

Lunds Universitet
Socialhögskolan

Psykiska besvär

- En kvantitativ studie om gymnasieelevers
attityder

Dimitrios Pilpidis
Emmy Johansson



LUNDS
UNIVERSITET

Kandidatuppsats
SOPA 63, vt-15

Handledare: Anders Östnäs

Abstract

Authors: Dimitrios Pilpilidis and Emmy Johansson

Title: Psychological disorders – a quantitative study about attitudes among high school students.

Supervisor: Anders Östnäs

Assessor: Anna Tegunimataka

The aim of this study was to examine the attitudes among adolescents toward people with psychological disorders such as anxiety and depression. Mental illness is an increasing problem in society, not just among the average population but among the adolescents as well. A person who suffers from a mental illness is seen as different compared to the rest of society and therefore are being treated in a negative way. Young people who suffers from anxiety or depression has a disadvantage in life because of the stigmatization these disorders bring. Often the stigmatization of people with mental illnesses is due to ignorance or lack of knowledge of the disorders. It can also be affected by what is seen as normal on the basis of social norms in society. Therefore it's easier to avoid the person who is seen as different as to challenge the social norms. The lack of knowledge leads to negative attitudes toward the mentally ill persons which in turn lead to stigmatization. To study the attitudes among adolescents we conducted a survey on a total of 104 students in six classes in their last year in high school. This survey consisted of 19 claims to which the students had to answer how their attitudes matched the claims. Using the theory of stigma (Goffman 1971, Link & Phelan 2001) we examined how the attitudes among the students could be explained. We also examined if there was a difference in attitudes between gender and also if attitudes were affected by having a member of the family or a friend suffering from a psychological disorder. We found that the majority of the students had positive attitudes toward persons with psychological disorders and that it was lack of knowledge that led to negative attitudes. We also found that there was a small difference in attitudes between genders. Finally we found that it overall didn't make the attitudes more positive if having a member of the family or a friend who suffered from psychological disorders.

Keywords: attitudes, stigma, adolescents, depression, anxiety.

Förord

I samband med att regeringen la fram sitt förslag om införande av betyg från och med fjärde klass påbörjades en samhällsdebatt kring vilka krav som är rimliga att ställa på barn och unga i vårt samhälle. Denna debatt väckte vårt intresse för frågan om hur dessa krav påverkar ungdomar och hur samhället i stort egentligen ser på unga som mår psykiskt dåligt. Detta anser vi vara ett viktigt forskningsområde som vi genom denna studie fick möjlighet att undersöka lite närmare.

Vi vill tacka vår handledare Anders Östnäs för bra stöd genom hela processen. Vi vill även tacka de respondenter som ställde upp och gjorde denna studie möjlig. Till slut vill vi rikta ett tack till Per-Erik Isberg för hjälp med statistiken.

Dimitrios Pilpilidis & Emmy Johansson

Helsingborg 2015-05-21

Innehållsförteckning

1. Inledning	5
1.1 Problemformulering	5
1.2 Syfte och frågeställningar	6
1.3 Begreppsdefinitioner	6
2. Gradskala	7
2.1 Depression.....	8
2.2 Ångest	9
2.3 Gemensam definition.....	10
3. Kunskapsläget	11
3.1 Artikel- och litteratursökning	11
3.2 Ångest	12
3.3 Depression.....	13
3.4 Attityder	13
3.5 Könsskillnader i attityder	15
3.6 Stigmatisering.....	15
4. Teori	18
4.1 Stigma	18
4.2 Social identitet.....	18
4.3 Stigma processen.....	19
4.4 En gång stigmatiserad – alltid stigmatiserad?.....	20
4.5 Rollen som stigmatiserad	21
5. Metod	22
5.1 Val av metod	22
5.2 Metodens förtjänster och begränsningar.....	23
5.3 Reliabilitet och validitet	23
5.4 Urval & tillvägagångssätt	24
5.4.1 Bekvämlighetsurval	25
5.4.2 Enkätkonstruktion.....	25
5.4.3 Pilotstudie & verkliga studien.....	26
5.4.4 Kodning	27
5.5 Hypotes	28
5.6 Forskningsetiska överväganden.....	28
5.7 Vår förförståelse och relation till studien.....	29
5.8 Arbetsfördelning.....	29

6.	Resultat	30
6.1	Diskussion	30
6.1.1	Bortfall och påverkan	30
6.1.2	T-test	30
6.2	Diagram och tabeller	31
6.3	T-test	34
6.4	Bakgrundskunskap	36
6.5	Sammanfattning resultat	38
7.	Analys	39
7.1	Social identitet	39
7.2	Social information	40
7.3	Diskriminering	41
7.4	Jämlikhet	42
7.5	Bemötande, relation, kommunikation & kunskap	43
8.	Slutdiskussion	43
	Källförteckning	46
	Bilaga 1	51
	Bilaga 2	52
	Bilaga 3	55
	Bilaga 4	60
	Bilaga 5	62

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Psykisk ohälsa är ett aktuellt ämne som det ofta skrivs om och diskuteras i media. Vi kan bland annat läsa om hur antalet sjukskrivningar ökar (Gustafsson 2014; TT 2014) men även om hur ungdomar är trötta på det tabu som finns kring psykisk ohälsa i samhället och hur de vill bryta det (Lindman 2015; Werner 2015). Det framgår av dessa artiklar att det tabu som finns leder till stigmatisering av personer som lider av psykisk ohälsa (ibid.). För att minska denna stigmatisering och för att förändra samhällets attityder gentemot personer som lider av psykisk ohälsa beslutade regeringen 2009 att det skulle genomföras en antistigma-kampanj (Myndigheten för delaktighet 2014). Denna kampanj har pågått mellan åren 2009 och 2014 och vid utvärderingarna har det visat sig att samhällets attityder till viss del har förändrats till det bättre (ibid.). Det finns fortfarande negativa attityder i samhället gentemot personer som lider av psykisk ohälsa och det förekommer mer negativa attityder bland män än bland kvinnor (Ng & Chan 2000).

Psykisk ohälsa är ett brett begrepp som innefattar allt från mildare former av oro och ängslan till mer allvarliga former av depression och schizofreni (Socialstyrelsen 2013). Det framgår i olika rapporter (Socialstyrelsen 2013; Statistiska centralbyrån 2009) att den psykiska ohälsan bland Sveriges befolkning ökar och siffrorna på hur stor del av befolkningen som upplever sig ha någon form av psykisk ohälsa ligger mellan 20-40 procent (Socialstyrelsen 2013). I takt med att den psykiska ohälsan bland Sveriges befolkning ökar blir antalet ungdomar med psykiska besvär allt fler. I en rapport från Socialstyrelsen (2013) framgår att allt fler ungdomar i åldern 16-24 år uppger att de besväras av psykisk ohälsa i form av oro, ängslan och ångest. Statistik visar att de upplevda besvären ökade från 9 procent till 30 procent bland kvinnor mellan 1989 och 2005. Motsvarande ökning hos män var från 4 procent till 13 procent (Hagquist 2011; SOU 2006:77). Den vanligaste formen av psykisk ohälsa bland ungdomar är ångest men det förekommer även depression (mucf 2015).

Att ta ungas psykiska ohälsa på allvar är viktigt eftersom psykisk ohälsa i ungdomen kan leda till svårigheter senare i livet när det gäller att vidareutbilda sig, skaffa familj eller etablera sig på arbetsmarknaden (Socialstyrelsen 2013). Att lida av psykiska besvär i ungdomen innebär också en ökad risk att bli beroende av samhällsinsatser för att exempelvis klara av sin försörjning senare i livet (ibid.).

Studier visar att många ungdomar skäms för att prata om sina psykiska besvär (mucf 2015; Vanheusden et al. 2008). Studier visar också på att det finns en okunskap om psykisk

ohälsa bland ungdomar (Eastabrook, Flynn & Hollenstein 2014; Rickwood, Deane & Wilson 2007; Vanheusden et al. 2008) som kan innebära att man inte söker hjälp för sina problem. Ungdomar har ofta svårt att upptäcka kännetecknen på psykiska besvär, både hos sig själva och hos andra. Den okunskap som finns bland ungdomar påverkar attityderna mot de personer som lider av psykiska besvär på ett negativt sätt, vilket kan leda till en ökad stigmatisering (Rickwood, Deane & Wilson 2007). Studier visar att attityderna gentemot personer som lider av psykisk ohälsa i vissa fall förbättras genom ökad kunskap på grund av att man har någon anhörig som lider av de olika besvären (Addison & Thorpe 2004). Däremot framgår det i andra studier att attityderna gentemot personer som lider av psykisk ohälsa inte påverkas av om man själv haft någon anhörig som lidit av det (Angermeyer & Dietrich 2006).

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med vår undersökning är att med hjälp av stigmatiseringsteori beskriva och analysera de attityder som finns bland gymnasieelever i Helsingborg gentemot personer med psykisk ohälsa.

Frågeställningar:

1. Vilken syn har gymnasieelever i Helsingborg på personer som lider av psykiska besvär i form av ångest och depression?
2. Kan vi se en könsskillnad hos ungdomarna gällande de attityder som finns gentemot personer med psykiska besvär?
3. Påverkas attityderna mot personer med psykiska besvär om man har en familjemedlem eller vän med psykiska besvär?

1.3 Begreppsdefinitioner

Nedan följer en kort definition och förklaring av de olika begrepp vi kommer använda i vår uppsats. Senare i texten finns mer detaljerade beskrivningar av dem.

Psykiska besvär Psykiska besvär är det begrepp vi använder när vi skriver om ångest och depression som tillhör en mildare form av psykisk ohälsa.

