiatri en obligatorisk del av läkarutbildningen. Dock saknades litteratur och så sent som 1942 användes endast litteratur avsedd för sjuksköterskeutbildning att tillgå (Ottosson, 2003).

I början av 1900-talet var behandling med långtidsverkande barbiturater och varma långbad vanliga. Barbiturater är en äldre läkemedelsgrupp med lugnande och sedativ verkan. Idag används dessa preparat endast i mycket liten utsträckning då moderna läkemedelsgrupper anses ha en säkrare farmakologisk profil (Nishino, Mishima, Mignot, & Dement, 2004). Vanligtvis ordinerades långbad i tio timmarssessioner där den intagne tvingades ner i ett badkar under noggrann övervakning av sjukvårdspersonal. Långbaden ordinerades i lugnande syfte och sågs som ett sätt att undvika ytterligare tvångsåtgärder. På 1930-talet infördes kontroversiella behandlingsåtgärder så som insulinkoma, elbehandling och lobotomi. Dessa behandlingar var mycket osäkra, gav tvivelaktiga resultat och orsakade ofta stort lidande för patienterna. Modern läkemedelsbehandling var i princip obefintlig innan 1950 (Ottosson, 2003).

I slutet av 1960-talet övertogs ansvaret för psykiatrisjukhusen av respektive landsting. Sedan dess har en successiv avveckling pågått och patienter har förflyttats från att vårdas på institutioner till att vårdas i öppenvård och på sjukhem. De vårdplatser som bevarades flyttades från avskilda mentalsjukhus till att bli psykiatriska kliniker på allmänna sjukhus. Detta eftersom en föreställning vuxit fram om att institutioner hade en negativ inverkan på patienternas hälsa (Ottosson, 2003). I Sverige påbörjades reformeringen av psykiatrin på allvar under 1970-talet. Den tidigare dominerande institutionella vården byttes succesivt ut mot öppenvård och hemsjukvård (Markström, 2003).

Föreställningen om att institutionell vård är till nackdel för patienters hälsa är något som även påpekas i riktlinjer från socialstyrelsen under 1980-talet. Denna föreställning är något som kom att genomsyra den svenska psykiatris arbetsätt och utveckling. Vid tiden för utgivningen av socialstyrelsens riktlinjer år 1980, pågick massutflyttning av patienter från de stora sjukhusen till mindre kliniker och vårdhem, vilket pågick ända in på 2000-talet. Mellan åren 1973 och 1995 minskades de svenska heldygnsvårdplatserna med omkring 75 procent (Magnusson, 2010).

Som ett ytterligare steg mot integration av personer med psykisk sjukdom i samhället genomförde regeringen den så kallade *psykiatrireformen* 1995. Dess huvudsakliga syfte var normalisera de drabbades livsvillkor, främja tillfrisknande och rehabilitering genom att kommunerna skulle få ett större ansvar för samhällets stöd till personer med psykisk sjukdom. Denna reform skulle slutföra avvecklingen av den institutionella vården med framtidsvisionen att psykisk ohälsa skulle behandlas genom ett nära och professionellt samarbete mellan sjukvården och socialtjänsten. Färdigbehandlade patienter med fortsatt behov av samhällsstöd skulle erbjudas kommunala boendelösningar i hemområdet anpassat efter individens egna behov. Uppföljning och fortsatt behandling skulle ske via öppenvårdsmottagningar (Ottosson, 2003).

I Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande (SOU 2006:100) framkommer att psykiatrireformen från 1995 har inneburit att boende och syselsättning markant ökat bland personer med psykisk ohälsa. Dock belastades många kommuner och landsting med sparpaket vid tiden kring reformen och en del verksamheter finansierades av stimulanspaket och tvingades sedan att läggas ner efter några år. Vad gäller kvalitet för den psykitriska vården finns efter psykiatrireformen stora brister vad gäller kompetens, metoder, arbetsätt och organisation. Emellertid finns intrycket om att psykiatris roll förefaller vagt formulerat i hela vårdkedjan, och att det saknas lagstöd för vissa insatser ifrån båda huvudmännen. Flera rapporter tyder på att det finns stora samarbetssvårigheter emellan kommunerna och landstingen vad gäller deras ansvarsområden och att det finns en risk att patienter faller mellan stolarna. Det finns ett stort behov av en tydlig politisk utvecklingsplan för att säkerställa samhällets insatser kring psykisk ohälsa i framtiden.

Idag behandlas majoriteten av personer med depression i primärvården. Det är ofta som diagnosen depression sätts i primärvården och det är även där medparten av antidepressiva läkemedel skrivs ut. Modern läkemedelsbehandling domineras av SSRI- och SNRI preparat. Dessa läkemedelsgrupper verkar genom att selektivt reglera koncentrationen av signalsubstanserna serotonin och noradrenalin i hjärnan. Medicinering med dessa läkemedel kan medföra vissa biverkningar men de varierar beroende på vilket läkemedel som används. Vanliga biverkningar är huvudvärk, illamående och diarré. Generellt ses mindre biverkningar med moderna preparat än äldre typer av antidepressiva mediciner (TCA). En tidigt initierad läkemedelsbehandling förkortar tiden då personen har symtom. Effekt kan ses redan första behandlingsveckan, men ofta krävs några veckors behandling innan patienten eller behandlaren uppfattar en förbättring. (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2004).

Vidare har också psykoterapi i olika former visats vara en effektiv behandlingsmetod för personer med lindring till måttlig depression. Gemensamt för dessa terapiformer är att de syftar till att bryta negativa tankemönster och ohälsosamma beteenden som följer depressionssjukdomen. Viss forskning tyder även på att fysisk aktivitet har en positiv effekt på depressionssjukdomar. Dock saknas tydliga vetenskapliga belägg. Vid allvarliga depressioner med stor suicidrisk har elbehandling (ECT) överlägsen terapeutisk effekt. Upp till 90 procent av de patienter som behandlas med denna indikation blir återställda av behandlingen (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2004).



## Stigma

Oxford English dictionary (2011) definierar ordet *stigma* som "A mark of disgrace associated with a particular circumstance, quality or person". I Svenska Akademiens ordlista över svenska språket (2006) definieras begreppet *stigma* som "Sårmarke liknande Jesu sår; vanärande kännetecken" medan ordet *stigmatisera* definieras som "framkalla stigman hos; socialt brännmärke". I litteraturöversikten kommer ordet att användas i bemärkelsen av "en social föreställning som negativt särskiljer människor på grund av en särskild omständighet" (Crocker, Major, & Steele, 1998).

Ordet stigma kommer från grekiskan och översätts med stick eller märke. De antika grekerna använde begreppet för att beskriva fysiska tecken på människokroppen. Syftet med att benämna dessa tecken som stigma var att konstatera att det var något sällsynt eller förnedrande hos en person. Under dessa tider var det främst slavar, landsförrädare och brottslingar som fick ett så kallat stigmata, ett kännetecken, i form av ett fysiskt tecken som skars eller brändes in på kroppen. Efter kristendomens uppkomst användes stigmata för att skildra uppkomst av sår på de punkter där Kristus skadades under sin korsfästning. Dessa sår var lokaliserade på händer, fötter och på överkroppen och kallas även Jesu sår (Björkman, 2005).

Forskningsområdet kring stigma är relativt nytt och sträcker sig som längst tillbaka till 1960-talet. Innebörden av stigma förändrades delvis under 1960-talet och har idag den generella betydelsen social utstötning relaterat till värderingen av samhällets sociala roller. Björkman (2005) skriver att stigma klassificeras som en social konstruktion med minst två huvudkomponenter. Den första är att medge att skillnader existerar genom att utgå ifrån fastställda kännetecken. Den andra och efterföljande komponenten beskriver att det finns en förekomst av principfast nedvärdering av en person. Vidare skriver Björkman (2005) att den sociala definitionen för stigma varierar bland olika kulturer och under olika tidsepoker. Oavsett hur mycket makt en grupp har i samhället kommer stigma alltid att förekomma i form av stämplingar och stereotyper. Det spelar då inte längre någon roll vem som har makten utan det relevanta blir snarare vilken grupps värderingar som kommer att utgöra en majoritet och således dominera.

Som forskningsområde och gällande sin innebörd anses stigma vara komplext (Björkman, 2005). Link och Phelan (2001) har konkretiserat begreppet stigma genom att dela upp det i följande fyra komponenter.

(1) Människor urskiljer skillnader och stämplar de mänskliga skillnaderna. Människor har ett ändlöst antal skillnader hos varandra, men några stycken kan i en kultur iaktas och utifrån det få en stämpel. Skillnaden upplevs då som självklar och uppfattas alltid vara så, till exempel: "Att personer har olika hudfärg eller hårfärg".

(2) Mänskliga skillnader associeras med negativa attribut. Komponenterna innefattar huvudsakligen stämplingen och stereotypen. Stämplingen förknippar människan med en rad olika negativa drag som formar en stereotyp. Link och Phelan (2001) beskriver en tidigare studie där två olika frågeformulär delas ut till två grupper där det ena formuläret beskriver en person med tidigare kontakt inom psykiatri och den andra en person med tidigare ryggsmärtor. Studien visar att personen med tidigare psykiatrisk kontakt förknippades med stereotypen att psykiatripatienter är farliga.

(3) De människor som stämplas placeras i särskilda fack för att genomföra en separation mellan *vi* och *de*. Människorna grupperas och placeras i olika grupper som till exempel "deprimerade". Den individ som fått stämpeln på sig förväntas då representera hela sin kategori av exempelvis diagnos. Det finns inga individuella skillnader utan personer med depression förväntas se sig som en person med depression.

(4) Generell statusförlust som leder till diskriminering. Det förekommer både individuell och strukturell diskriminering men det som är gemensamt är att kombinationen mellan diskriminering och statusförlust mynnar ut i en nedvärdering och en uteslutning på olika plan, till exempel politiskt, ekonomiskt eller socialt. En strukturell diskriminering innefattar att till exempel mindre politiskt inflytande eller mindre resurser tilldelas organisationsområden som arbetar med samhällets särbehandlade grupper.

### **Självstigma och upplevd stigma**

*Self stigma* som i uppsatsen kommer att benämnas *självstigma* definieras som det stigma som riktas mot det egna jaget. Många människor med psykisk ohälsa är medvetna om samhällets negativa stereotyper om dem men det är inte nödvändigtvis alla som tar det till sig. Däremot finns det människor som tar till sig av samhällets syn på deras sjukdom vilket kan leda till att de tappat moralen. Den sjunkande moralen handlar i det här fallet främst om vad dessa människor kan och inte kan utföra i det dagliga livet. Detta leder till en funktionell nedsättning i det allmänna dagliga livet som gör det svårt för dem att leva ett autonomt liv (Corrigan & Watson, 2002).

*Perceived stigma* som i uppsatsen kommer att kallas *upplevd stigma* definieras av Chadda, Agarwal, Singh, och Reaheja (2001) som uppfattningen att andra människor i omgivningen har stigmatiserande tankar om ens egna tillstånd. Det kan bland annat innebära att personer som använder receptbelagda mediciner tror att apotekaren kommer se på dem negativt när de ska hämta ut sina mediciner. Ett annat scenario skulle kunna vara att en människa inte söker hjälp för sin psykiska ohälsa hos en allmänläkare för att de upplever att de kommer bli negativt bemötta. Det upplevda stigmat kan då leda till att människor inte söker hjälp eller hämtar ut sina mediciner i framtiden.