Stigma	Stigma eller stigmatisering innebär att personer kategoriseras som avvikande på ett förnedrande och förminskande sätt på grund av sina psykiska besvär.
Depression	Ett tillstånd där personer under en längre period känner sig nedstämd, har svårt att fokusera, tappar aktivitets- och matlust samt har svårt att känna glädje över något. Depression förekommer ofta i kombination med ångest.
Ångest	Ett tillstånd där personer under en längre period har upplevt symtom så som skakningar och yrsel samt känslor av att kvävas och förlora kontrollen. Ångest förekommer ofta i kombination med depression.
Attityder	Attityder innebär de uppfattningar som vi människor har om andra personer. Dessa uppfattningar påverkar i sin tur bemötandet gentemot andra.

2. Gradskala

Psykisk ohälsa är ett brett område som kan vara svårt att definiera. För att förtydliga vilken riktning vi valt att gå inom området psykisk ohälsa kommer vi nedan presentera en *gradskala* där olika former och grader av psykisk ohälsa presenteras. Det ska tydliggöras att detta är vår tolkning av hur psykisk ohälsa kan definieras och graderas som vi gör utifrån den litteratur och den forskning vi tagit del av. Psykisk ohälsa innefattar många olika tillstånd och kan användas för att beskriva allt från nedstämdhet och fobier till självskadebeteende och schizofreni (socialstyrelsen 2013). Inom dessa tillstånd finns olika grader av besvär där vissa kan innebära att man känner lättare besvär utan att detta märkbart påverkar vardagen. Andra grader kan innebära att man får problem med att klara vardagen på grund av sina besvär och i vissa fall kan man behöva långvarig behandling (socialstyrelsen 2013).

Vi kommer främst utgå från hur olika psykiska problem definieras i ”International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems” eller ”ICD” utgiven av

World Health Organization (WHO 2010). Vi kommer även använda oss av ”Diagnostic and statistical manual of mental disorders” eller ”DSM-5” utgiven av American Psychiatric Association (APA 2013). ICD och DSM-5 används för att internationellt kunna klassificera och statistiskt beskriva olika sjukdomar. Tack vare dessa internationella sätt att definiera olika sjukdomar och psykiska problem kan vi få en övergripelig bild av hur olika former av psykisk ohälsa kan definieras. Vi kommer att avsluta med att sammanställa de olika beskrivningarna till en gemensam definition som vi sedan kommer använda oss av i vår fortsatta studie.

2.1 Depression

Det finns olika grader av depression som benämns som lindriga, medelsvåra, svåra utan psykotiska inslag och svåra med psykotiska inslag (WHO 2010:100, psykologiguide 2015). Symtom hos de personer som lider av depression är att de känner sig nedstämda, saknar intresse och engagemang för att göra saker, har koncentrationssvårigheter, upplever en ihållande trötthet och en känsla av skam eller att inte vara värd någonting (WHO 2010:100). Personer med depression har även låg självkänsla och självförtroende, ser negativt på framtiden, har sömnsvårigheter och minskad aptit och i vissa fall förekommer även tankar om självsador eller självmord (ibid.). För att en person ska få diagnosen depression, oavsett grad, krävs det att dessa symtom varat i minst två sammanhängande veckor, men i de fall då symtomen är mer allvarliga eller utvecklas ovanligt fort kan diagnos ställas även efter en kortare period (ibid.). Personer med lindrig depression får oftast hjälp av primärvården medan personer med svårare depression får hjälp av psykiatri (ibid.).

Lindrig depression kännetecknas av en mildare grad av nedstämdhet, minskat intresse och engagemang, trötthet och utmattningssymtom (WHO 2010:101). En person som lider av lindrig grad av depression har en viss svårighet att fortsätta arbeta eller vara socialt aktiv på grund av den stress som uppstår av de olika symtomen (ibid.).

För att få diagnosen medelsvår depression krävs samma symtom som vid den lindrigare formen av depression, men även minst tre andra symtom (WHO 2010:102) av dem som beskrevs ovan. En person som lider av medelsvår depression har ännu svårare än personer med lindrig grad av depression att fortsätta arbeta eller vara socialt aktiv (ibid.).

Svår depression kan både förekomma med eller utan psykotiska (WHO 2010:102). Vid svår depression förekommer samma symtom som vid lindrig och medelsvår depression men de är mer intensiva (ibid.). En person som lider av svår depression har lågt självförtroende, känner sig värdelös och kan i allvarliga fall ha självmordstankar. Det är även vanligt att det förekommer mer kroppsliga besvär vid svår depression så som sömnsvårigheter eller

viktnedgång (WHO 2010:100, 102). De psykotiska inslag som kan förekomma vid svår depression är exempelvis hallucinationer och vanföreställningar (WHO 2010:103). Exempel på detta kan vara att personen upplever att det snart kommer inträffa en katastrof, att personen hör anklagande röster eller att personen upplever att köttet på kroppen håller på att ruttna (ibid.). Personen som lider av svår depression har ofta stora svårigheter med att fortsätta arbeta eller vara socialt aktiv (WHO 2010:102).

2.2 Ångest

Ångest, eller ångesttillstånd, är en form av stress-relaterad psykisk ohälsa som är vanligt förekommande tillsammans med depression i lindrigare form (WHO 2010:112). Känslorna som uppstår i samband med ett ångesttillstånd är exempelvis skakningar, bröstsmärtor, yrsel och en känsla av att kvävas och förlora kontrollen (WHO 2010:115). Precis som vid depression kan ångesttillstånd delas upp i olika grader och i olika inriktningar. De olika former av ångesttillstånd som finns är olika former av fobier, panikångest, generaliserat ångestsyndrom och blandade ångest- och depressionstillstånd (WHO 2010:112-116, psykologiguiden 2015).

Fobiskt ångesttillstånd innebär att en person drabbas av ångest i situationer som personen upplever som farliga (WHO 2010:112). Personen känner sig i dessa situationer svag vilket leder till en rädsla över att inte ha kontroll som kan resultera i en rädsla för att dö (ibid.). En person med fobiskt ångesttillstånd kan bli orolig enbart genom att tänka på att utsätta sig för den fobiska situationen och påverkas inte positivt genom att tänka på hur andra personer upplever situation som ofarlig (ibid.). Fobiskt ångesttillstånd förekommer oftare hos kvinnor än hos män (ibid.).

En vanlig form av fobiskt ångesttillstånd är agorafobi som innebär en rädsla för öppna ytor eller större folkmassor (WHO 2010:112-113). Rädslan för att befinna sig i dessa situationer beror på svårigheten som finns för att snabbt kunna ta sig ut därifrån till en säker plats (WHO 2010:113). En person som lider av agorafobi har därför svårt att lämna hemmet och svårt att vara på platser med mycket folk vilket gör det svårt att exempelvis åka kollektivtrafik (ibid.). Detta innebär att personen som lider av fobiskt ångesttillstånd blir begränsad i sitt sätt att leva eftersom mycket handlar om att försöka undvika de situationer som innebär rädsla (ibid.).

En annan vanlig form av ångesttillstånd är social fobi som ofta uppstår i ungdomen och som innebär en rädsla för att bli granskad och kritiserad av andra personer i en mindre grupp (WHO 2010:113). Det finns olika former av social fobi där vissa personer enbart kan ha svårt

med att prata inför andra medan en annan person kan ha svårt att överlag umgås med andra personer och därför undviker att hamna i olika sociala situationer (ibid.). Personer som lider av social fobi kan ha svårt att hålla ögonkontakt med andra och har ofta låg självkänsla. De kan exempelvis ha problem med att händerna skakar, att de har lätt för att rodna eller att de mår illa och i vissa fall kan dessa symtom leda till att ångestillståndet utvecklas till panikångest (ibid.).

Panikångestillstånd innebär att ångestillståndet kan uppstå i allvarlig grad vid oförutsägbara tillfällen (WHO 2010:115). Symtomen vid ett panikångestillstånd är de samma som vi nämnt ovan så som yrsel, bröstsmärtor, en känsla av att kvävas, att förlora kontrollen och en rädsla för att dö (ibid.). En panikångestattack varar oftast några minuter men innebär efter några återkommande gånger en fortsatt rädsla för att återigen drabbas av en ny attack (ibid.).

Generaliserat ångestillstånd innebär ett ihållande ångestillstånd som inte tvunget uppstår vid en specifik situation utan uppstår vid varierande tillfällen (WHO 2010:115). Personer som lider av detta kan uppleva nervositet, muskelspänningar, yrsel, att de svettas och lider av skakningar men de kan även ha en rädsla för att någon närstående ska bli skadad (ibid.). Generaliserat ångestillstånd är vanligare bland kvinnor än bland män och kan bero på stress (ibid.). För att få diagnosen generaliserat ångestillstånd krävs det att de olika symtomen funnits hos personen under flera månader (WHO 2010:116).

Som vi skrev tidigare finns det blandade ångest- och depressionstillstånd som innebär att en person uppvisar symtom från både ångestillstånd och depression men där symtomen inte uppfyller kraven för en diagnostisering av antingen ångestillstånd eller depression (WHO 2010:116).

2.3 Gemensam definition

Ångest och depression förekommer ofta samtidigt eftersom de olika psykiska tillstånden kan utlösa varandra (WHO 2010:112). Exempelvis påverkas ångestsymtomen negativt av depression vilket leder till att symtomen blir ännu värre vid förekomsten av de båda samtidigt (ibid.). De symtom som förekommer vid alla grader av depression är samma som kännetecknade lindrig depression så som nedstämdhet, minskat engagemang och intresse, en känsla av trötthet och svårigheter att fortsätta vara socialt aktiv (WHO 2010:101). De symtom som är gemensamt för de olika ångestillstånden är låg självkänsla, en rädsla för att inte ha kontroll över en situation och därför undvika dessa situationer men även symtom så som yrsel, skakningar och nervositet (WHO 2010:115).