### **Stigmatisering av depression**

Stigmatisering av psykisk ohälsa är ett erkänt allvarligt problem världen över. Lasalvia et al. (2013) skriver att 79 procent av studiedeltagarna i deras artikel någon gång upplevt diskriminering relaterat till deras depression. Flera av studiedeltagarna beskriver att stigmatiseringen av deras depression hindrat dem från att gå in i nära bekantskap med andra människor och även hindrat dem från att söka jobb eller söka vidare utbildning. Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (2004) kan rädslan för stigmatisering och fördomar sannolikt vara en bidragande orsak till att människor med depression inte alltid kommer till behandling.

### **Vårdsökandeprocessen**

Det vårdvetenskapliga begreppet help-seeking behaviour används för att beskriva en eller flera individers intentioner att be om hjälp för ett visst problem. Begreppet kan delas in i tre nödvändiga steg. (1) *Problemidentifiering och definiering*, vilket innebär

att det krävs att individen har symtom och själv anser att det finns ett problem som kräver hjälp från någon annan för att lösas. Symtomens signifikans, orsak, allvarlighetsgrad, konsekvenser, duration och frekvens anses vara faktorer som påverkar detta steg. (2) *Beslut om att handla*, vilket innebär en kognitiv process där det förestående beslutets fördelar och nackdelar vägs samman. Att besluta om att handla är mycket beroende på personens motivation inför att lösa problemet, vilken även kan påverkas av det sociala nätverkets förmåga till att stötta och sanktionera det förestående beslutet. (3) *Välja hjälpkälla*, alltså att individen väljer vem denne skall begära hjälp av. En person som besitter högre kunskap och större förmåga att avhjälpa ett problem anses vara en potentiell hjälpkälla. Denne kan vara en vän, familjemedlem eller professionell yrkesutövare. Vem personen bestämmer sig för att utse beror på personens samhällsnätverk, sociala nätverk, vårdens karaktär, samhälls- och ekonomiska faktorer (Cornally & McCarthy, 2011).

Generellt kan help-seeking behaviour definieras som en problemfokuserad och planerad process som även innefattar att kommunicera problemet till en utvald hjälpkälla. Att processen är problemfokuserad innebär att det krävs att personen upplever ett problem, vilket kan ses som ett utlösande stimuli. Att be om hjälp för att hålla sig frisk och undvika framtida problem innefattas inte av begreppet. För att processen skall vara planerad krävs att personen aktivt selekterar och själv väljer hjälpkälla. Här finns en skillnad mellan att aktivt begära vård eller att erhålla hjälp från någon när en personlig intention inte finns. Det senare innefattas inte av begreppet (Cornally & McCarthy, 2011).

Då det inte finns någon svensk motsvarighet till help-seeking behaviour valde vi att benämna begreppet som *vårdsökandeprocessen*. Help-seeking behaviour består av tre sammansatta engelska ord: help, seeking och behaviour. *Help* innebär att ett problem som kräver utomstående assistans har identifierats. *Seeking* betyder *att leta efter, att kräva* eller *att begära*. Sammansatt till *help seeking* är innebörden att leta efter eller begära assistans för att tillfredsställa ett behov (Cornally & McCarthy, 2011). Den svenska term som valdes för att motsvara *help-seeking* var *vårdsökande*. Denna term valdes för att belysa ett begär efter hjälp för ett problem som kräver vård av någon av ovanstående potentiella hjälpare. Att ordet *vård-* valdes framför ordet *hjälp-* var för att särskilt framhäva att hjälpen som eftersträvas skall ges av någon med större kompetens inom området. Slutligen ersattes ordet *behaviour* med *process*. Detta gjordes i syfte att belysa att det är en process som sker i flera steg (Cornally & McCarthy, 2011). Begreppet vårdsökandeprocessen används i avseendet av att vara ett *beteende* på populationsnivå.

I Cornally och McCarthy (2011) framgår att konceptet vårdsökandeprocessen har utforskats i relation till psykisk sjukdom. Konceptet har använts i forskning för att belysa psykiska sjukdomar och dess symtoms inverkan på befolkningens benägenhet att söka vård. Av Statens beredning för medicinsk utvärdering (2004) framgår att stigmatisering av depression sannolikt är förknippad med att vara en bidragande orsak till att människor med depression uteblir från vård och behandling. Av detta anses vårdsökandeprocessen vara ett adekvat koncept i relation till syftet med studien.

## Lidande

Att drabbas av depression innebär en förändring för individen och ses ofta som ett personligt misslyckande. Ofta ger denna förändring en känsla av förlust av kontroll och kan ge känslor av minskat egenvärde. Det är inte ovanligt att en deprimerad människas energi inte räcker till ens grundläggande sysslor så som att gå ur sängen, klä på sig och att interagera i sociala sammanhang. Det psykiska lidande som följer en depression framkallar en svårdefinierad psykisk smärta (Skärsäter, 2014).

Enligt Travelbee (1971) är lidandet en del av alla människors liv. De flesta sjukdomar för med sig lidande, och det är då sjuksköterskans uppgift att lindra det. Eriksson (2001) beskriver lidandet som något som kan vara meningsfullt eller meningslöst, beroende på människans förmåga att förstå sig själv och sammanhanget. Om lidandet accepteras som en del av individens liv är det i rimlig mängd både förenligt med hälsa och skänker möjlighet till personlig utveckling.

Eriksson (2001), delar upp lidandet i tre former; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdom och dess behandling kan leda till att patienten förlorar egna förmågor, vilket i sin tur orsakar *sjukdomslidande* genom att patienten inte upplever sitt fulla värde som människa. *Vårdlidande* är det lidande som orsakas av att vårdas på ett ovärdigt sätt. Det kan vara; att patienten känner sig kränkt, försummande av patienten, maktmissbruk eller utebliven vård. *Vårdlidande* orsakas inte av sjukdom och det är sjuksköterskans ansvar att förebygga och motverka vårdlidandet. *Livslidande* innefattar alla dimensioner i människans existens. Detta kan exempelvis innebära att patienten inte länge har egen förmåga att sysselsätta sig med det denne gjorde innan insjuknandet, eller att patienten inte längre fungerar i sitt sociala sammanhang.

I den utsträckning som det är möjligt bör sjuksköterskor eliminera lidande. Förutsättningar för att det skall vara möjligt är att patienten känner sig välkommen, respekterad och vårdad. Studier har visat att det många gånger går att lindra lidande genom enkla vardagsåtgärder. De viktigaste komponenterna i kampen mot lidandet är att våga möta lidandet, gå rakt emot det eller tvärs igenom det (Eriksson, 2001).

## Problemformulering

Stigma är en social föreställning som negativt särskiljer människor på grund av en särskild omständighet. Depression är en mycket vanlig sjukdom och kan vara farlig för den drabbade personen. Det är därför viktigt att personer med depression kommer till en vårdinrättning för rätt typ av behandling. Om det finns föreställningar om depression som kan göra att människor undviker att söka vård kan det bli ett problem. Att inte behandla depression kan leda till ökat lidande som hade kunnat undvikas med adekvat behandling. Det är därför viktigt att identifiera hur stigmatisering utgör ett hinder för vårdsökandeprocessen hos personer med depression.

## Syfte

Syftet med litteraturöversikten är att beskriva stigmatisering vid depression och hur denna kan påverka vårdsökandeprocessen.

# Metod

## Vald metod

En allmän litteraturöversikt valdes som metod för att besvara syftet. En litteraturöversikt är enligt Friberg (2012) en studie som syftar till att skapa en översikt av forskningen inom ett visst vetenskapligt område, i det här fallet omvårdnad. Genom att läsa in sig på aktuell forskning inom det specifika området och sedan analysera forskningsartiklarna kan en överblick av området genomföras. En litteraturöversikt innefattar såväl kvantitativa som kvalitativa forskningsrapporter. Friberg (2012) skriver vidare att det finns tre typer av litteraturstudier; den allmänna litteraturstudien, den systematiska litteraturstudien samt en så kallad begreppsanalys. För examensarbetet är det mest lämpligt att göra en allmän litteraturstudie, en så kallad overview. Att göra en systematisk litteraturöversikt är mer tidskrävande och omfattar utöver sammanställning också metaanalys där resultatet utgörs av kvantitativ data.

I resultatet användes sammanlagt 13 studier som var både kvalitativa och kvantitativa och den äldsta artikeln var 13 år gammal. Endast två av artiklarna var kvalitativa och resterande elva artiklar var kvantitativa. Artiklarna kom från länderna Finland, Australien, Storbritannien, USA, Brasilien, Tyskland, Canada,

## Inklusionskriterier

Inklusionskriterierna utgjorde depression som egentlig depressionsperiod eller dystymi, för vilka definitioner ges i DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) och det skulle finnas en koppling till stigmatisering. Alla typer av bipolära tillstånd uteslöts. Vidare fick inte heller depressionen vara av psykotisk karaktär eller med inslag av psykotiska episoder. Alla studiedeltagare skulle vara över 18 år. I de artiklar som skulle belysa relationen till vårdsökandesprocessen skulle begreppet *help-seeking behaviour* vara ett klart tema.

## Sökprocessen

Artiklarna till studien söktes i tre digitala databaser; PubMed, CINAHL och Google scholar. För att fastställa vilka sökord som skulle användas definierades sökorden *stigma* och *depression* först. *Stigma* definierades genom Oxford English dictionary (2011) samt Svenska Akademiens ordlista över svenska språket (2006) för att få en korrekt översättning av termen. Sedan användes Svensk-MeSH för att för att få ett korrekt sökord. *Depression* definierades genom DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). De primära sökorden som användes var varianter på stigma och depression.

*Help-seeking behaviour* var ett av de kompletterande sökorden som användes för att finna artiklar som beskriver sambandet med vårdsökandeprocessen. Innebörden till *Help-seeking behaviour* definierades. *Help-seeking behaviour* är en CINAHL Headings. När en sökning med sökorden *stigma* AND *depression* utfördes på CINAHL handlade en stor mängd artiklar om depression i relation till *HIV*. Därför exkluderades sökordet *HIV* då det inte var relevant för syftet. Vida sökbegrepp användes för att fånga upp ett större antal artiklar. En fullständig förteckning över använda sökord presenteras i bilaga 1.

## Val av artiklar för granskning

Innan valet av artiklar genomfördes lästes ca 600 artiklars titlar igenom för att finna de artiklar som var relevanta för syftet. När en titel ansågs relevant lästes abstrakt och om även det ansågs vara av betydelse valdes artikeln till en mer omfattande granskning. Efter att artiklar valts ut utifrån deras abstrakt lästes de igenom och kvalitetsbedömdes enligt Fribergs (2012) föreslagna frågor för granskning av respektive artikelgrupp. Granskningspunkterna gällande om artiklarna var vårdvetenskapligt kopplade togs bort då enbart någon enstaka artikel hade någon form av koppling till vårdvetenskapliga begrepp.

## Forskningsetiska principer

Syftet med forskningsetik är enligt Vetenskapsrådet (2014) att skydda och beakta de individer som deltar i forskning antingen som försöksperson eller studiedeltagare. Forskning på människor ska dessutom granskas av etikprövningsnämnder. Oavsett vilken typ av arbete som skrivs är det viktigt att etiken behandlas och att det sker en reflektion kring det. Det måste framgå klart och tydligt att mänskliga rättigheter har respekterats och medgivande från studiedeltagare finns. Anledningen till detta är att informationen inte ska missbrukas. Av de 16 artiklar som användes till uppsatsen var det tio artiklar som förde en forskningsetisk diskussion. Av dessa tio artiklar var dock inte alla godkända av en etisk kommitté. I de artiklar som inte godkänts har författarna dock redovisat att de bland annat har bitt patienterna om tillåtelse att använda deras information som forskningsunderlag samt att de har följt lokala etiska riktlinjer för forskning. De resterande sex artiklarna som inte förde något forskningsetiskt resonemang diskuterades av uppsatsens författare emellan. Trots att artiklarna saknade etiskt resonemang ansågs artiklarna vara godtagbara för uppsatsen då det inte framkom att någon för illa, eller att informationen användes på ett ovärdigt sätt.

## Analys

En allmän översikt som beskrivs i Friberg (2012) gjordes av artiklarna för att skapa kategorier. Artiklarna lästes flera gånger och fraser samt meningar som var relevanta för syftet noterades. En datareduktion gjordes genom att textmassan förminskades och endast behöll det mest väsentliga. Texten som förminskats kodades sedan och grupperades i kategorier som visas i tabell 1. Därefter skapades två huvudteman som de olika kategorierna placerades under, vilka redovisas i tabell 1. En diskussion fördes kring hur varje enskild artikel kunde användas utifrån de anteckningar som fördes under granskningsprocessen (finns att tillgå i bilaga 2).

Resultatet av översikten blev att två huvudteman identifierades. Stigmatiserande attityder kring depression och stigmatiseringens inverkan på vård sökandeprocessen. För att lättare skilja på vilken huvudkategori som artiklarna innefattades i färgkodades de i artikelöversikten. Dessa huvudkategorier tilldelades sedan underkategorier som presenteras i tabell 1. Under dessa underrubriker identifierades likheter och skillnader bland studierna, vilka sedan presenterades under respektive huvudrubrik i resultatet.

# Resultat

Tabell 1. Huvudteman (grå) och kategorier (vit)

Stigmatiserande attityder kring depression	Stigmatiseringens inverkan på vård sökandeprocessen
Fördomar och eventuella orsaker	Upplevelse av skam
Upplevelser	Genusperspektivet
Socialt distanstagande	Vårdgivarens inverkan
Självstigma i relation till upplevd stigma	Stigma och sjukdomsinsikt

## Stigmatiserande attityder kring depression

### Fördomar och eventuella orsaker

Flera studier identifierade uppfattningar om att människor med depression är farliga och kan utgöra ett hot (Peluso Ede & Blay, 2009; Reavley & Jorm, 2011; Wang & Lai, 2008). I en studie av Peluso Ede och Blay (2009) tillfrågades invånare i San Paulo om deras inställning till deprimerade människor. De fann att 56 procent av studiedeltagarna ansåg att en deprimerad individ utan pågående behandling kunde vara farlig. Dock ansåg endast 12 procent att en deprimerad individ med pågående behandling kunde vara farlig. Vidare framkom att studiedeltagarna ansåg den deprimerade som mer farlig om individen var en man. Dock reagerade studiedeltagarna ofta med välmenande känslor så som vilja att hjälpa, vänlighet och medmänsklig värme inför deprimerade individer. Att kategorisera depression som psykisk ohälsa tycktes öka studiedeltagarnas uppfattning om att deprimerade människor kan vara farliga.

I en vinjettbaserad intervjuundersökning genomförd i Canada av Wang och Lai (2008) framkom att 45 procent av studiedeltagarna ansåg att deprimerade personer var oförutsägbara. Denna procentsats var samma även om den tillfrågade personen kunde identifiera att personen i vinjettberättelsen led av depression, om den tillfrågade personen hade någon i familjen med depression eller om den tillfrågade personen ansåg att professionell behandling av depression var en bra behandlingsmetod. Vidare framkom att 25 procent av studiedeltagarna som inte hade en deprimerad individ i familjen ansåg att deprimerade människor är farliga. Motsvarande siffra för studiedeltagare med en deprimerad individ i familjen var 20 procent. Skillnaden var dock inte signifikant. Vidare förekom föreställningar om att depression är ett tecken på svaghet i karaktär och att depression inte är en riktig medicinsk sjukdom.

Även Reavley och Jorm (2011) tar upp föreställningen om att deprimerade individer är oförutsägbara och farliga. Där framkom att 53 procent av studiedeltagarna ansåg att en person med depression är oförutsägbara, samt att 22 procent ansåg att en deprimerad individ är farlig.

I en nationell enkätstudie genomförd i Finland av Aromaa, Tolvanen, Tuulari, och Wahlbeck (2010) identifierades fyra huvudkomponenter gällande befolkningens inställning till depressiva patienter. Dessa var: (1) *Depression handlar om vilja*, vilket visar på en uppfattning om att depression inte är en medicinsk åkomma. (2) *psykisk*

*ohälsa ger negativa konsekvenser*, vilket tyder på en uppfattning om att en person med psykisk ohälsa riskerar konsekvenser om någon annan är medveten om deras problem. Detta resulterar i att en individ ställs inför frågan om det är värt att ta risken för negativa konsekvenser genom att berätta för någon om dennes symtom. Liknande framkommer även i Reavley och Jorm (2011) där 27 procent av studiedeltagarna aldrig skulle berätta för någon om de drabbades av depression. (3) *Man skall vara försiktig med antidepressiva mediciner*, som tyder på att det finns en oro för biverkningar, vilket kan orsakas av att antidepressiva lätt förväxlas med narkotikaklassade lugnande preparat. (4) *Man blir aldrig återställd efter en psykisk sjukdom*, vilket visar på en uppfattning om att all psykisk ohälsa är av kronisk karaktär.

Den finländska enkätstudien undersöktes sedan vidare av Aromaa, Tolvanen, Tuulari, och Wahlbeck (2011) för att kartlägga vad som orsakar stigmatiserande attityder i relation till psykisk ohälsa. Det framkom att ålder inte har någon relation till attityder om depression. Lägre utbildning var associerat med uppfattningen om att depression handlar om vilja. Generella negativa attityder mot depression var främst relaterat till kön. Män var i allmänhet mer negativt inställda till depression.

## **Upplevelser**

McNair, Highet, Hickie, och Davenport (2002) studerade hur människor med en depressionssjukdom upplevde stigmatisering. Det framkom även där att det finns en negativ inställning till antidepressiva mediciner bland befolkningen. Studiedeltagare uppger att de har svårt att prata om sin medicinering för att det finns en stark relation till stigmatisering, att de kände sig upprörda över att de tog antidepressiva mediciner och de var oroliga för att de i framtiden skulle vara beroende av en icke kroppsegen substans för att klara av vardagen.

Det framkom att studiedeltagarna upplevde att familjemedlemmar och samhället inte förstod att depression är en medicinsk sjukdom. Vidare sågs en upplevelse av att sjukvårdspersonal bara arbetar med psykiatri för att söka självbekräftelse och inte för att tillgodose patientens behov. Det figurerade också upplevelser av att bli diskriminerad på arbetsmarknaden. Studiedeltagarna gav många exempel på hur de förlorat arbets- och karriärchanser efter att de upplyst arbetsgivaren om deras depression (McNair et al., 2002).

(Dinos, Stevens, Serfaty, Weich, & King, 2004) kommer i sin kvalitativa intervjustudie fram till att personer med depression var en av de grupper som upplevde störst stigma även vid frånvaro av direkt diskriminering. Det framgår att de deprimerade personer som medverkade i studien upplevde att de hade svårigheter att klara av sin vardag på grund av att de kände sig förtryckta av familj, kollegier och samhället. Studiedeltagare med depression uppgav att de snarare kände sig förminskade än diskriminerade. Sex av tio studiedeltagare uppgav att de hade blivit behandlade på ett nedlåtande sätt. (Dinos et al., 2004) skriver att stigma medför konsekvenser och att det då främst yttrar sig som social isolering från omvärlden. Vidare uppger författarna att om deltagarna accepterar den negativa synen på psykisk ohälsa kan denna acceptans leda till ökad stress och ökat lidande. Detta kan i sin tur leda till ytterligare psykiska problem så som ångest och låg självkänsla.



Gaudio och Miller (2013) undersökte självstigma hos inläggande patienter med depression på en psykiatrisk vårdavdelning i USA. De fann att ökat självstigma i relation till behandling förutsades av att patienten var mer positivt inställd till psykoterapi, att patienten var mer negativt inställd till farmakologisk behandling och ökad allvarlighetsgrad av depression. Generellt större självstigma var associerat med negativ syn på farmakologisk behandling och även negativ syn på psykoterapi.

### **Socialt distanstagande**

Önskan av att socialt distansera sig från deprimerade individer förekom i två av de valda artiklarna (Aromaa et al., 2011; Reavley & Jorm, 2011). I Aromaa et al. (2011) framkom att yngre studiedeltagare var mer villiga att vara i ett socialt umgänge med en deprimerad person. Att själv ha någon deprimerad person i familjen, eller att själv ha varit deprimerad var signifikant relaterat till att vara mer positivt inställd till att vara i ett socialt umgänge med en deprimerad person. Forskarna identifierade även att individer med en större känsla av att vara i kontroll tenderade att vilja distansera sig från depressiva personer.

I en Australiensisk nationell telefonundersökning gjord av Reavley och Jorm (2011). Där framkommer att 32 procent av de manliga studiedeltagarna och 24 procent av de kvinnliga studiedeltagarna inte kunde tänka sig att gifta in en deprimerad individ i deras familj. 16 procent av studiedeltagarna skulle inte vilja arbeta nära en människa med depression. I likhet med de upplevelser om att diskrimineras på arbetsmarknaden som presenterades i McNair et al. (2002), framkommer i studien av Reavley och Jorm (2011) att 23 procent av studiedeltagarna inte skulle anställa någon som de vet lider av en depressionssjukdom.

Dessa resultat står dock i kontrast till rön i Peluso Ede och Blay (2009) där omkring fyra procent av studiedeltagarna uppgav känslor av att vilja distansera sig från personer med depression. Att reagera negativt gentemot deprimerade individer var till skillnad från Aromaa et al. (2011) associerat med yngre studiedeltagare. Peluso Ede och Blay (2009) lyfte också att användning termen psykisk ohälsa för depression var associerat med ökad strävan efter social distans.

### **Självstigma i relation till upplevd stigma**

I flera studier framkom att människor i större utsträckning antog att de skulle bli utsatta för diskriminering (*upplevd stigma*), än vad de själva har för stigmatiserande attityder till personer med depression (Barney, Griffiths, Jorm, & Christensen, 2006; Peluso Ede & Blay, 2009; Reavley & Jorm, 2011). Vidare framkom att människor tenderar att anse att andra människor än denne själv hyser fler stigmatiserande attityder gentemot personer med psykisk ohälsa (Reavley & Jorm, 2011). Enligt Aromaa et al. (2011) kan detta bero på att *social efterfrågan*. Alltså att studiedeltagare i vissa fall kommer att svara på ett sådant sätt som de tror att forskarna eller samhället anser är positivt. Aromaa et al. (2011) skriver att människor troligen underrapporterar deras stigmatiserande attityder i relation till hur de skulle handla i verkligheten.