Dessa olika tillstånd har vissa likheter som gör det möjligt att avgränsa dem ytterligare för en gemensam definition. Bland personer som lider av depression eller ångest kan en känsla av otillräcklighet förekomma på grund av nedstämdhet eller ett lågt självförtroende (WHO 2010:100). Dessa känslor kan även göra det svårt att fatta olika beslut (APA 2013:163). Personerna undviker aktiviteter på grund av antingen ett minskat engagemang och intresse eller av en rädsla för att befinna sig i de olika situationerna. Personer som lider av depression eller ångest kan ha svårt att koncentrera sig på grund av trötthet eller olika kroppsliga symtom så som yrsel (WHO 2010:115; APA 2013:163).

3. Kunskapsläget

I detta avsnitt kommer vi redogöra för den kunskapen som finns inom vårt valda område genom att översiktligt beskriva den forskning som vi har tagit del av under arbetets gång. Detta gör vi för att visa vilken kunskap som redan finns, vilka kunskapsluckor och resultat som finns samt för att kunna jämföra de resultat vi får fram med redan existerande forskning. Litteraturen vi har tagit del av är forskning i form av vetenskapliga artiklar, doktorsavhandlingar och två andra studier som anses ha vetenskaplig relevans. Vi kommer först beskriva hur vi gick tillväga för att hitta litteratur och sedan beskriva denna under olika kategorier för att på så sätt få en text som är lätt att orientera sig i.

3.1 Artikel- och litteratursökning

Vi har i huvudsak använt oss av databaserna LUBsearch, SwePub, PubMed och Lovisa som vi har kommit åt via Lunds Universitets bibliotekssida under ämnesguiden ”socialt arbete”. I sökningen började vi använda oss av ord som *ungdom, psykisk ohälsa, psykisk hälsa, attityd, ångest, depression och oro*. När vi hade läst igenom den litteratur som vi ansåg var relevant för vårt syfte, använde vi oss av respektive källas referenslista för att på så sätt kunna söka oss till ytterligare litteratur. Vi använde då både ovanstående databaser samt Google och Google Scholar för att kunna hitta all den litteratur vi sökte. Vi använde i så stor utsträckning som möjligt primärkällor men i de fall som dessa inte var tillgängliga fick vi använda oss av sekundärkällor. Efterhand som vi letade hittade vi nya sökord att använda oss av som t.ex. *stigma, mental illness, mental health, adolescent, attitudes, anxiety, sociala konsekvenser och diskriminering*. Med dessa sökord kunde vi hitta artiklar och litteratur som var mer relevant för vår studie.

Arbetet med att söka litteratur och artiklar resulterade i ett stort antal resultat som vi sedan fick avgränsa. Vi hittade ingen studie som hade samma syfte som vårt men vi hittade

andra studier som är liknande eller som berör vissa delar. Avgränsningen vi gjorde innebar därför att välja den litteraturen som stod närmast vårt syfte och vår studie.

3.2 Ångest

Ångest förekommer som vi redan skrivit om (se avsnittet *gradskalan*) i många olika grader och inriktningar. Den forskning som vi tagit del av inriktar sig främst på ångest i form av socialt ångesttillstånd (Blöte et al. 2010; Blöte et al. 2012; Thomas et al. 2012; van Zalk et al. 2011). Socialt ångesttillstånd, eller social ångest, innebär att personer som lider av det ständigt är rädda för att hamna i olika sociala situationer där de blir bedömda av andra eller gör bort sig på olika sätt (Blöte et al. 2010; Blöte et al. 2012). Detta kan i sin tur leda till att personen som lider av ångest undviker sociala situationer i allt högre utsträckning beroende på hur allvarlig ångesten är (Blöte et al. 2010; Thomas et al. 2012).

Att undvika sociala situationer leder till att de sociala färdigheter som annars utvecklas i mötet med andra, inte utvecklas i samma takt som hos jämnåriga (Blöte et al. 2010). Som tonåring höjs kraven på att fungera på ett bra sätt i sociala situationer och därmed blir oron för vad andra tycker om en större (Blöte et al. 2012). Att känna en stor oro för hur man själv uppfattas av andra kan leda till en rädsla för att umgås med andra personer vilket leder till att man håller sig borta från sociala aktiviteter (ibid.). Detta leder då till att personen med social ångest kan upplevas som avvikande av sina jämnåriga och därmed avvisas vilket leder till ännu mer ångest och ökar personens vilja att ta avstånd från olika sociala situationer (Blöte et al. 2010; Blöte et al. 2012). Att avvisas av jämnåriga leder även till minskat självförtroende hos personen som lider av social ångest (Blöte et al. 2012). Genom att inte få något stöd från jämnåriga blir det svårt för personen att tro på sig själv och lyckas vända sin situation (ibid.).

Det är även svårt för den som lider av social ångest att få nya vänner då rädslan för vad andra tycker om en själv, tillsammans med ett lågt självförtroende, ökar rädslan för att umgås med andra (Blöte et al. 2012, van Zalk et al. 2011). De vänner som personer med social ångest skaffar brukar även de lida av social ångest vilket kan innebära en gemensam påverkan på varandra som gör att den sociala ångesten ökar (van Zalk et al. 2011). Genom att tillsammans diskutera sina problem fokuserar ungdomarna på de negativa aspekterna och får på så sätt en ökad rädsla för de diskuterade situationerna. Genom att diskutera hur man känner inför olika sociala situationer med en annan person som också lider av social ångest, får man rädslan bekräftad vilket kan göra att de egna känslorna mer accepterade (ibid.). Genom att få medhåll av sina vänner kan man som person med social ångest utveckla en ännu starkare ångest för olika situationer. Det är främst flickor som påverkas av sina vänner medan pojkar inte

påverkas lika mycket av sina (ibid.). Flickor uppger i större utsträckning än pojkar att de lider av social ångest (Blöte et al. 2010) och en anledning till varför flickor kan bli bättre bemötta än pojkar kan bero på att det är mer accepterat att flickor är blyga och tillbakadragna än att pojkar är det (van Zalk et al. 2011).

Vid de tillfällen en person som lider av social ångest är tvungen att befinna sig i sociala situationer uppstår ett obehag och en inre stress (Thomas et al. 2012). För att hantera detta obehag och denna stress finns det vissa säkerhetsåtgärder som dessa personer kan ta till så som att undvika ögonkontakt och att på förhand ha övat in vad man kan säga om de mot förmodan måste prata (ibid.). Genom att använda dessa säkerhetsåtgärder hoppas personen som lider av social ångest underlätta situationen för sig själv och på så sätt utvecklas positivt men även påverka vad andra tycker om dem på ett positivt sätt (ibid.). Även om dessa säkerhetsåtgärder enbart innebär en kortare lindring av problemen och personen som lider av social ångest egentligen borde få professionell hjälp med sina problem, fortsätter personen att använda dem eftersom de upplevs underlätta vid sociala situationer (ibid.).

3.3 Depression

Depression är enligt olika studier den vanligaste psykiska ohälsan bland unga och då främst bland flickor (Eastabrook, Flynn & Hollenstein 2014). Det har även visat sig att depression och ångest är vanligare bland de ungdomar som har svårt att sätta ord på sina känslor. Depression och ångest förekommer även oftare bland de personer som har svårigheter med att egentligen känna igen känslorna och veta att det är depression eller ångest som de lider av (ibid.). Det finns alltså en okunskap som kan påverka hjälpsökandet bland de drabbade ungdomarna på ett negativt sätt (ibid.). För att överhuvudtaget kunna söka hjälp behöver man kunna sätta ord på sina känslor och beskriva hur man mår och vilka bekymmer man har men väldigt få har kunskapen att känna igen symtomen och veta när det är dags att söka professionell hjälp (Rickwood et al. 2005). Pojkar har oftast svårare för detta än flickor och det kan ha att göra med att flickor pratar om känslor mer än pojkar gör. Detta kan bero på att det finns en social tabu för pojkar och män att prata om känslor (ibid.). Detta tabu kan också leda till att pojkar förnekar att de mår dåligt, även om de skulle känna igen symtomen (Rickwood et al. 2005).

3.4 Attityder

Attityder innebär den inställning som människor har gentemot andra personer och denna inställning påverkar i sin tur förhållningssättet och bemötandet gentemot andra (Psykologiguiden 2015). Attityder kan förklaras som en process i en persons medvetande som

gör det möjligt att agera utifrån känslor och tankar. Det hela sker i ett socialt samspel där den sociala påverkan från omgivningen spelar in (ibid.). Attityder används för att skapa en förståelse för sin omgivning genom olika ställningstaganden (ibid.).

Det finns en del forskning om attityder gentemot personer med psykiska sjukdomar som både behandlar mer allvarliga former så som svår depression, psykoser och schizofreni men även mildare former av psykisk ohälsa (Angermeyer & Dietrich 2006; Crisp et al. 2000; Myndigheten för delaktighet 2014). Crisp et al. (2000) undersöker i sin studie vilka attityder som fanns gentemot personer med olika psykiska sjukdomar. Det som framgick i denna studie var att mellan 70-80 procent av de som deltog i studien ansåg att personer som led av schizofreni eller alkoholism var farliga och oförutsägbara (ibid.). Detta resultat framgår även i en studie gjord av Reavley & Jorm (2011) där omkring 70 procent av respondenterna höll med i påstående som handlade om oförutsägbarheten bland personer med schizofreni.

Dessa resultat påverkades inte av att respondenterna kände eller inte kände någon som led av psykisk ohälsa utan påverkades i större utsträckning av vilken åldersgrupp respondenterna tillhörde (Crisp et al. 2000). Bland 16-24 åringar och 25-64 åringar förekom negativa attityder i omkring 70-80 procent av fallen medan det bland respondenter över 65 år enbart förekom negativa attityder i omkring 50 procent av fallen (ibid.). Att det förekom negativa attityder i så stor utsträckning förklarades genom att det fanns en okunskap som gjorde att respondenterna ansåg att alla som hade schizofreni gick under samma kategori oavsett hur allvarlig sjukdomen var (ibid.).