### **Stigmatiseringens inverkan på vårdsökandeprocessen**

Som tidigare presenterat i Aromaa et al. (2010) förväxlade studiedeltagarna antidepressiva läkemedel med narkotikaklassade lugnande preparat vilket enligt

studieförfattarna kan leda till att människor i samhället undviker att söka vård för sin psykiska ohälsa, på grund av rädsla för medicinska biverkningar.

### **Upplevelse av skam**

Det finns flera studier som pekar på ett samband mellan stigma och att inte söka vård för sin depression (Barney et al., 2006; Dinos et al., 2004; Schomerus et al., 2012; Wrigley, Jackson, Judd, & Komiti, 2005). Barney et al. (2006) har genomfört en enkätstudie i Australien och undersökt självstigmats och upplevda stigmats effekt på vårdsökandeprocessen. Totalt undersöktes 1312 personer där 55 procent själva hade upplevt depression. I studien kom de fram till att självstigma och upplevt stigma om hjälpsökande vid depression är vanligt och minskar sannolikheten för att personer med depression söker professionell hjälp för sitt problem. Vidare framkommer att stigmatisering inte endast förekommer när det gäller att söka hjälp hos en psykiater utan även andra former av professionell hjälp så som kuratorer, psykologer, allmänläkare samt komplementär medicin. Det självupplevda stigmat hos undersökningsgruppen varierade beroende på vilken typ av professionell hjälp som söktes. Det som undersökningsgruppen upplevde mest pinsamt var att söka hjälp av en psykiater. Av gruppen var det 46 procent som upplevde en förlägenhet inför att träffa en psykiater samt att kontinuerligt besöka denna (Barney et al., 2006).

### **Vårdgivarens inverkan**

Det fanns en farhåga om att få negativ respons från omvärlden om deltagarna sökte hjälp för sin depression. Vidare hade deltagarna en tro om att vårdgivare skulle anse dem neurotiska eller obalanserade om de sökte hjälp för sin depression. Det största förväntade stigma skulle i det här fallet komma från allmänläkaren (Barney et al., 2006; Wrigley et al., 2005). Undersökningsgruppen uppgav att allmänläkaren förväntades vara mest nedlåtande angående deras psykiska tillstånd. Ytterligare ett fynd i studien var att yngre individer var motvilliga till att söka professionell hjälp och uppgav att de hellre söker sig till en nära vän för hjälp. Barney et al. (2006) kommer således fram till att både självstigma och upplevt stigma medför lägre sannolikhet att söka hjälp från alla typer av vårdgivare.

En annan studie som tar upp attityder om att söka vård hos en allmänläkare är Wrigley et al. (2005). De skriver att två tredjedelar av studiedeltagarna skulle finna sig i att prata med en allmänläkare om sina psykiska problem. Av den återstående tredjedelen hade cirka hälften uppfattningen att allmänläkare inte arbetade med den typen av problematik. De människor som inte trodde att allmänläkaren skulle vara till någon nytta var enligt studien mycket mindre benägna att diskutera deras psykiska ohälsa med dem. Enligt studien är dessa fynd förenliga med tidigare forskning inom området. Bland studiedeltagarna var det främst kvinnor som hade haft kontakt med psykisk ohälsa, antingen i form av att de själva haft det eller att de kände någon som behandlades eller hade behandlats för det. Den anledning som hindrade deltagarna från att söka hjälp var en känsla av osäkerhet samt att de upplevde vårdsökandet som pinsamt. Nästan hälften av studiedeltagarna uppgav att de någon gång i sitt liv ville eller upplevde att de behövde söka hjälp. Ytterligare ett viktigt fynd från artikeln var att söka vård för depression förknippades med svaghet av karaktär (Wrigley et al., 2005). Även Reavley och Jorm (2011) har hittat föreställningen om att deprimerade personer associeras med svaghet i personligheten. Även i andra studier har psykisk ohälsa i form av depression associeras med svaghet i karaktären eller personligheten. I

Wang och Lai (2008) framkommer att 10 procent av deltagarna trodde att symtomen på depression orsakades av en personlig svaghet.

Halter (2004) utförde en enkätstudie på 136 sjuksköterskestudenter varav 125 var kvinnor och 11 var män. I urvalet ingick alla terminer av sjuksköterskeprogrammet. Studien undersökte stigma och hjälpsökande relaterat till depression hos sjuksköterskestudenter i USA. Artikeln kom fram till att kvinnor är mer benägna att söka hjälp för sin depression än vad män är. Stigmatisering minskade med ålder och antalet gångna år på utbildningen. I sitt resultat kommer forskarna fram till att det finns ett samband mellan hur ansvarig en individ tros vara för sin depression och studenters vårdsökande intentioner. Studenter som ansåg att individer själva var ansvariga för sin depression menade att depression kan kontrolleras och att det således inte behövdes någon professionell hjälp från vårdgivare. De studenter som ansåg att depression inte gick att kontrollera var mer benägna att stödja individen som sökte vård (Halter, 2004).

### **Stigma och sjukdomsinsikt**

Schomerus et al. (2012) intervjuade 25 människor i Tyskland som hade en obehandlad depression. Dessa människor rekryterades genom en tidningsannons där det skrevs om ett antal symtom och om personen kände igen symtomen hos sig själv uppmanades de att höra av sig. Studiedeltagarna var ovetande om att dessa symtom var symtom på depression. Syftet med studien var utforska den potentiella relationen mellan självstigma och upplevt behov av vård hos personer med obehandlad depression. I sitt resultat skriver de att endast två personer refererade till sina problem och symtom som depression och en refererade till det som symtom på diabetes. Bland symtomen fanns nedstämdhet, energiförlust, ångest, sömnproblem, huvudvärk och ryggbesvär. Schomerus et al. (2012) skriver vidare att hög självstigma kan minska sannolikheten att en människa med depressiva symtom ser dessa som möjliga indikatorer på psykisk ohälsa. Dinos et al. (2004); Schomerus et al. (2012) delar slutsatsen att stigma är ett betydelsefullt hinder för vårdsoökandeprocessen.

### **Genusperspektivet**

Vogel, Heimerdinger-Edwards, Hammer, och Hubbard (2011) har genomfört en studie vars syfte var att utöka tidigare forskning och ge en komplett bild av relationen mellan den dominant maskulina könsrollen, självstigma samt mäns attityder mot att söka terapeutisk hjälp oavsett etnisk bakgrund och sexuell läggning. En enkätundersökning utfördes på 4773 män med olika bakgrund i USA. I resultatet kommer författarna fram till att relationen mellan maskulina könsnormer och attityder mot terapi påverkas av självstigma. Resultatet är förenligt med tidigare forskning och visar att män som stödjer eller associerar sig med den dominant maskulina könsrollen har en generell lägre benägenhet att söka hjälp i form av samtalsterapi. Forskarna menar att männen som tagit till sig den maskulina könsrollen kan se hjälpsökande som ett nederlag och att de således inte lever upp till samhällets förväntade bild av könsrollen.

# Diskussion

## Metoddiskussion

Eftersom studien är en litteraturstudie som skall spegla det aktuella forskningsläget användes både kvantitativa och kvalitativa studier. Både kvantitativ och kvalitativ data är nödvändigt för att ge en sanningsenlig bild och göra det möjligt att förstå stigmatiseringens konsekvenser. Vår hypotes var att stigmatisering vid depression var vanligt samt att det hade en negativ inverkan på vårdsökandeprocessen. Denna hypotes ger dock en specifik föreställning av problemet och kan möjligtvis begränsa oss. Förslagsvis hade en öppnare inställning till området kunnat undvika detta genom att studera fler perspektiv inom området. Däremot bygger bakgrunden i studien på hypotesen och utan den finns risken att bakgrunden blivit annorlunda. Det här behöver däremot inte medföra negativa konsekvenser utan snarare att studien blivit annorlunda. Ämnet stigmatisering är mer komplext än vad vår uppfattning var från början. Däremot insågs komplexiteten av området i efterhand. Stigmatisering innefattas av många olika vetenskapliga områden som till exempel sociologi, omvårdnad, medicin och psykologi vilket gör det till ett brett ämnesområde. Det finns därför behov av att belysa begreppet från många olika vetenskapliga håll för att få en adekvat bild av det.

Sökmotorerna som användes i denna litteraturstudie var CINAHL, PubMed och Google scholar. Google scholar användes inte i den primära sökningen utan användes endast i sekundärsökningen efter en specifik artikel. Artikeln som söktes var en referens till en av artiklarna i primärsökningen. När sökning gjordes i PubMed och CINAHL delades sökningen upp, vilket ledde till att en av oss fick en sökmotor tilldelad att söka i. Diskussion fördes innan sökningen och det sattes ihop en strategi för sökningsfasens tillvägagångsätt. PubMed gav 348 träffar och CINAHL gav 219 träffar vid sökningen. Sökningen begränsades inte. Detta för att få ett brett utbud av artiklar för urvalsförfarandet. Till en början lästes rubrikerna på artiklarna för att söka efter relevans utifrån syftet och om det fanns valdes artikeln till granskning av abstrakt. Efter det första urvalsförfarandet lästes abstrakten igenom och vi gav varandra en kort beskrivning av studierna för att välja ut de artiklar som skulle granskas i sin helhet.

## Kvalitetsgranskning

Under granskningen bedömdes kvaliteten på artiklarna utifrån primärt tre nivåer, låg, medel och hög. När en artikel ansågs vara i en gråzon mellan medel eller hög nivå bedömdes de som medelhöga. Granskningen utgick ifrån Fribergs (2012) föreslagna punkter för studiekvalitet. För att ges bedömningen hög skulle de flesta punkterna som Friberg (2012) föreslagit vara uppfyllda. Ett undantag bland punkterna utgörs av den omvårdnadsvetenskapliga punkten som ansågs vara irrelevant då de flesta av artiklarna inte behandlar omvårdnadsvetenskapliga teorier. För att ges bedömningen medel krävdes att strax över hälften av Fribergs (2012) föreslagna punkter skulle vara uppfyllda. För att ges betyget låg skulle artikeln ha omfattande brister. Under granskningen var det endast en artikel som fick bedömningen låg och den valdes därefter att uteslutas.

## Begränsningar

Ingen av artiklarna som inkluderades i resultatet är studier gjorda i Sverige. Detta innebär att resultatet inte är helt generaliserbart för den svenska populationen. Detta

eftersom det finns kulturella- och samhällsskillnader där stigmatiseringens yttrande skulle kunna vara annorlunda (Link & Phelan, 2001). Sökningen resulterade inte i några svenska studier som uppfyllde inklusionskriterierna och detta ses som en potentiell begränsning för arbetet. Givetvis fanns en möjlighet att vidga sökorden samt inklusionskriterier för att finna svensk data. Det gjordes dock en bedömning att detta skulle kunna påverka vårt syfte negativt, i bemärkelsen av att syftet kunnat bli för brett. Två studier i denna studie är dock genomförda i vårt grannland Finland och kan således spegla vårt närområde.

Resultatet på studien hade kunnat bli annorlunda om sökningen hade skett i databasen PsycINFO. Eftersom vi inte hade kännedom om databasens existens under sökprocessen användes inte databasen. En provsökning gjordes däremot i arbetets slutskede och gav på sökningen för depressive disorder AND stigma 374 resultat vilket endast är 26 fler träffar än sökningen i PubMed. Sökningen gav liknande resultat som de tidigare sökningarna och flertalet av artiklarna som används i den här studien fanns med i sökresultatet. Det hade dock varit till arbetets fördel att använda databasen PsycINFO.