Det finns resultat som visar att de kunskaper som finns angående psykisk ohälsa har förbättrats över tid men att detta inte tvunget betytt att attityderna blivit bättre (Angermeyer & Dietrich 2006). I motsats till detta visade en kartläggning av attityder bland befolkningen i England att attityderna gentemot personer med psykisk ohälsa har förbättrats till viss del mellan åren 1994 och 2011 (NHS 2011). År 1994 ansåg 10 procent av respondenterna att en person med psykisk ohälsa är en börda för samhället jämfört med 6 procent år 2011 (ibid.). Att attityderna gentemot personer med psykisk ohälsa har förbättrats till viss del framgår även i en studie genomförd i Sverige (Myndigheten för delaktighet 2014). Att attityderna förbättras kunde i denna undersökning förklaras av att det genomfördes en antistigma-kampanj som gick ut på att öka kunskaperna om psykisk ohälsa i samhället. I samband med undersökningen gjordes olika mätningar som visade på allt bättre attityder ju längre kampanjen pågick (ibid.). Även i andra studier framgår en bild av hur ökad kunskap leder till förbättrade attityder. I en dokumentanalys gjord av Yamaguchi, Mino & Uddin (2011) undersöktes resultaten av olika studier som mätt attityder och hur dessa påverkats av ökad kunskap. Av 34 studier framgick

att 27 hade mätt förbättrade attityder efter att ha ökat kunskapen bland respondenterna med hjälp av olika insatser (ibid.). Ökad kunskap kan även komma från att man har någon anhörig som lider av psykisk ohälsa vilket i sin tur kan leda till bättre attityder (Addison & Thorpe 2004). I andra fall kan erfarenheter av att ha en anhörig med psykisk ohälsa inte påverka attityderna alls (Crisp et al. 2000).

3.5 Könsskillnader i attityder

Av den forskning som finns på området så förekommer det en blandad bild av i vilken utsträckning det finns könsskillnader gällande attityder gentemot personer med psykiska besvär. Angermeyer & Dietrich (2006) genomförde en studie där de använde redan publicerad forskning gällande samhällets attityder gentemot personer med psykisk ohälsa för att på så sätt undersöka hur attityderna egentligen såg ut. I deras studie framgick en otydlig bild av de attityder som fanns i samhället och hur dessa skiljer sig åt mellan könen (ibid.). Av 35 undersökningar förekom det i elva stycken mer negativa attityder bland män än bland kvinnor. I sex av de 35 studierna förekom mer negativa attityder bland kvinnor än bland män och i de resterande 18 studierna förekom inga direkta skillnader mellan könen (ibid.). Även Crisp et al. (2000) och Addison & Thorpe (2004) kom fram till liknande slutsatser där det av deras resultat framgick att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan könen.

I en kartläggning av attityder bland befolkningen i England gentemot personer med psykiska besvär framgick att det däremot att det fanns vissa könsskillnader (NHS 2011). I denna kartläggning framgick att kvinnor hade mer positiva attityder än män, vilket visade sig genom att kvinnornas attitydpoäng var mellan 5 och 7 procent högre än männens (ibid.). Även i en studie gjord av Ng & Chan (2000) framgick det att det fanns en könsskillnad i attityder. Deras studie undersökte attityder bland skolelever i åldrarna 14-21 år. Även i denna studie hade tjejerna mer positiva attityder än killarna vilket förklarades genom att tjejer oftare umgicks med personer med psykisk ohälsa än vad killarna gjorde och att detta gav de mer kunskap (ibid.). Killarna beskrevs ha mer stereotypa attityder gentemot personer med psykisk ohälsa än vad tjejerna hade vilket innebar att deras attityder var mer negativa (ibid.). De negativa attityderna förklarades även genom att killar och män generellt sätt är mer avvisande gentemot personer med psykisk ohälsa och att de oftare fokuserar på de negativa aspekterna av psykisk ohälsa istället för de positiva (ibid.).

3.6 Stigmatisering

Många ungdomar är rädda för att bli stigmatiserade och stämplade av sina kamrater och sin omgivning på grund av sina psykiska besvär och föredrar att inte prata om det (Rickwood et

al. 2005). Om de vill prata om det, föredrar de att söka sig till sin familj hellre än att söka professionell hjälp eftersom de känner att detta minskar risken för att informationen läcker ut till andra (ibid.). De tycker även att det är pinsamt att behöva söka hjälp och är rädda för att bli retade för det. Att söka sig till skolkuratorn kan därför vara riskfyllt då dennes kontor ofta kan ligga nära andra kontor eller klassrum och att man då kan bli ”avslöjad” om man går in till kuratorn (ibid.).

Ungdomar är medvetna och noga med att betona det stigma och det tabu som finns kring psykiska besvär och berättar att de skäms att prata om att man har lider av det (mucf 2015:227). De vill inte bli ifrågasatta, speciellt inte av personer som de inte känner så väl och försöker därför gömma sig eller dra sig undan (ibid.). Både killar och tjejer tycker att detta kan vara jobbigt, men killarna anser att det är svårare för dem eftersom de är rädda att bryta den norm som säger att killar och män är starka och därför inte bör visa känslor (ibid.).

Killar har större krav på sig att vara starka. Skulle man börja gråta så är det kört för resten av året. Killar mår nog bättre på utsidan, men inte på insidan.(mucf 2015:228)

Personer med psykiska besvär möter stigmatisering inte bara ute i samhället utan även bland familj och vänner. Man kan dela upp de olika kommentarerna och bemötandet i fyra kategorier, att bli *stämplad*, *dömd*, *tillrättavisad* och *avvisad* (Y-Garcia et al. 2012). Personer med psykiska besvär får ofta höra kommentarer som kanske är menade på ett uppmuntrande sätt men får en negativ klang så som ”det är dags att komma över det” (Y-Garcia et al. 2012). I andra fall kan de få höra kommentarer som upplevs som elaka så som ”Du börjar bli väldigt lat” (Y-Garcia et al. 2012) eller bli kallad saker så som ”fjolla” (Y-Garcia et al. 2012). Det förekommer även att föräldrar nekar sina barn att söka hjälp genom att avdramatisera de psykiska symtomen och säger till läkaren att ”nej, nej, det är inget fel på henne, hon mår bra” (Y-Garcia et al. 2012). Ungdomarna känner sig här stämplade på grund av sina psykiska besvär istället för att känna sig trygga och få stöd av de som står närmast.

Yttre omständigheter och social situation kan leda till fördomar, vilket i sin tur kan leda till att personer med psykiska besvär blir dömda. Om en person har det bra socialt och ekonomiskt bör man inte ha psykiska problem (Y-Garcia et al. 2012) Många ungdomar får höra kommentarer som ”Men du har så mycket att vara glad över” (Y-Garcia et al. 2012). Den tredje kategorin är de som blir tillrättavisade och inte blir tagna på allvar: ”Skärp dig” (Y-Garcia et al. 2012). Dessa personer upplever sådana kommentarer som att de frivilligt mår

psykiskt dåligt och att de när som helst kan sluta med att må dåligt och börja må bra igen (ibid.). Även om det i dessa kommentarer utifrån de tre kategorierna *stämplad*, *dömd* och *tillrättavisad* kan verka finnas en avsaknad av stöd och hjälp kan de ändå förstås som ett sätt för familj och vänner att försöka få personen som mår dåligt att må bättre (ibid.).

Den fjärde kategorin *avvisad* innebär att det finns de personer som har psykiska besvär som blir avvisade och ignorerade när de uttrycker sina problem. De blir ensamma och ombeds att ta kontakt med psykolog istället eftersom de anhöriga inte vill höra om problemen på grund av en rädsla för att det smittar och att de själva också ska börja må dåligt (Y-Garcia et al. 2012).

Detta kan också beskrivas som en ”dubbel stigmatisering” (Ohlsson 2009:232) som innebär att psykiska besvär inte uppfattas som något allvarligt och att personer med psykiska besvär förväntas hantera detta själva. Samtidigt kan dessa personer uppfattas som svaga med brister som gör att de inte klarar av att uppnå de förväntningar som finns (ibid.). Även orden som beskriver psykiska besvär har en negativ klang, såsom ”psykisk ohälsa”, ”störning”, ”sjukdom” (Ohlsson 2009:158). Dessa ord och kategoriseringar medför uppfattningar om att personer med psykiska besvär är avvikande och svaga och det leder även till skamkänslor hos dessa. Personerna som lider av psykiska besvär anser att inte är normalt att ha dessa besvär och att de inte tillhör deras identitet utan är ett tillfälligt tillstånd som de vill bli ”friska från” (Ohlsson 2009:229).

Andra studier går emot den tidigare redovisade forskningen och visar en relativt låg stigmatisering av psykiska besvär och att vänskap väger tyngre än sjukdomen (Larsson & Sandlund 2013). I denna studie framgick exempelvis att 98 procent av respondenterna instämde med påståendet ”Jag kan tänka mig att ha en vän som tidigare hade varit patient inom psykiatri” (Larsson & Sandlund 2013). Studien visar också att de som tidigare har varit i kontakt med personer med psykiska besvär bemöter dessa på ett positivt sätt även i framtiden. Om man pratar öppet om psykiska besvär, precis som man pratar om allt annat, kan det leda till minskad stigmatisering (ibid.). ”Resultaten antyder att framtidens antistigmaarbete bör fokusera på exponering och möten mellan personer med erfarenhet av psykisk sjukdom och befolkningen” (Larsson & Sandlund 2013:300).

Studier visar också att ungdomar idag gärna vill hjälpa till att bryta tystnaden kring psykiska besvär och därmed också bryta stigman genom att berätta om sina egna bekymmer (mucf 2015). Många gånger gör de det på nätet där de fritt kan skriva om sina känslor och vem som helst kan läsa det och få kunskaper om psykiska besvär utan att någon annan får reda på det (ibid.). Personer med psykiska problem upplever att de blir mer distanserade ju

mer de döljer sina problem och inte tar tag i det (Ohlsson 2009:171, 189). Distanseringen och stigmatiseringen kommer från okunskap som finns i samhället om psykiska problem och de personer som lider av det. Därför vill dessa personer kämpa för att öka kunskapen i deras omgivning och radera de fördomar som finns idag (ibid.).

4. Teori

För att kunna få en fördjupad kunskap om de resultat vi fick fram av vår undersökning kommer vi använda oss av teorier om stigmatisering. Vi kommer främst utgå från Erving Goffmans (1971) teori om stigma men även Link & Phelans (2001) definitioner och teori om hur stigmatiseringsprocessen går till. Nedan följer en sammanfattning av dessa definitioner och teorier. Vi kommer benämna en person som anses vara avvikande som antingen ”avvikande” eller ”stigmatiserad” medan en person som anses uppfylla samhällsnormen benämns som ”icke-avvikande”.

4.1 Stigma

Begreppet stigma kommer från Grekland och innebar från början att man ville skilja de som ansågs som annorlunda från det övriga samhället genom att märka deras kroppar med tecken som antingen skars eller brändes in i huden (Goffman 1971:9). I dagens samhälle används inte sådana metoder, utan kan istället definieras som ”labeling, stereotyping, separation, status loss, and discrimination” (Link & Phelan 2001). Oavsett definition så innebär stigma fortfarande att åtskilja personer som av olika anledningar inte anses vara som övriga i samhället (Goffman 1971:9).

4.2 Social identitet

Som människa kategoriserar vi andra människor utifrån olika egenskaper vilket gör det lätt för oss att placera de personer som vi möter under respektive kategori (Goffman 1971:9-10). Dessa egenskaper som vi människor tilldelar andra människor för att kunna kategorisera dem kallar Goffman för ”social identitet” (Goffman 1971:10). Den sociala identiteten kan sedan delas upp som en persons ”virtuella (skenbara) sociala identitet” (Goffman 1971:10) och ”faktiska (actual) sociala identitet” (Goffman 1971:10). Den virtuella identiteten innebär den identitet som uppfattas av andra människor vid första anblicken då den andra personen kategoriserar och tillskrivs vissa egenskaper specifika för respektive kategori. Den faktiska identiteten syftar istället till de egenskaper som personen faktiskt visar sig ha, och som kan visa att personen egentligen tillhör en annan kategori (Goffman 1971:10). Detta innebär att en persons virtuella identitet kan visa sig vara felaktig då vissa egenskaper inte

faller inom den kategori som personen först placerats i. Detta innebär i sin tur att personen inte platsar i den första kategorin utan istället placeras i en annan och därefter ses som avvikande (ibid.).

För att en person ska kunna placeras i en kategori krävs att personen har de egenskaper och uppvisar olika kroppsliga uttryck som placerar personen i respektive kategori. Dessa uttryck kan förklaras som en persons sociala information (Goffman 1971:52). Denna sociala information kan exempelvis förmedlas genom olika symboler som på så sätt bekräftar i vilken kategori en person bör placeras (ibid.). Exempel på sådana symboler är ”stigmassymboler” (Goffman 1971:53) som innebär att den sociala information som förmedlas gör andra personer medvetna om olika brister hos den person de möter som i sin tur leder till ett stigmatiserat och nedvärderat bemötande (ibid.). Exempel på sådana symboler kan vara olika kroppsliga tecken så som ärr efter självmordsförsök eller stickmärken efter droginjektioner (Goffman 1971:54).

4.3 Stigmprocessen

För att någon ska bli stigmatiserad krävs det en process om fyra steg som tillsammans gör att en person ses som avvikande (Link & Phelan 2001). Det första steget i denna process innebär att vi människor sätter stämplor på och särskiljer olika mänskliga skillnader som finns i samhället. Dessa skillnader ses ofta som något självklart i samhället så som kön eller etnicitet och ifrågasätts därför inte (ibid.). I det andra steget i processen tillskrivs de personer som ses som avvikande olika negativa egenskaper som tillhör respektive stämpel. I det tredje steget i processen placeras de stämplade personerna in under olika kategorier som gör det möjligt att särskilja de från resten av samhället (ibid.). I sista och fjärde steget i stigmprocessen ses de negativt stämplade och kategoriserade personerna som avvikande vilket innebär att de förlorat sin tidigare samhällsstatus och därmed blir diskriminerade (ibid.).

Diskrimineringen av stigmatiserade personer kan både ske genom individuell- och strukturell diskriminering (Link & Phelan 2001). Individuell diskriminering innebär att en stigmatiserad person blir diskriminerad och orättvist behandlad av en annan person på grund av de attityder och åsikter som finns om stigmat och den stigmatiserade personen (ibid.). Strukturell diskriminering innebär istället att samhället i stort diskriminerar personen som anses vara avvikande utifrån den kategori som personen anses tillhöra (ibid.). Även om det finns personer i omgivningen som inte diskriminerar den stigmatiserade personen på individuell nivå utgår olika arbetssätt eller bemötande från förgivettagna normer som i sig är diskriminerande på ett strukturellt plan (Link & Phelan 2001).

4.4 En gång stigmatiserad – alltid stigmatiserad?

Stigmatisering förekommer överallt i samhället där någon egenskap ses som avvikande utifrån den samhällsnorm som gäller (Goffman 1971:141, 160). Stigmatisering är konstruerad och uppstår i interaktionen mellan människor (Goffman 1971:150). De stigmatiserade och de icke-avvikande samspelar i sociala situationer i vilka en social process pågår som innebär att en person i vissa situationer är avvikande och i andra som icke-avvikande (Goffman 1971:149). Denna stigmatisering görs oftare av personer där det inte finns någon personlig koppling till den avvikande personen (Goffman 1971:60-61). Det borde alltså vara lättare för familj och anhöriga att undvika att stigmatisera den avvikande personen eftersom de inte bara ser till de avvikande egenskaperna utan till personen bakom dem (ibid.). Även bland okända människor utanför familjen kan stigmatiseringen gentemot den avvikande personen minska. Detta kan ske om de lär känna den stigmatiserade personen eftersom de då inte bara ser till de avvikande egenskaper som personen i fråga har utan till personen bakom dem (Goffman 1971:60). Att andra utanför familjen lär känna stigmatiserade personen kan även få positiva effekter då personen i fråga kan känna sig mindre stigmatiserad tack vare umgänget med icke-avvikande personer (Goffman 1971:119).

Att umgås med icke-avvikande personer kan alltså ha en positiv effekt hos den stigmatiserade personen (Goffman 1971:119). Däremot kan det även uppstå en osäkerhet i mötet dem emellan eftersom den stigmatiserade personen kan uppleva en oro om att mötet inte sker på en jämlik nivå. Denna oro uppstår då den stigmatiserade personen börjar ifrågasätta vilka baktankar som den icke-avvikande personen egentligen har med att befinna sig i mötet dem emellan (Goffman 1971:21-22). Även om den icke-avvikande inte har några baktankar med mötet kan bemötandet gentemot den stigmatiserade personen påverkas av det stigma som finns. Detta innebär i sin tur att den icke-avvikande personen gör omedvetna bedömningar om den stigmatiserade personen trots att de egentligen ska mötas på en jämlik nivå (Goffman 1971:22).

När man ska särskilja ”dem” från ”oss” kan en och samma person kategoriseras annorlunda beroende på hur man väljer att se på personen i fråga. En person som lider av schizofreni kan ses som en person som lider av schizofreni som en sjukdom eller som en person som är schizofren (Link & Phelan 2001). Detta kan kanske uppfattas som samma sak, men i själva verket påverkar det hur personen blir bemött av samhället. Är personen sin sjukdom, som blir fallet då personen anses vara schizofren, tillskrivs personen en rad olika negativa egenskaper som innebär en stigmatisering. Om personen istället anses lida av

schizofreni som en sjukdom ses personen mer som en i samhället, en av ”oss”, som har drabbats av en sjukdom (Link & Phelan 2001).

Bemötandet kan alltså uppfattas som nedvärderande av den stigmatiserade personen även om den icke-avvikande inte menade det som sådant (Goffman 1971:22-23). Enligt den icke-avvikande personen kan bemötandet kanske anses vara bra och inte skilja sig från hur bemötandet ser ut mot andra personer. Däremot kan bemötandet bli överdrivet eftersom det faktiskt finns en ojämlikhet i mötet med den stigmatiserade personen som man vill få bort (Goffman 1971:26). Man kan då bemöta den andre på en högre eller lägre nivå än där denna person egentligen befinner sig eftersom det uppstår en osäkerhet om vilka förväntningar och krav som egentligen kan ställas på den stigmatiserade personen (Goffman 1971:26-27). Den stigmatiserade personen kan då uppleva detta som jobbigt vilket den icke-avvikande känner av. På så sätt finns en medvetenhet om att situationen inte är jämlik som i sin tur påverkar bemötandet ytterligare (ibid.).

4.5 Rollen som stigmatiserad

En person som är stigmatiserad anses kunna spela en roll som icke-avvikande i mötet med andra icke-avvikande personer (Goffman 1971:132-133). Däremot är det viktigt att den stigmatiserade personen inte spelar rollen som icke-avvikande för bra eftersom det då kan uppstå en osäkerhet bland de icke-avvikande personerna om hur den stigmatiserade personen egentligen ska bemötas (ibid.). Detta innebär egentligen inga förändringar i stigmat mot den stigmatiserade personen i fråga utan kan mer förstås som samhällets önskan om att underlätta mötet med de som anses vara stigmatiserade (Goffman 1971:134).

För stigmatiserade personer som umgås med icke-avvikande personer kan det uppstå en svår situation i mötet med andra stigmatiserade personer (Goffman 1971:119). Helt plötsligt befinner sig den stigmatiserade personen mellan två grupper i samhället där det finns olika tillhörigheter till respektive grupp. Personen upplever här en ”identitetsambivalens” (Goffman 1971:119) eftersom tillhörigheten i gruppen som stigmatiserad leder till en känsla av skam i gruppen av icke-avvikande. Däremot är det fortfarande en grupp som personen delar olika egenskaper med och som i sin tur ger en känsla av tillhörighet (ibid.). Den stigmatiserade personen tillhör alltså två olika grupper som på olika sätt delar de egenskaper som personen har. Detta leder till en svårighet för den stigmatiserade personen gällande gruppidentifiering i mötet med personer från båda grupperna (ibid.).