Den äldsta artikeln som inkluderades i resultatet är 13 år gammal. Det kan medföra att informationen kan anses vara föråldrad. Från början var ett av våra inklusionskriterier att artiklarna i resultatet inte skulle vara äldre än 10 år. Dock valdes att släppa på denna begränsning då det ansågs att de artiklar som var äldre än 10 år ändå representerade det nuvarande forskningsläget.

Då inte alla artiklar som inkluderades i uppsatsen varit godkända av en etisk kommitté eller fört något etiskt resonemang fanns ett behov av en etisk reflektion för varje enskild artikel. Den etiska diskussionen fördes utifrån Svensk Sjuksköterskeförenings (2014) värdegrund för omvårdnad. Där framgår att sjuksköterskan har ansvar för; att efterfölja mänskliga rättigheter, att hälsa skall vara det främsta målet, att stå fast vid människors olika värden samt att respektera människors integritet. Vid diskussionen framkom att ingen av de valda artiklarna på något sätt bryter mot Svensk Sjuksköterskeförenings (2014) värdegrund för omvårdnad. Detta innebär att ingen artikel exkluderades på grund av tvivelaktiga etiska ställningstaganden.

## Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva stigmatisering vid depression och hur denna kan påverka vårdsökandeprocessen. Återkommande attityder är föreställningar om att deprimerade individer är farliga och oförutsägbara, att man skall vara försiktig med antidepressiv medicin, att depression inte är en riktig sjukdom och att psykisk ohälsa inte är botbar. Det framkommer att en deprimerad man anses farligare mot andra än en deprimerad kvinna. De upplevelser som presenteras i denna studie står i likhet med de attityder som figurerar i samhället. Vad gäller social distans är resultatet tvetydigt. Studier visar både på önskan att distansera sig från personer med depression, och på känslor av att vilja hjälpa individer med depression. Det framkommer att individer antar att de kommer att utsättas för mer diskriminering än vad de själva har för diskriminerande attityder gentemot deprimerade individer. Vidare framkommer att dessa attityder utgör ett hinder för vårdsökandeprocessen. Stigmatiserande attityder minskar sannolikheten att söka vård för depression bland vårdgivare så som; allmänläkare, psykiatrer, terapeuter och alternativmedicinare. Det finns en

föreställning om att vårdgivaren, främst allmänläkaren kommer se ner på den som söker vård för psykisk ohälsa. Dock framkommer att medparten är villig att tala med sin allmänläkare om denne upplever symtom på depressivitet.

### **Hinder i vårdsoökandeprocessen**

Resultatet påvisar att stigmatiseringen av depression utgör ett hinder för att söka vård för depression. Detta ses som allvarligt då depression är en mycket vanlig sjukdom som orsakar stort lidande världen över (Åsberg & Mårtensson, 2009). Det utökade lidandet som stigmatisering och negativa attityder medför anses onödigt. Enligt Eriksson (2001) bör sjukdomslidande bekämpas med alla tillstånd medel, och det är sjuksköterskans ansvar att begränsa lidandets inflytande på det dagliga livet. Således faller en stor del av kampen mot stigmatisering inom sjuksköterskans ansvarsområde.

Att sjukvårdskontakten uteblir eller blir fördröjd kan leda till ett onödigt stort lidande. Dels utgörs detta av ökat sjukdomslidande som depressionen och dess symtom i sig själv medför i och med att sjukdomen förblir obehandlad. Majoriteten av lidandet bör dock utgöras av vårdlidande genom utebliven vård som Eriksson (2001) skriver om. Att förlora sin värdighet ger individen upplevelser av skam och skuld, vilket inte är förenligt med hälsa och återhämtning från sjukdomen (Eriksson, 2001). Stigmatisering av depression blir således en kränkning av individens värdighet.

I Barney et al. (2006); Dinos et al. (2004); Schomerus et al. (2012); Wrigley et al. (2005) framkommer det att stigmatisering utgör ett hinder i vårdsoökandeprocessen. Barney et al. (2006) kommer i sitt resultat fram till att stigmatisering är ett vanligt hinder när människor söker vård, oberoende av vårdgivare. Dinos et al. (2004); Schomerus et al. (2012) skriver också att stigmatisering är ett betydelsefullt hinder för vårdsoökandeprocessen. Wrigley et al. (2005) skriver att ökat upplevt stigma minskar sannolikheten att söka vård, däremot kunde två tredjedelar tänka sig att prata med sin allmänläkare om sin depression. Det som nu är givet är att stigmatisering påverkar vårdsoökandeprocessen på ett förhindrande vis. I resultatet framkommer ett antal negativa attityder mot personer med depression. Link och Phelan (2001) skriver att en del av stigmatiseringen är att separera dem från oss vilket leder till att den stigmatiserade parten inte ses som helt mänsklig utan blir fråntagen sitt mänskliga värde. Det är också vanligt att människor med psykisk ohälsa stämplas som sin sjukdom snarare än en människa med sin sjukdom. Det kan ses som naturligt att ingen människa vill associera sig med våldsamhet och oförutsägbarhet. Stigmatisering är ett djupt inrotat fenomen i samhället som återfinns hos alla individer, även de som själva är drabbade av depression. Slutsatsen som dras av detta är att de drabbade individerna inte vill associera sig med den negativa bild de själva har mot depression och istället väljer att fly från den. Samma fenomen kan återfinnas i Corrigan (2004) där författarna skriver om en strategi hos de människor som lever med psykisk ohälsa. Strategin har som syfte att inte associera sig med samhällets negativa stämplingar genom att inte söka vård eller besöka vårdinrättningar som kan bidra till en diagnos eller stämpling.

Schomerus et al. (2012) använde sig av en metod där personer rekryterades efter deras symtom utan att kalla det för depression. Detta skedde genom att skriva om symtomen i en tidning och personer fick då själv höra av sig till forskarna. Av 25 personer var det endast två personer som själva insåg att de hade en depression medan de resterade 23 tolkade symtomen som kroppsliga sjukdomar, till exempel diabetes. Författarna menar

således att ökat självstigma leder till att personen själva inte förstår att de är deprimerade. Detta blir ett hinder i vårdsökandeprocessens första steg som innebär att identifiera problemet. Om inte problemet identifieras korrekt kan det leda till att personen inte väljer rätt hjälpkälla eller att denne inte söker vård överhuvudtaget. Stigmatisering leder därför till ett hinder i vårdsökandeprocessen utan att personen nödvändigtvis vet om att det är stigmatiseringen som är problemet. En annan strategi för att undvika stigmatiseringen och undvika att bli socialt distanserad från samhället är enligt Bahlmann, Angermeyer, och Schomerus (2013) att kalla den för utbrändhet snarare än depression, trots att det är samma symtombild. Enligt studien har det blivit mer populärt att benämna sjukdomen för utbrändhet istället för depression då detta minskar stigmatiserande attityder. Även benämningen utbrändhet skulle kunna utsättas för stigmatisering om det uppstår allmänna negativa attityder gentemot begreppet likt de förekommer mot depression. Detta kan också leda till att personer lever med obehandlad depression på grund av att symtomen inte tillräckligt allvarligt.

Aromaa et al. (2011); Reavley och Jorm (2011) visade att en del av studiedeltagarna ville ha social distans från personer med depression. Eftersom stigmatisering påverkar människan i alla sociala kontakter handlar inte endast om vårdgivarens syn på människan med symtomen, utan även andra sociala kontakter i personens omgivning så som familj, arbetskollegor, och chefer. Att söka sig till en läkare för sin depression kan av detta utgöra ett hinder på till exempel arbetsmarknaden (Reavley & Jorm, 2011). I att lösa problemet ligger det mer än att bara gå till läkaren utan det ska även lämnas in sjukintyg där arbetsgivaren får ta del av anledningen till sjukskrivningen. Om informationen sprider sig till personens sociala nätverk kan det leda till ökad stigmatisering i det sociala nätverket och således mynna ut i diskriminering på flera fronter. Bland annat genom att arbetsgivaren väljer att inte återanställa individen eller att ens bekanta inte vill umgås med personen (McNair et al., 2002; Reavley & Jorm, 2011). Sammanfattningsvis är det många olika faktorer som påverkar hur stigmatisering utgör ett hinder för vårdsökandeprocessen. Gemensamt är att människor tycks ta till åtgärder som leder till att sjukdomen blir obehandlad, till exempel att dölja den för samhället.

Depression kan i sig ha en negativ inverkan på vårdsökandeprocessen eftersom att symptom på depression är att handlingsförmågan påverkas negativt. Detta kan utgöra ett hinder i vårdsökandeprocessens andra steg som är beslutandet om att handla. Dock skriver Mojtabai, Olfson, och Mechanic (2002) att det inte är sjukdomens svårighetsgrad som utgör ett hinder för vårdsökandeprocessen utan istället relateras sjukdomens svårighetsgrad till ett ökat hjälpsökandebeteende hos personer med depression.

I ett modernt samhälle bör människorna inte vara rädda eller känna att folk ser ner på dem för att de tar kontakt med vården för behandling av en mycket vanlig och i vissa fall allvarlig sjukdom. Vi upplever att det finns en klar skillnad på hur samhället ser på psykisk och somatisk sjukdom, vilket även styrks av Bjorkman, Angelman, och Jonsson (2008).

### **Stigmatisering av depression**

Vi frågar oss varför denna stigmatisering av depression finns. En förklaring skulle kunna vara psykiatrins förflutna. Tiden då uppfattningen om att psykisk ohälsa var

obotlig var allmänt vedertagen och då behandling bestod av överraskningsbad och kräkkurer. Det kan även vara en rädsla över att kontakten med psykiatrin ska leda till frihetsberövning och fråntagande av egen autonomi samt att kontakten ska vara livet ut. Innan 1960-talet fanns det en allmän uppfattning att psykisk sjukdom inte gick att behandla och allmänheten hade också föreställningen att patienter med psykisk sjukdom höll i sig hela livet. Vårt antagande styrks av fynden i den finska studien av Aromaa et al. (2010), där det framkom att det finns en uppfattning i samhället om att man aldrig kan bli frisk från en psykisk sjukdom.

I studierna Reavley och Jorm (2011); Wang och Lai (2008); Wrigley et al. (2005) anser en del av studiedeltagarna att depression och psykisk ohälsa generellt beror på personlig svaghet och svaghet i karaktär. Deltagarna i studien har uttryckt att personer med depression saknar ryggrad och bör rycka upp sig. Även i studien Aromaa et al. (2010) uttrycker några av deltagarna att depression inte är en riktig sjukdom. Två av studierna är gjorda i Australien, en i Canada och en av dem är gjorda i Finland. Dessa studier kan anses vara representativa för Sverige och att liknande åsikter kan förekomma i Sverige. I Dagens Nyheter säger en psykiater att det ofta riktas hård kritik mot psykiatrin och att det ofta är människor utan kunskaper om psykiatrin som får stort utrymme i den allmänna diskussionen (Nordgren, 2009). Vidare menar hon att psykiatrin fått en låg status på grund av att området länge varit ett fält för fritt tyckande och att det också bidragit till att patienterna blivit stigmatiserade.