5. Metod

I detta avsnitt kommer vi redogöra för de olika ställningstaganden och överväganden som vi fått göra i vårt arbete med studien. Vi kommer beskriva de olika val vi gjort gällande metod och hur vårt tillvägagångssätt sett ut genom hela arbetet med vår undersökning. Vi kommer även redovisa de etiska övervägandena vi fått göra och hur vår relation till respondenterna ser ut. Vi avslutar avsnittet med en kortare redovisning om hur vår arbetsfördelning sett ut under arbetets gång.

5.1 Val av metod

Vi var intresserade av att mäta och generalisera de attityder som fanns hos ungdomar gällande psykiska besvär. Vi hade från början en förförståelse om vilka attityder som fanns i samhället och ville med hjälp av vår undersökning se om detta stämde eller inte. Detta kallas för ett deduktivt tillvägagångssätt eftersom vi redan på förhand trodde oss veta vilka resultat vi skulle få genom undersökningen (Bryman 2012:26). Denna utgångspunkt gjorde att en kvantitativ studie lämpade sig bra för insamlingen av vår empiri (Bryman 2012:27). Med en kvantitativ studie kunde vi styra ämnet och hålla oss inom det område vi ville undersöka och vi kunde därmed få en generell bild av de attityder vi undersökte (Bryman 2012:168-169, 372). Vi kunde även se skillnader och samband mellan de svar vi fick in och olika bakgrundsvariabler som vi använde oss av (Bryman 2012:155-156, 168).

Eftersom vi ville undersöka attityder i samhället passade en kvantitativ studie bra och vi kunde välja att genomföra antingen strukturerade intervjuer eller en enkätstudie (Bryman 2012: 203, 228). Både strukturella intervjuer och enkäter innebär att respondenterna får svara på frågor med hjälp av redan fastställda svarsalternativ vilket underlättar redovisningen av empirin (Bryman 2012:203, 228). I valet mellan strukturerad intervju och enkät fick vi ta ställning till hur många respondenter vi ville nå ut till samt hur mycket tid vi hade till vårt förfogande. Genom enkäter kunde vi nå ut till fler respondenter vid färre tillfällen än vi skulle gjort om vi använt oss av strukturella intervjuer som då skulle krävt ett personligt möte med varje respondent.

Genom att använda enkäter fick vi alltså tillgång till fler respondenter. När detta var bestämt fick vi ta ställning till hur vi skulle dela ut vår enkät. Vi kunde välja att antingen skicka ut enkäter via posten, så kallade postenkäter, eller att själva dela ut enkäter i en samlad grupp respondenter, så kallade gruppenkäter. (Bryman 2012:227). Postenkäter innebär att enkäten skickas via posten och att respondenterna får fylla i den själva och sedan skicka tillbaka den (Bryman 2012:227). Gruppenkäter innebär i sin tur att enkäten delas ut till ett

antal respondenter vid samma tillfälle och där respondenterna direkt får fylla i den eftersom de samlas in så fort de blivit ifyllda (ibid.). Vi valde att genomföra gruppenkäter eftersom vi då kunde försäkra oss om att det var respondenterna själva som fyllde i enkäten. Detta hade varit svårt att avgöra om vi skickat ut postenkäter eftersom vi då inte kunnat vara helt säkra på att det varit respondenten själv och inte någon annan som fyllt i enkäten (Bryman 2012:230).

5.2 Metodens förtjänster och begränsningar

Det finns både fördelar och nackdelar med de olika metoder som finns att välja på. Fördelarna som finns med att göra en enkätstudie är att det är mindre tidskrävande än strukturerade intervjuer vilket gör att vi kan nå ut till fler respondenter på kortare tid (Bryman 2012:228). Fler respondenter innebär att den insamlade empirin kan ge en mer generell bild av det fenomen som studeras (Bryman 2012:168-169). Genom att använda enkäter istället för strukturerade intervjuer blir det inte någon intervjuareffekt där personen som intervjuar kan påverka hur respondenterna svarar eller ställa frågorna på olika sätt till olika personer (Bryman 2012:229). I en enkät ställs frågorna på samma sätt till alla respondenter som då får ta ställning till samma färdiga svarsalternativ (Bryman 2012:229).

Nackdelarna med enkäter är att det finns en större risk för bortfall än vid strukturerade intervjuer (Bryman 2012:229-231). Bortfall kan bero på en del olika faktorer så som för svåra eller otydligt konstruerade frågor där respondenterna inte har någon möjlighet att få hjälp att förstå dessa otydliga frågor (Bryman 2012:229). Bortfall kan även bero på att antalet frågor är för många och att respondenten därför tröttnar och slutar att svara (Bryman 2012:229-230). En annan nackdel med enkäter är att respondenterna kan se hela enkäten i förväg vilket kan påverka svaren genom att respondenterna inte svarar på frågorna oberoende av varandra utan istället svarar för att ge ett visst helhetsintryck (Bryman 2012:230).

5.3 Reliabilitet och validitet

Validitet syftar till att undersöka om man mätt det man menar att mäta (Bryman 2012:163). För att ett resultat ska ha validitet krävs att man undersöker mätningvaliditeten, den interna validiteten och den externa validiteten (Bryman 2012:50). Mätningvaliditet, eller ”begreppsvaliditet” (Bryman 2012:163) innebär att man är noga med att de begrepp man använder fångar det fenomen man vill undersöka. Intern validitet innebär att man tar ställning till om de samband som resultatet visar kan vara säkerställda eller om det kan finnas ytterligare, kanske okända, faktorer som påverkar de samband som uppstått (Bryman 2012:50). Extern validitet syftar i sin tur på i vilken grad resultatet av undersökningen är generaliserbart på alla i populationen, vilket påverkas av urvalet (Bryman 2012:51).

I vår undersökning blev frågan om mätningens validitet viktig i samband med enkätkonstruktionen eftersom ”psykiska besvär” tydligt skulle definieras och där attitydfrågorna enbart skulle undersöka just detta. I analysen fick vi sedan ta ställning till den interna validiteten då de olika samband vi fick fram inte kunde ses som självklara utan krävde en diskussion utifrån validitet. Då vår undersökning på grund av vårt urval (se nästa avsnitt) inte gav någon möjlighet till generalisering var det inte möjligt att säga att vår studie hade en extern validitet.

Att ta hänsyn till reliabiliteten i en undersökning är att undersöka hur pålitlig ens mätning av fenomenet är (Bryman 2012:49, 161; Trost 2011:61). För att kunna bedöma detta krävs det en diskussion kring resultatets stabilitet och interna reliabilitet. Att undersöka stabiliteten gällande resultatet innebär att man funderar kring hur svaren hos respondenterna skulle teta sig om man utfört samma undersökning två gånger efter varandra (Bryman 2012:160). För att resultatet ska räknas som stabilt krävs det att dessa svar inte skiljer sig allt för mycket från varandra och att man på så sätt får två resultat som är ungefär lika (ibid.). Däremot kan det vara svårt att undersöka stabiliteten av ett resultat eftersom respondenternas svar kan skilja sig åt från den första och den andra mätningen på grund av olika händelser i deras liv (Bryman 2012:161).

I vår undersökning gjorde vi endast en mätning vilket innebär att vi inte kunde ta ställning till hur stabilt resultatet blev. För att få fram vår undersöknings reliabilitet fick vi formulera frågor som lätt kunde förstås av respondenterna för att på så sätt försäkra oss om att svaren vi fick in var pålitliga (Trost 2011:63). Genom att vi under hela studien redogjorde för våra överväganden och tillvägagångssätt är vår studie replikerbar (Bryman 2012:49). Med detta innebär att man kan genomföra en likadan studie vid en annan tidpunkt för att få liknande resultat (ibid.). Skulle resultaten vara samma vid en senare mätning som vid denna skulle det ge vår studie en högre reliabilitet och validitet (ibid.).

5.4 Urval & tillvägagångssätt

Nästa ställningstagande vi fick göra var till vilka respondenter vi skulle dela ut vår enkät. Vi valde av etiska skäl att rikta oss mot ungdomar som går i årskurs tre på gymnasiet då de hade fyllt 18 år och därför själva kunde besluta om de ville delta eller inte. Eftersom det är tidskrävande att göra undersökningen på hela populationen (alla gymnasieelever inom det samhällsvetenskapliga programmet i Helsingborg), gör vi ett urval och lämnar enkäterna till en del av populationen (Bryman 2012:178) Vi valde att ge enkäten till ungdomar som läste det samhällsvetenskapliga programmet på gymnasieskolor i Helsingborg. Utifrån det

samhällsvetenskapliga programmet kunde vi göra en koppling till psykiska besvär som samhällsproblem då det är en linje som diskuterar just samhället och olika samhällsproblem (Skolverket 2011). Det är även ett av de gymnasieprogram där andelen killar och tjejer är mer jämt fördelad inom klasserna (Skolverket 2015) vilket kan underlätta en generalisering av våra resultat på populationen. Däremot påverkar vårt urval möjligheten till generalisering på populationen i stort, något som vi återkommer till i nästa stycke.

5.4.1 Bekvämlighetsurval

För att komma i kontakt med dessa elever valde vi att i första hand försöka komma i kontakt med rektorer på olika skolor. Eftersom det är lättare att få möjlighet att genomföra studien bland elever om man har kontakter på skolor undersökte vi om vi själva hade några sådana kontakter, vilket vi hade. På detta sätt fick vi kontakt med en rektor på en kommunal skola och en lärare på en privat skola. Genom dessa kontakter fick vi tillgång till fyra klasser på den kommunala skolan och två klasser på den privata skolan vilket sammanlagt gav oss 104 respondenter.