Studier visar dock att stigmatisering av depression är relativt låg i jämförelse med andra psykiska sjukdomar så som schizofreni, ätstörningar och substansberoende (Bjorkman et al., 2008; Ebnetter & Latner, 2013; Roehrig & McLean, 2010). I studien Peluso Ede och Blay (2009) framkommer att depression också kan mötas av välmenande känslor så som viljan att hjälpa och lära känna individen. Detta medan Bjorkman et al. (2008) resultat kopplar till exempel schizofreni till farlighet och oförutsägbarhet.

### **Medias porträttering**

En bidragande orsak till att samhällets stigmatiserande attityder är så pass spridda kring generell psykisk ohälsa skulle kunna förklaras av det sätt som media i form av journalistik och spelfilm gestaltar psykiatrin. Forskning stödjer till viss del uppfattningen att psykisk sjukdom endast förekommer i media när det handlar om våldsamhet. Dock är skildringarna i media komplexa. Även om skildringar av psykisk sjukdom i media inte är relaterade till våld kan det sätt som de presenteras på påverka uppfattningen om relationen till våldsamhet. Våld och negativa händelser som relaterar till individer med psykisk sjukdom tenderar att generera rubriker (Magnusson, 2010).

Flera kampanjer med syftet att informera om psykisk ohälsa och bryta stigmatiserande attityder förekommer i Sverige (Bjorkman et al., 2008). För att bryta trenden med stigmatisering av depression skulle psykiatrin kunna bära ett stort ansvar i att belysa psykiatrin på ett mer värdigt sätt. Även samhället har ett ansvar och det pågår som tidigare nämnt flera antistigmakampanjer, bland annat kampanjen (H)järnkoll. Psykiatrin och samhället bör samarbeta för att skapa en mer positiv bild av att vårdas inom verksamheten. Majoriteten av de som vårdades inom psykiatrin år 2013 vårdades frivilligt men det fanns även människor som vårdades under tvång enligt lag om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128) (Socialstyrelsen, 2014). En åtgärd för att bryta



stigmatiseringen av psykisk ohälsa skulle kunna vara att utbilda befolkningen i varför tvångsåtgärder används. Detta kan exempelvis göras genom att gå ut med information i form av broschyrer eller genom att affischa på busshållplatser liksom de affischer som funnits på strokesymtom runt om i Sverige.

### **Ett samlingsbegrepp**

Peluso Ede och Blay (2009) lyfter resonemanget att inte kategorisera alla psykiska problem som psykisk ohälsa då det har visat sig ge ökade stigmatiserande attityder bland populationen. Att samla ihop all psykisk ohälsa under ett samlingsbegrepp blir att dra många olikheter över en kant. Exempelvis finns stora skillnader mellan psykotiska och icke psykotiska tillstånd, men när de refereras till som psykisk ohälsa jämlikt det gamla begreppet vansinne tas de bådas negativa följder och slås ihop, vilket skapar en överdrivet negativ bild.

I Wang och Lai (2008), Peluso Ede och Blay (2009) och Reavley och Jorm (2011) framkom föreställningar om att deprimerade individer kan vara farliga. Föreställningen om att deprimerade individer på något sätt är mer våldsamma än friska individer saknar dock vetenskaplig grund. I en studie av Arseneault, Moffitt, Caspi, Taylor, och Silva (2000), drogs slutsatsen att depressions- och ångesttillstånd endast korrelerade mycket svagt med ökad våldsamhet. En av anledningarna till att depression kopplas till våldsamhet är att sjukdomen gärna stämplas som psykisk ohälsa. Enligt Martin, Pescosolido, och Tuch (2000) triggas termen psykisk ohälsa en föreställning i samhället om att all psykisk ohälsa är relaterat med våldsamhet, och därav även depression. Detta ger ytterligare grund för kritik mot begreppet psykisk ohälsa där alla psykiska sjukdomar går under samma paraply. Det borde vara till stigmatiseringens fördel att använda ett samlingsbegrepp. För att motverka det onödiga lidande som stigmatisering och negativa attityder medför är det viktigt att angripa alla bakomliggande faktorer, och då även något så simpelt i sammanhanget som en benämning.

### **Medicinsk behandling**

I Aromaa et al. (2010) och McNair et al. (2002) framkom att det finns en negativ syn på antidepressiv medicinering i samhället. Detta framkommer även i en artikel i Nordgren (2009), där en psykiater säger att det finns mycket mer stigmatisering kring psykofarmaka än läkemedel avsedda för sjukdomar som inte berör psykiatri. Detta tillbakavisas dock i en rapport av Socialstyrelsen (2012), där det framgår att det gjorts stora framsteg vad gäller samhällets syn på antidepressiv medicin. Socialstyrelsens slutsats utesluter dock inte att det förekommer stigmatisering i relation till psykofarmaka, men påvisar en tydlig minskning inom området i relation till andra stigmatiserande attityder kring depression. Moderna antidepressiva preparat är en relativt ny farmakagrupp, och det är möjligt att samhället i allmänhet inte känner till skillnader mellan gamla långtidsverkande, beroendeframkallande lugnande preparat och moderna SSRI och NSRI preparat. Aromaa et al. (2010) lyfter hypotesen att anledningen till samhällets misstänksamhet mot antidepressiva mediciner kan bero på att de lätt förväxlas med lugnande preparat. Denna rädsla för biverkningar skulle kunna utgöra ett hinder för vårdsökandeprocessen, eftersom en negativ attityd mot medicinering kan utesluta sjukvården som en potentiell hjälpare i vårdsökandeprocessens tredje steg. Denna hypotes styrks av resonemang gjort i Aromaa et al. (2010).

## Genusperspektiv

I två av artiklarna i resultatet förekommer det att kvinnor är mer positivt inställda till att söka hjälp för sin depression eller psykiska ohälsa hos en professionell vårdgivare än vad än män är. I en undersökning Vogel et al. (2011) som utfördes i USA blir det tydligt där majoriteten av männen har en låg syn på samtalsterapi. Detta associeras med mansrollen och forskarna menar att det kan vara ett hinder i vårdsökandeprocessen på grund av att männen till exempel inte vill se sig som svaga. Det är därför inte bara information till samhället som måste förbättras utan det kan vara många andra faktorer som påverkar vilken bild människor har om psykisk ohälsa eller hur benägna de är att söka vård.

I några av våra studier i resultatet framkommer en skillnad av stigmatisering och negativa attityder mellan kvinnor och män. Depressiva män ses i allmänhet som mer aggressiva än kvinnor (Peluso Ede & Blay, 2009). Dessutom tyder vårt resultat på att män är mindre benägna att söka vård för depression på grund av ett behov att leva upp till den klassiska maskulina rollen (Vogel et al., 2011). Historiskt sett har kvinnans psyke ansetts som skört i relation till mannens. Kvinnor ansågs som speciellt sårbara, mentalt svaga och lättpåverkade. Vidare fanns en föreställning om att kvinnor i allmänhet hade utökat eget ansvar för sitt psyke och sjukdomar sågs som ett resultat av synd eller av självskapelse (Tasca, Rapetti, Carta, & Fadda, 2012).

Den klassiska maskulina rollen var praktiskt taget raka motsatsen till kvinnans roll. Mannen skulle vara stark, motståndskraftig, inte sårbara och skulle klara sig själv. Kvinnor sågs dock i allmänhet som svaga och som att vara i behov av utomstående hjälp (Vogel et al., 2011). Detta blir särskilt tydligt vid tillbakablick på psykiatris förflytna. En historiskt vanlig psykisk sjukdom var hysteri som till en början bara ansågs drabba den kvinnliga befolkningen. Hippokrates ansåg att sjukdomen orsakades av att livmodern lämnade sin ursprungliga plats och vandrade omkring i vävnaden. Senare hävdade Freud att kvinnlig hysteri berodde på bortträngda sexuella drifter, som kunde uppkomma efter att ha blivit sexuellt utnyttjad som barn (Tasca et al., 2012). Män med symtom på hysteri fick inte diagnosen hysteri utan blev tilldelade andra diagnoser så som hypokondri, neurasteni och granatchock. Gemensamt för det hysteriliktade diagnoserna bland män var att de i motsats till kvinnosjukdomen hysteri, alltid utlöstes av ett yttre stimuli så som exempelvis traumatiska krigshändelser. Denna symtombild som både kvinnlig hysteri och de manliga varianterna medför betecknas idag som PTSD i DSM-IV (Johannisson, 2013).

Det är bra att kvinnor söker vård för depression, trots den ovan givna dystra bakgrunden. Vad som dock är oroväckande är att män drar sig från att söka vård på grund av den maskulina könsrollen. Eftersom det inte finns några skillnader mellan psykisk ohälsa och dess orsaker mellan män och kvinnor borde det i ett idealiskt samhälle vara lika självklart för en man att söka vård för sin psykiska ohälsa som för en kvinna med samma symtom. Könsroller är dock djupt betingade och kan vara svåra att överbrygga på en samhällsnivå. Att förändra könsrollerna på ett sådant vis att både män och kvinnor ges samma möjligheter i ett vårdsökandeperspektiv i relation till depression är en svår och tidskrävande uppgift. Det finns ett behov av fler anti-stigma kampanjer i samhället så som (H)järnkoll, och med ovanstående resonemang i åtanke ser vi gärna att någon riktar sig specifikt till män för att belysa problemet med den maskulina könsrollen i sammanhanget.

## Vårdgivaren

I vårt resultat framkommer tvetydig data kring inställningen att prata med en allmänläkare om depressionssymtom. En studie visar på två tredjedelar av studiedeltagarna kunde tänka sig att prata med sin allmänläkare om symtom på depression. Dock visar även samma studie att störst stigmatisering förväntas komma från allmänläkaren (Wrigley et al., 2005). Uppfattningen om att allmänläkaren hyser störst stigmatiserande attityder framkommer även i ytterligare en studie (Barney et al., 2006). Detta ses som särskilt intressant att studera då en allmänläkare på en vårdcentral i princip är den enda ingångsvägen för behandling av depression. Vårdcentralerna är första linjens psykiatri, och ses inte dessa som en potentiell hjälpare i vårdsökandeprocessen utesluts praktiskt taget även all landstingssjukvård. Det som återstår blir då privata alternativ, och i vissa fall terapeuter erbjudna av skola och arbete.

I Wrigley et al. (2005) var det en tredjedel av studiedeltagarna som inte trodde att allmänläkaren arbetade med psykisk ohälsa. Detta anses inte vara representativt för den svenska befolkningen utan handlar om en uppfattning hos en mindre andel av befolkningen. Dock tror vi att människor som nyligen anlänt till Sverige kan ha svårt att veta var de ska vända sig någonstans. Eftersom vården är stor och komplex är det viktigt att det inte glöms bort att det finns människor som inte vet hur systemet fungerar och var de ska vända sig om de mår psykisk dåligt.

Det är olyckligt att det i Halter (2004) studie av sjuksköterskestudenter i USA, framkom att vissa av studenterna anser att deprimerade individer själva är ansvariga för sitt tillstånd. Denna uppfattning minskade något med antal genomförda terminer på sjuksköterskeprogrammet. Dock var denna minskning inte signifikant. Detta resultat visar på hur djupt förankrad stigmatisering mot depression är, när även framtida vårdare hyser ovetenskapliga antaganden om varför depression uppstår. Det borde vara självklart att studenterna i alla vårdutbildningar världen över, ges tillräckligt med vetenskaplig information om alla sjukdomar, så att de kan bilda sig en uppfattning som stöds av beprövad erfarenhet och vetenskap vilket också är ett lagkrav för yrkesverksamma inom svensk sjukvård (SFS 2010:659).