Detta urval kallas för ett ”bekvämlighetsurval” (Bryman 2012:194; Trost 2011:31) och innebär att man utan något slumpmässigt urval använder sig av de respondenter som finns tillgängliga (Trost 2011:31). Ett slumpmässigt urval innebär att en generalisering är möjlig då respondenterna utgör en representativ del av hela den grupp man vill undersöka (Bryman 2012:183; Trost 2011:34-35). Ett bekvämlighetsurval går istället under kategorin ”icke-sannolikhetsurval” (Bryman 2012:194) och innebär att de respondenter som ställer upp i undersökningen inte tvunget utgör en representativ del av hela den grupp man vill undersöka. De 104 elever som fyllde i vår enkät utgör 3,5 procent av alla gymnasieelever i Helsingborg (Statiska centralbyrån 2015) vilket innebär att resultatet av undersökningen inte kan ses som representativt för hela populationen.

5.4.2 Enkätkonstruktion

Efter att ha bokat in tider för vår undersökning på de olika skolorna började vi konstruera vår enkät. Vi valde att utgå från vår definition av psykiska besvär (se avsnittet *gradskala*) där vi i enkäten formulerade en ny definition som våra respondenter lätt skulle kunna känna igen och relatera till. De ord och begrepp vi använde oss av i definitionen i enkäten gav på så sätt en bra bild av det vi ville undersöka.

Vi sökte sedan efter tidigare genomförda studier där attitydfrågor använts för att på så sätt få inspiration till utformningen av våra egna frågor (Lundberg 2010; Myndigheten för delaktighet 2014; Taylor och Dear 1981). Då vår definition av psykiska besvär (se avsnittet

gradskala) var annorlunda än den definition som dessa källor använt valde vi att utgå ifrån de påståenden som använts för att sedan omformulera dem så att de passade vår studie. Vi valde att ha med en kortare definition av psykiska besvär på enkäten för att respondenterna skulle veta vilken form av psykisk ohälsa som vi undersökte. Vi valde att skriva ”oro, ångest och depression” eftersom detta var de besvär som vår studie utgick ifrån. Eftersom oro både förekommer inom depression och ångest kunde detta ord göra det lättare för respondenterna att förstå vilka känslor vi kopplade till psykiska besvär.

Vi utgick från en Likertskala som innebär att påståenden konstrueras utifrån olika teman som gör det möjligt att mäta de attityder som finns (Bryman 2012:157). En Likertskala används för att mäta i vilken utsträckning respondenterna håller med i de påståenden som ställs för att på så sätt kunna få en bild av respondentens attityder mot de fenomen som studeras (Bryman 2012:157). När respondenterna ska ta ställning till påståendena får de kryssa i redan fastställda svarsalternativ som ger olika mycket poäng beroende på respondenterna ställningstagande. En högre siffra ges ofta då respondenten håller med i påståendet medan en lägre ges om de inte håller med (ibid.). De svarsalternativ vi använde kom från en ”rangordningsskala” (Trost 2012:19) och innebar svarsalternativen *håller helt med, håller med till viss del, vet inte, håller inte med* och *håller inte alls med*. Eftersom påståendena konstruerats utifrån olika teman adderades svarspoängen ihop under respektive tema vilket gav en slutpoäng som gjorde det möjligt att mäta attityder. Om påståendena var positiva innebar en hög poäng positiva attityder medan höga poäng vid negativa frågor innebär negativa attityder (Bryman 2012:157). De teman som vi delade in påståendena under var *bemötande, relation, kommunikation* och *kunskap*.

Vi hade med två frågor som undersökte om respondenterna hade någon familjemedlem eller vän som led av psykiska besvär. Vi hade även med två öppna frågor som undersökte var respondenterna visste att de kunde vända sig till vid frågor kring psykiska besvär (se *bilaga 2*). Dessa frågor hade vi med eftersom vi ville komma åt den bakgrundsinformation som dessa frågor kunde ge. Vi var medvetna om att dessa frågor gick lite utanför vår huvudinriktning på studien, men vi valde ändå att ha med dem eftersom de kunde ge användbar bakgrundsinformation.

5.4.3 Pilotstudie & verkliga studien

När vårt första utkast av enkäten var klar valde vi att göra en pilotstudie för att se hur enkäten togs emot av respondenterna (Bryman 2012:258). Syftet med en pilotstudie är att undersöka hur studien upplevs av ett antal respondenter som inte ska medverka i den verkliga studien för

att på så sätt kunna göra förbättringar innan den verkliga studien genomförs (ibid.). Vi valde att vända oss till ungdomar i vår närhet som genom att ställa upp kunde ge oss feedback varefter vi kunde förbättra enkäten. Respondenterna hade åsikter om påstående 2, 5, 11 och 13 samt om de svarsalternativ som fanns att välja på. Vi omformulerade påståendena som de tyckte var otydliga och skrev om svarsalternativet *vet inte till ingen åsikt*. Vi ändrade även plats på detta svarsalternativ och placerade det vid sidan av de andra fyra alternativen istället för i mitten som det var från början. Detta gjorde att det blev lättare att förstå och svara på påståendena.

Efter att ha genomfört vår pilotstudie var det dags för den verkliga studien att genomföras. Vi valde att göra ”gruppenkäter” (Bryman 2012:227; Trost 2011:10) istället för att skicka enkäter med posten då gruppenkäter underlättar insamlandet och då vi samtidigt kunde beskriva studien och motivera respondenterna till att fylla i den. Vi delade ut enkäterna till eleverna under lektionstid och gav de tio minuter på sig att fylla i den. Denna tidsbegränsning innebar att respondenterna inte fick möjligheten att sitta och fundera på vilka svar vi kunde tänkas vara ute efter utan det krävdes att de svarade utifrån sina första tankar.

5.4.4 Kodning

För att kunna kvantifiera och mäta vårt material (Bryman 2012:242) tilldelade vi ”kön” och ”ålder” samt påstående 1-19 siffror för respektive svarsalternativ. Eftersom vi använde oss av en Likertskala och därmed mätte hur påståendena i enkäten stämde överrens med respondenternas egna åsikter innebar en högre siffra en högre grad av överensstämmelse mellan påståendet och respondentens attityd (Bryman 2012:157). Därför tilldelades svarsalternativen *håller helt med* och *håller inte alls med* de högsta och de lägsta poängen utifrån om påståendena var positiva eller negativa (ibid.). Vid de positiva påståendena så som ”Jag kan tänka mig att ha en vän som tidigare haft psykiska besvär” tilldelades *håller helt med* en hög poäng medan *håller inte alls med* tilldelades en låg poäng. Tvärtom blev det vid negativa påståenden så som ”Man bör undvika människor som har psykiska besvär” där *håller helt med* tilldelades en låg poäng och *håller inte alls med* tilldelades en hög poäng. Vi skrev sedan in dessa påståenden och poäng i statistikprogrammet SPSS för att kunna sammanställa diagram och tabeller.

Påståendena som vi valde att ha med i vår enkät delade vissa gemensamma egenskaper som gjorde det möjligt att dela in de under olika teman. De teman som vi delade in påståendena under var *bemötande*, *relation*, *kommunikation* och *kunskap*. Under bemötande placerades påstående 1, 2, 3, 5, 6 och 7, under relation placerades påstående 9, 10, 11, 12 och

13, under kommunikation placerades påstående 4, 8 och 15 medan påstående 14, 16, 17, 18 och 19 placerades under temat kunskap (se *bilaga 2* för respektive påstående). Genom att dela in påståendena under olika teman blev det möjligt att få fram de totala attityder som fanns bland respondenterna utifrån respektive tema.

5.5 Hypotes

Utifrån den tidigare forskningen framgick en otydlig bild av skillnader i attityder. Dels fanns det en skillnad i resultaten utifrån om respondenterna hade eller inte hade någon anhörig som lider av psykisk ohälsa där det i vissa fall påverkade attityderna (Addison & Thorpe 2004) medan det i vissa andra fall inte verkade ha någon betydelse (Crisp et al. 2000). Det fanns även en skillnad i attityderna mellan könen då vissa studier visade på att det inte fanns någon könsskillnad (Angermeyer & Dietrich 2006) medan andra visade att det förekom en könsskillnad (Ng & Chan 2000, NHS 2011). Eftersom dessa källor ger en så otydlig bild av vilka skillnader som finns eller inte är detta någon vi ville undersöka bland våra respondenter. Vi ville undersöka om det fanns någon skillnad i attityderna mellan könen och om deras attityder påverkades av att ha någon familjemedlem eller vän som lider av psykiska besvär.

5.6 Forskningsetiska överväganden

Det finns fyra etiska krav (Kalman & Lövgren 2012; Vetenskapsrådet) som vi var tvungna att ta ställning till för att kunna genomföra en forskningsetisk studie. Det första, *informationskravet*, innebar att vi fick informera respondenterna om vad vår studie handlade om, hur vi skulle använda de svar och resultat vi fick, att det hela var anonymt och att ingen förutom vi skulle ha tillgång till råmaterialet (Kalman & Lövgren 2012:13; Vetenskapsrådet). Vi fick även informera om att det var frivilligt att delta i vår studie (ibid.) vilket innebar att vi fick tänka på att inte försöka övertala respondenterna till att delta i undersökningen (Trost 2012:47).

Informationskravet överlappar till viss del med *samtyckeskravet* som innebar att deltagarna skulle få tillräcklig med information om studien för att kunna samtycka till att delta (Kalman & Lövgren 2012:13; Vetenskapsrådet). Denna överlappning kallas för ”informerat samtycke” (Svedmark 2012:104) och innebar att respondenterna fick ta ställning till om de ville vara med och att de själva fick ansvara för om det uppstod besvärliga känslor eller någon annan skada i samband med studien (ibid.).