## Upplevd stigmatisering

I tre av studierna (Barney et al., 2006; Peluso Ede & Blay, 2009; Reavley & Jorm, 2011) i resultatet framkom det att människor trodde att de skulle bli utsatta för mer diskriminering i samhället än vad de själva hade för stigmatiserande attityder till personer med depression. Det innebär att det upplevda stigma var större hos dessa personer än vad självstigmat var vilket även styrks i Reavley och Jorm (2011). Ett högt upplevt stigma kan leda till att en individ avstår att söka jobb eller utbildning och i allmänhet begränsar sig själv från det dagliga livet. Detta sker i tron om att andra individer kommer att diskriminera oavsett vad som sker. I Griffiths et al. (2006) har 54 procent i det australienska urvalet uppfattningen att människor med depressioner kommer bli diskriminerade av samhället. Således finns det en samstämmig uppfattning kring diskriminering hos både de drabbade samt den generella befolkningen. Corrigan (2004) skriver om en viktig strategi hos människor som är drabbade av psykisk ohälsa. Denna strategi har som syfte att undvika stigmatisering och går ut på att hålla sig undan social stämpling genom att inte berätta om sin psykiska sjukdom för någon. Att avstå från att besöka institutioner som kan associeras med psykisk ohälsa ingår också i

strategin, till exempel kan individen utesluta psykiatriska kliniker eller vårdcentraler i vårdsökandeprocessens tredje steg som är att välja hjälpkälla. Det är problematiskt att både de drabbade tror att de kommer bli diskriminerade och att allmänheten tror att människor med depression kommer bli diskriminerade. Fyra av artiklarna kommer från Australien och en kommer från Brasilien.

## Slutsats

Denna studie visar att flera stigmatiserande attityder förekommer i samhället mot personer med depression. Dess uppkomst är komplex men skulle kunna relateras till psykiatriens förflutna. Skillnader i attityder gällande genus skulle kunna härstamma från äldre uppfattningar om sjukdomars uppkomst och äldre uppfattningar om könsskillnader. Att vårdkontakten uteblir på grund av stigmatisering kan medföra ett ökat lidande. Att motverka detta lidande faller inom sjuksköterskans arbetsområde och är således en framtida utmaning. Samhället i stort bör fokusera på att motverka stigmatisering av depression genom fler antistigmakampanjer. Dessa kampanjer riktar sig fördelaktigen till specifika diagnoser och inte samlingstermen psykisk ohälsa. Avslutningsvis bör stigmatiseringens komplexitet understrykas. Konceptet stigma faller under flera vetenskapliga områden, och resulterar således i svårigheter att studera utifrån enbart ett vetenskapligt område.

## Klinisk tillämpning

Vårdpersonal som frekvent möter individer med en depressionssjukdom eller annan psykisk ohälsa spelar en viktig roll i att forma korrekta attityder om personer med psykisk ohälsa. Förenklat bygger vårdpersonal en modell för hur samhället skall möta individer med psykisk ohälsa (Bjorkman et al., 2008). Trots att problematiken med stigmatisering av depression främst ligger på en samhällsstrukturrell nivå, finns det stort utrymme för kliniskt aktiva sjuksköterskor att göra skillnad. Eriksson (2001) menar att studier visar att lidande många gånger kan lindras genom enkla vardagsaktiviteter i vården som till exempel att inte döma och inte missbruka makt utan att se till de små detaljer som är viktiga för individen, till exempel att denne är en person och inte sin diagnos.

## Vidare forskning

Forskning kring antistigmakampanjers resultat bör också utvärderas i framtiden för att säkerställa effektivitet och verkan på till exempel allmänheten. Det bör även göras mer forskning på vårdpersonalens attityder angående psykisk ohälsa i Sverige. Relationen mellan stigmatisering av depression och dess inverkan på vårdsökandeprocessen är undermåligt studerad, speciellt i en svensk kontext. Därför hade det varit intressant att genomföra denna studie med empirisk data som samlats in i Sverige. Att inkludera empirisk data under ett liknande syfte i det svenska samhället är ett bra framtida forskningsområde. Detta skulle kunna genomföras som kvantitativ studie i Sverige på befolkningsnivå för att få generaliserbar data om den svenska befolkningens attityder gentemot depression eller annan psykisk ohälsa. Detta för att få en bättre överblick över det aktuella läget i Sverige.

## Referenser

- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR - Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J., & Wahlbeck, K. (2010). Attitudes towards people with mental disorders: the psychometric characteristics of a Finnish questionnaire. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45(2), 265-273.
- Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J., & Wahlbeck, K. (2011). Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Nord J Psychiatry*, 65(2), 125-132.
- Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, P. J., & Silva, P. A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: Results from the dunedin study. *Arch Gen Psychiatry*, 57(10), 979-986.
- Bahlmann, J., Angermeyer, M. C., & Schomerus, G. (2013). „Burnout“ statt „Depression“ – eine Strategie zur Vermeidung von Stigma? [Calling it “Burnout” Instead of “Depression” – A Strategy to Avoid Stigma?]. *Psychiat Prax*, 40(02), 78-82.
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Aust N Z J Psychiatry*, 40(1), 51-54.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry*, 9(4), 324-333.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. theory and therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 10(6), 561-571.
- Bjorkman, T., Angelman, T., & Jonsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scand J Caring Sci*, 22(2), 170-177.
- Björkman, T. (2005). Stigma. I D. Brunt & L. Hansson (Red.), *Att leva med psykiska funktionshinder : livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Chadda, R., Agarwal, V., Singh, M., & Reaheja, D. (2001). Help seeking behaviour of psychiatric patients before seeking care at a mental hospital. *International Journal of Social Psychiatry*(47), 71-78.
- Cornally, N., & McCarthy, G. (2011). Help-seeking behaviour: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 17(3), 280-288.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*, 59(7), 614-625.
- Corrigan, P., & Watson, A. (2002). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*(9), 35-53.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social Stigma. I D. T. Gilbert, S. T. Fiske & G. Lindzey (Red.), *The handbook of social psychology*. Boston: McGraw-Hill.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. *Br J Psychiatry*, 184, 176-181.
- Ebner, D. S., & Latner, J. D. (2013). Stigmatizing attitudes differ across mental health disorders: a comparison of stigma across eating disorders, obesity, and major depressive disorder. *J Nerv Ment Dis*, 201(4), 281-285.

- Eriksson, K. (2001). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Gaudiano, B. A., & Miller, I. W. (2013). Self-stigma and attitudes about treatment in depressed patients in a hospital setting. *Int J Soc Psychiatry, 59*(6), 586-591.
- Griffiths, K. M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A. F., & Nakande, H. (2006). Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *Bio Medical Central Psychiatry, 6*(21).
- Halter, M. J. (2004). Stigma and help seeking related to depression: a study of nursing students. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv, 42*(2), 42-51.
- Johannisson, K. (2013). *Den mörka kontinenten: Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm: Norstedts.
- Lasalvia, A., Zoppi, S., Van Bortel, T., Bonetto, C., Cristofalo, D., Wahlbeck, K., . . . Thornicroft, G. (2013). Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet, 381*(9860), 55-62.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology, 27*(1), 363-385.
- Magnusson, A.-S. (2010). *Bilden av psykiatriområdet. Nyhetsrapporteringen i Rapport 1980-2006*. (Doktorsavhandling), Göteborgs universitet, Göteborg.
- Markström, U. (2003). *Den svenska psykiatrireformen : bland brukare, eldsjälar och byråkrater*. (Doktorsavhandling), Umeå universitet, Umeå.
- Martin, J. K., Pescosolido, B. A., & Tuch, S. A. (2000). Of fear and loathing: the role of 'disturbing behavior', labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behaviour 2000, 41* (June), 13.
- Mattisson, C., Bogren, M., Horstmann, V., Tambs, K., Munk-Jorgensen, P., & Nettelbladt, P. (2009). Risk factors for depressive disorders in the Lundby cohort--a 50 year prospective clinical follow-up. *J Affect Disord, 113*(3), 203-215.
- McNair, B. G., Highet, N. J., Hickie, I. B., & Davenport, T. A. (2002). Exploring the perspectives of people whose lives have been affected by depression. *Med J Aust, 176 Suppl*, S69-76.
- Mojtabai, R., Olfson, M., & Mechanic, D. (2002). Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry, 59*(1), 77-84.
- Nishino, S., Mishima, K., Mignot, E., & Dement, W. (2004). Sedative-Hypnotics. I A. F. Schatzberg & C. B. Nemeroff (Red.), *The American psychiatric publishing textbook of psychopharmacology*. Washington, D.C.: American Psychiatric Pub.
- Nordentoft, M., Mortensen, P. B., & Pedersen, C. B. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry, 68*(10), 1058-1064.
- Nordgren, M. (2009, 11/12). Skam förhindrar rätt vård. *Dagens Nyheter*.
- Ottosson, J.-O. (2003). *Psykiatrin i Sverige: vägval och vägvisare*. Stockholm: Natur och kultur.
- Oxford English dictionary. (2011). Oxford: Oxford University Press.
- Peluso Ede, T., & Blay, S. L. (2009). Public stigma in relation to individuals with depression. *J Affect Disord, 115*(1-2), 201-206.

- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011). Stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma. *Aust N Z J Psychiatry*, 45(12), 1086-1093.
- Roehrig, J. P., & McLean, C. P. (2010). A comparison of stigma toward eating disorders versus depression. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7), 671-674.
- Sanner, I. (2009). Den psykiska ohälsans historia. *Framtider*(3). Tillgänglig: <http://bit.ly/1JgUNta>
- Schomerus, G., Auer, C., Rhode, D., Luppá, M., Freyberger, H. J., & Schmidt, S. (2012). Personal stigma, problem appraisal and perceived need for professional help in currently untreated depressed persons. *J Affect Disord*, 139(1), 94-97.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Skärsäter, I. (2014). Förstämningssyndrom. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa : på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2006:100. *Ambition och ansvar: Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.
- Socialstyrelsen. (2012). *Att nå personer med psykisk ohälsa*. Hämtad 2015-03-11, från: <http://bit.ly/1E5hkEw>
- Socialstyrelsen. (2014). *Fler tvångsåtgärder för kvinnor*. Hämtad 2015-04-10, från: <http://bit.ly/1zcNAEi>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar*. Hämtad 2015-01-20, från: <http://bit.ly/1yJYaHK>
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 2015-03-04, från: <http://bit.ly/1DNLdct>
- Svenska Akademiens ordlista över svenska språket. (2006). Stockholm: Svenska Akademien.
- Tasca, C., Rapetti, M., Carta, M. G., & Fadda, B. (2012). Women And Hysteria In The History Of Mental Health. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health : CP & EMH*, 8, 110-119.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis.
- Vetenskapsrådet. (2014). *Etik*. Hämtad 2015-04-09, från: <http://bit.ly/1yfSsh1>
- Vogel, D. L., Heimerdinger-Edwards, S. R., Hammer, J. H., & Hubbard, A. (2011). "Boys don't cry": examination of the links between endorsement of masculine norms, self-stigma, and help-seeking attitudes for men from diverse backgrounds. *J Couns Psychol*, 58(3), 368-382.
- Von Knorring, A.-L., Von Knorring, L., & Waern, M. (2013). Depression från vaggan till graven. *Läkartidningen*(9). Tillgänglig: <http://bit.ly/1Cd3ViM>
- Wang, J., & Lai, D. (2008). The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *J Affect Disord*, 110(1-2), 191-196.
- Wrigley, S., Jackson, H., Judd, F., & Komiti, A. (2005). Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. *Aust N Z J Psychiatry*, 39(6), 514-521.
- Åsberg, M., & Mårtensson, B. (2009). Förstämningssyndrom. I J. Herlofson & L. Ekselius (Red.), *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.

# Bilaga 1

## Söktabell

Databas	Sökord	Limits	Träffar	Relevanta abstrakt	Granskade artiklar	Använda referenser
22/1 PubMed	Stigma AND Depressive disorder	- 10 years	348	20	19	(Gaudio & Miller, 2013) (Dinos et al., 2004) (Barney et al., 2006) (Vogel et al., 2011) (Aromaa et al., 2010) (Aromaa et al., 2011) (Schomerus et al., 2012) (Peluso Ede & Blay, 2009) (Ebnetter & Latner, 2013)
22/1 CINAHL	Stigma AND Depression NOT HIV	- Peer Reviewd - Research Article - Full Text	219	14	7	(Reavley & Jorm, 2011) (Halter, 2004) (Wrigley et al., 2005)
26/1 CINAHL (Sekundär sökning)	Manuell sökning efter referens i Reavley och Jorm (2011).		1	1	1	(McNair et al., 2002)
3/2 Google Scholar (Sekundär sökning)	Manuell sökning efter referens i Ebnetter och Latner (2013).		1	1	1	(Wang & Lai, 2008)



## Bilaga 2

### Artikelöversikt

Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Attitudes towards people with mental disorders: the psychometric characteristics of a Finnish questionnaire  (Aromaa et al., 2010)	Undersöka bakgrunds dimensioner/teman på enkätfrågor om psykisk hälsa och deras samband mellan stigma teorier och tidigare studier. Även utforska validiteten på formulärets frågor.	Enkätundersökning till 10 000 personer i Finland mellan 15-80 år. 55,2 % respons. 16 objekt som utforskar psykisk hälsa i ett formulär med fyra alternativ på varje fråga. Formuläret utformades till Ostrobothnia-projektet för att främja psykisk hälsa. Människorna kom alla från västra Finland från Ostrobothnia-projekt området.	4 underliggande dimensioner i formuläret varav 2 är tillräckligt reliabla. De kommer fram till 4 komponenter (1)“Depression beror på vilja”, (2)Psykiska problem får negativa konsekvenser, (3)Man ska vara försiktig med antidepressiva och (4) man blir aldrig frisk från psykisk ohälsa.	<b>Hög</b>
Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland  (Aromaa et al., 2011)	Undersöka de fluktuerande åsikterna om psykisk ohälsa och identifiera vad som orsakar stigmatisering.	Enkätundersökning till 10 000 personer i Finland mellan 15-80 år. 51,6 % respons. Mäter; socioekonomiska faktorer, psykisk ohälsa, social support, exponering för psykisk ohälsa.	Ålder har ingen relation till uppfattningar om depression, dock tenderar äldre människor att distansera sig från depressiva individer. Lägre utbildning var associerat med idéer om att individen själv var orsaken till sin depression. Män var mer negativt inställda till depression. Depression i familjen var associerat med mer positiv inställning gentemot depression. Människor tenderar att underuppskatta deras stigma.	<b>Hög</b>

<p>Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions (Barney et al., 2006)</p>	<p>Sannolikheten att söka hjälp för depression, samhällets attityder mot att söka hjälp för depression, hur samhället tror att attityderna ser ut och om stigma påverkar sannolikheten att söka vård.</p>	<p>Vinjett - Enkät skickades ut randomiserat till 7000 personer. 19% svarade. Följande mättes; Sannolikhet att söka vård, självstigma, uppfattad stigma, egna depressiva symtom, erfarenhet av depression &amp; demografi.</p>	<p>Sannolikhet att söka vård; AL 73%, Psy 40%, SL 34% och terapeut 50%. Större själv-stigma att söka vård av SL än AL. Att söka hjälp var associerat med rädsla för att utsättas för stigma (46% SL, 27% AL). Behov finns att ändra attityder, särskilt bland unga.</p>	<p><b>Medel</b></p>
<p>Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness (Dinos et al., 2004)</p>	<p>Beskriva relationen mellan stigmatisering av psykisk ohälsa, psykisk diagnos, behandling och konsekvenser av stigma för individen.</p>	<p>Narrativ intervjustudie med 46 patienter på en psykiatrimottagning.</p>	<p>Deprimerade personer uppgav att de snarare kände sig förminskade än diskriminerade. Deprimerade personer uppgav att stigma gav fler konsekvenser än de med annan psykisk ohälsa.</p>	<p><b>Medelhög</b></p>
<p>Self-stigma and attitudes about treatment in depressed patients in a hospital setting (Gaudiano &amp; Miller, 2013)</p>	<p>Undersöka självstigma och dess relation till patienters tro på behandlingar de får i en psykiatrisk sjukhusmiljö.</p>	<p>Enkätundersökning till 55 patienter. 75,6 % svarade. Medgivande togs. Skalar/enkäter som användes: DSSS, BMQ, BPS och BDI-II</p>	<p>Negativ tro om psykofarmaka och positiv syn på psykoterapi associerades med ökat självstigma relaterat till behandling hos inneliggande patienter.</p>	<p><b>Hög</b></p>

<p>Stigma and help seeking related to depression: a study of nursing students (Halter, 2004)</p>	<p>Att undersöka hur stigmatisering påverkar intentionerna att söka vård vid depression. Vilket samband finns mellan attityder mot depression och att söka hjälp bland sjuksköterskestudenter.</p>	<p>Enkätundersökning med vinjettberättelse i en kristen sjuksköterskeutbildning i USA. 140 deltagare, varav 92% kvinnor. Följande mättes; Stigma och demografisk data.</p>	<p>De vanligaste känslorna efter att ha läst vinjetten var i ordning; vilja hjälpa, tycka synd om och vilja undvika patienten. Stigmatisering avtog allt efter som utbildningen fortlöpte.</p>	<p><b>Medel</b></p>
<p>Exploring the perspectives of people whose lives have been affected by depression. (McNair et al., 2002)</p>	<p>Att beskriva upplevelsorna hos de som lever med depression.</p>	<p>21 forummöten med 1500 deltagare. Huvudteman identifierades. Även skriftligt feedback analyserades. Nio fokusgrupper sammansattes för att fördjupa sig i de teman som togs upp på forummötena.</p>	<p>Stigma var associerat med alla typer av depression. Diskriminering förekom på arbetet och i familjen. Stigma fanns även mot medicinering.</p>	<p><b>Medel</b></p>
<p>Public stigma in relation to individuals with depression (Peluso Ede &amp; Blay, 2009)</p>	<p>Undersöka populationens stigma mot depression i San Paulo.</p>	<p>Intervju &amp; Enkätundersökning. Vinjett beskrivande depressivitet. Därefter frågor om farlighet, negativa depressioner, diskriminering och emotionella reaktioner.</p>	<p>- Majoriteten ansåg att deprimerade individer kan vara farliga. - Att använda "mental illnes" var associerat med socialt distanstagande - Vinjetten triggade prosociala känslor.</p>	<p><b>Medelhög</b></p>

<p>Stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma</p> <p>(Reavley &amp; Jorm, 2011)</p>	<p>Undersöka stigmatiserande attityder mot depression, ångest och psykos.</p>	<p>Telefonbaserad vinjettundersökning. 6019 studiedeltagare. Mäter; självstigma, upplevd stigma, socialt distanstagande och uppskattad diskriminering.</p>	<p>53% ansåg att deprimerade personer var oförutsägbara och 27% skulle aldrig berätta för någon att var deprimerade om de var det. Uppskattad public stigma var mycket större än själv-stigma. Skillnader i attityder fanns också om den deprimerade personen i vinjetten var man eller kvinna.</p>	<p><b>Medelhög</b></p>
<p>Personal stigma, problem appraisal and perceived need for professional help in currently untreated depressed persons</p> <p>(Schomerus et al., 2012)</p>	<p>Undersöka samband mellan personlig stigmatisering och uppfattat behov av vård.</p>	<p>Intervjustudie av personer som uppfyller kriterier för depression.. 25 personer. 22år - 78år. Mäter om de tror att de behöver hjälp, personlig stigmatisering mot psykiskt sjuka, om de anser att det finns ett problem och om de sökt psykologisk hjälp.</p>	<p>- Högre personlig stigma var signifikant relaterat till minskad insikt om att de behöver hjälp - Bedömning av eget problem var signifikant associerat med insikt om hjälpbehov</p>	<p><b>Medel</b></p>
<p>“Boys don’t cry”: Examination of the links between endorsement of masculine norms, self stigma, and help-seeking attitudes for men from diverse backgrounds</p> <p>(Vogel et al., 2011)</p>	<p>Att undersöka relationen mellan maskulinitet och depression i relation till etnicitet och sexuell orientering.</p>	<p>Webbaserad enkät. 4773 män svarade. Mäter; Demografi, Etnicitet, sexuell orientering, maskulinitet, själv-stigma, attityder mot psykologbehandling och depression.</p>	<p>Män med högre självuppskattad maskulinitet hade mer negativa attityder mot att söka vård hos en psykolog. Män med högre självupplevd maskulinitet kan se det som ett nederlag att söka vård för depression. Själv-stigma hade större relation till negativa attityder mot att söka vård än maskulinitet. Sexuell orientering påverkade sambandet.</p>	<p><b>Hög</b></p>

<p>The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression</p> <p>(Wang &amp; Lai, 2008)</p>	<p>Att uppskatta och jämföra graden av personlig stigma utifrån nivåerna av depressionslitteracitet samt exponering av personer med depression generellt och utifrån kön.</p>	<p>3047 deltagare som svarade på tvärsnittsenkät. Populationsbaserat från Alberta, Canada. Deltagare mellan 18-74 år.</p>	<p>6 av 9 personlig stigma frågor hade skillnader i relation till depressionslitteracitet (fall erkännande och instämmande med hälso- och sjukvårdspersonal om behandling). 5 av dessa hade även skillnader gällande om familjer/vänner hade depression</p>	<p><b>Medelhög</b></p>
<p>Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town</p> <p>(Wrigley et al., 2005)</p>	<p>Att undersöka hur ett antal psykologiska faktorer spelar in i folks vilja att söka vård för depression i ett mindre samhälle.</p>	<p>Enkätundersökning med hembesök. ca 500 enkäter delades ut randomiserat till personer som med udda husnummer på randomiserade gator. Bortfall 72 %. Mäter; Depression, funktionsnedsättning, attityder mot psykiatri, kontakt med psykiatri, kunskap om psykisk ohälsa och vård sökandebeteendet.</p>	<p>Den största anledningen att inte söka hjälp var känsla av pinsamhet följt av att inte veta vem de skulle söka hjälp av. De deltagare som inte trodde att allmän läkaren kunde hantera psykiska problem var mycket mindre villiga att prata med sin AL om psykiska problem.</p>	<p><b>Medel</b></p>