Det tredje kravet som vi fick ta ställning till var *konfidentialitetskravet* vilket innebar att vi skulle vara noga med hur vi hanterade det empiriska materialet och hur vi presenterade resultatet. (Kalman & Lövgren 2012:14; Vetenskapsrådet). Genom att försäkra

respondenterna om att vi skulle hantera de ifyllda enkäterna på ett säkert sätt ökade chansen för att de skulle vara mer ärliga i sina svar (ibid.). Det fjärde etiska kravet som vi fick ta ställning till var *nyttjandekravet* som innebar att den empiri vi fick in genom enkäterna endast fick användas till vår nuvarande studie och därför inte spridas till någon annan (Kalman & Lövgren 2012:14; Vetenskapsrådet).

5.7 Vår förförståelse och relation till studien

Under vår egen gymnasietid pratade man inte så mycket om psykisk ohälsa överlag och personer som mådde dåligt verkade inte få eller vilja ha någon hjälp på grund av att det ansågs som svagt eller pinsamt. En annan anledning till varför psykisk ohälsa inte diskuterades kan ha varit att det var oklart vad som egentligen menades med psykisk ohälsa. De fördomar vi själva hade var att psykisk ohälsa var något allvarligt som krävde psykiatrisk vård eller att man gick och pratade med en psykolog, inte att det lika gärna kunde vara problem som kunde lösas på vårdcentralen eller med hjälp av mediciner.

Vårt förhållande till respondenterna var inte personligt eftersom vi inte visste vilka som skulle svara på vår enkät. Vi hade inte heller vänner eller släktingar som gick på gymnasiet vilket annars hade kunnat påverka deras svar på vår enkät.

5.8 Arbetsfördelning

Vår arbetsfördelning under uppsatsskrivandet var både uppdelad och gemensam. Från början delade vi upp arbetet så att Dimitrios sökte efter tidigare forskning om depression och stigmatisering medan Emmy sökte efter forskning gällande ångest och attityder. När vi sammanställt den forskning vi tagit del av var för sig träffades vi för att kunna sammanställa detta till en gemensam text. För att underlätta skrev Dimitrios den största delen av metodavsnittet medan Emmy skrev den största delen av teoriavsnittet. Efter att vi skrivit dessa delar träffades vi för att tillsammans diskutera dem och göra tillägg eller förändringar tills att båda två ansåg att delarna såg bra ut. Dimitrios hade även hand om och skrev begreppsdefinitionerna medan Emmy skrev avsnittet om gradskalan. Även efter att ha skrivit dessa delar träffades vi för att tillsammans diskutera dem och göra tillägg eller förbättringar tills de olika delarna ansågs bra av oss båda. Enkät, missivbrev, abstract, förord, problemformulering, resultat, analys och slutdiskussion skrev vi tillsammans från början då vi ansåg att dessa delar inte skulle gå att dela upp på samma sätt som de övriga. Därför var det till uppsatsens fördel att vi skrev dessa delar tillsammans redan från början. Detta sätt att arbeta har fungerat bra för oss båda eftersom vi hela tiden hållit kontakten även när vi suttit

var för sig och skrivit. På så sätt har vi hela tiden kunnat diskutera de olika delarna och samtidigt kunnat hålla en röd tråd genom texterna.

6. Resultat

Nedan kommer vi presentera de resultat vi fick fram genom vår undersökning. Vi kommer börja med en diskussion kring bortfall och dess påverkan på resultaten. Därefter presenteras de resultat vi fick fram med hjälp av olika diagram och tabeller. Efter varje diagram följer en kortare beskrivning av det som presenterats där vi sammanfattar det som är relevant för vår studie. Vi kommer presentera t-test där vi undersöker om det finns några könsskillnader i våra resultat och vi kommer även presentera svaren på de öppna frågorna gällande bakgrundskunskap bland respondenterna. Vi kommer avsluta genom en kortare sammanfattning av det som diagram, tabeller och t-test visat.

6.1 Diskussion

6.1.1 Bortfall och påverkan

Vår undersökning omfattade 104 elever i tredje årskursen inom det samhällsvetenskapliga programmet på gymnasiet. Bland dessa elever hade åtta elever lämnat in helt tomma enkäter eller svarat ”ingen åsikt” på minst åtta av de 19 påståendena vilket innebar ett bortfall. Detta innebar att de resultat vi fick fram utgick från övriga 96 respondenter. Av de 96 eleverna var det sju elever som antingen inte svarat på eller kryssat för två svarsalternativ på något påstående. På grund av detta fick de inte någon totalpoäng under en eller flera av kategorierna *bemötande*, *relation*, *kommunikation* och *kunskap* vilket innebar att de inte fick någon total attitydsumma. Detta innebär att deras svar räknades som bortfall i den totala attitydsumman och i den kategori där de inte fick någon totalsumma. Däremot ingår deras svar under de teman där de fick en totalsumma.

De elever som räknats som bortfall har inte räknats med i tabellerna och diagrammen. Därför har de inte påverkat de olika medelvärdena. Däremot har de elever som svarat ”ingen åsikt” och som då tilldelats noll poäng på vissa påståenden påverkat den totala summan eftersom den blivit lägre. Detta har i sin tur räknats med i tabellerna och diagrammen vilket har inneburit lägre medelvärden för alla respondenter.

6.1.2 T-test

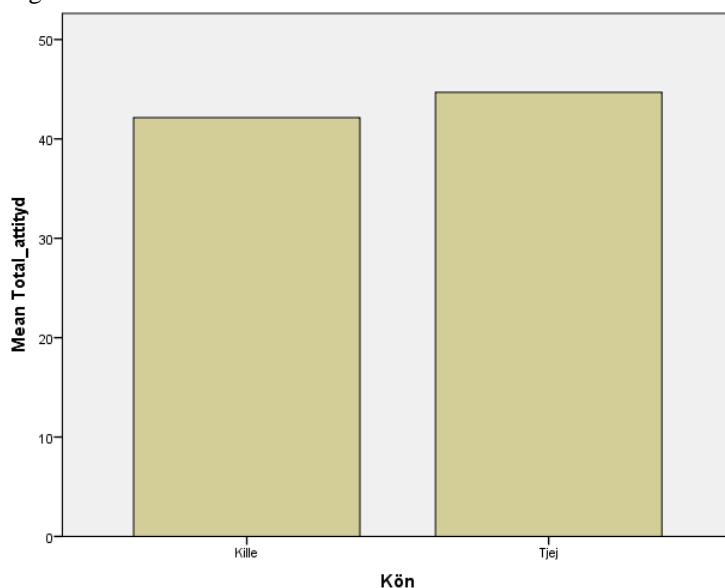
Ett t-test används för att man genom ett slumpmässigt urval kan generalisera resultaten på den population som undersöks (Körner & Wahlgren 1998:122). Eftersom vi använde oss av ett bekvämlighetsurval som inte är ett slumpmässigt urval kan våra resultat inte generaliseras på

hela populationen. Vi är medvetna om detta men anser att det urval vi hade på 96 personer ändå kan användas för att få fram resultat som kan analyseras och diskuteras. Antalet respondenter påverkar undersökningens resultat då fler respondenter ger mer säkerställda resultat (Bryman 2012:191; Körner & Wahlgren 1998:103). Eftersom vi hade 96 respondenter kan vi anta att detta antal gav ett mer säkerställt resultat än det hade gjort om vi haft färre respondenter. Även om antalet respondenter ger ett mer säkerställt resultat kan det inte användas för att ge en generell bild. Däremot kan resultaten användas för att analysera de skillnader och likheter som finns utifrån både t-test och diagram.

6.2 Diagram och tabeller

Diagram 1: Totala attityder - skillnad mellan könen

Diagram 1

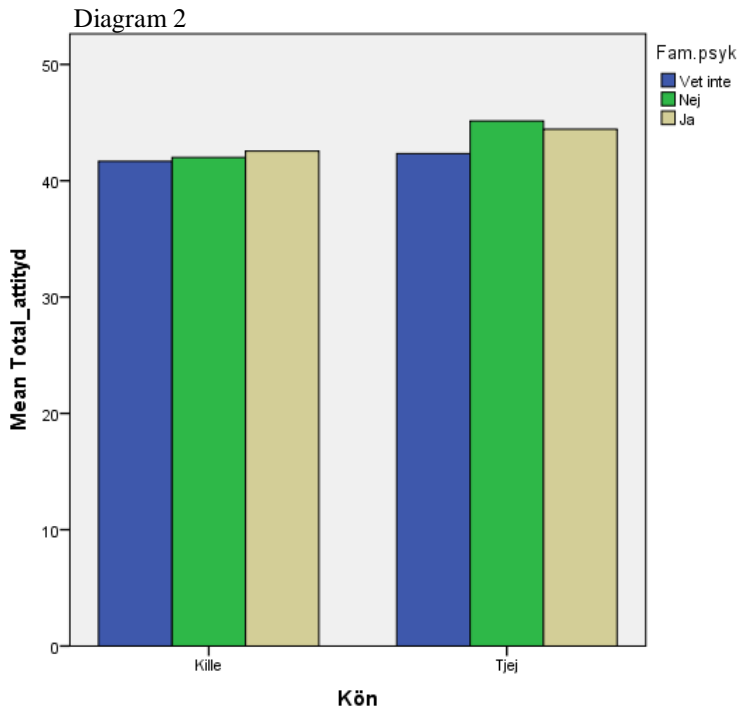


Total_attityd		
Kön	Mean	N
Kille	42,15	34
Tjej	44,69	55
Total	43,72	89

Resultat: Undersökningen angående den totala attityden omfattade 89 elever varav 34 elever var killar och 55 elever var tjejer. Diagrammet visar medelvärdet av den totala attitydpoängen som var 56 poäng där påståendena under temana bemötande, relation & kommunikation ingick. Medelvärdet för killarna var 42,15 medan det för tjejerna var 44,69. Det sammanlagda medelvärdet var 43,72 av totalt 56 poäng för alla respondenter.

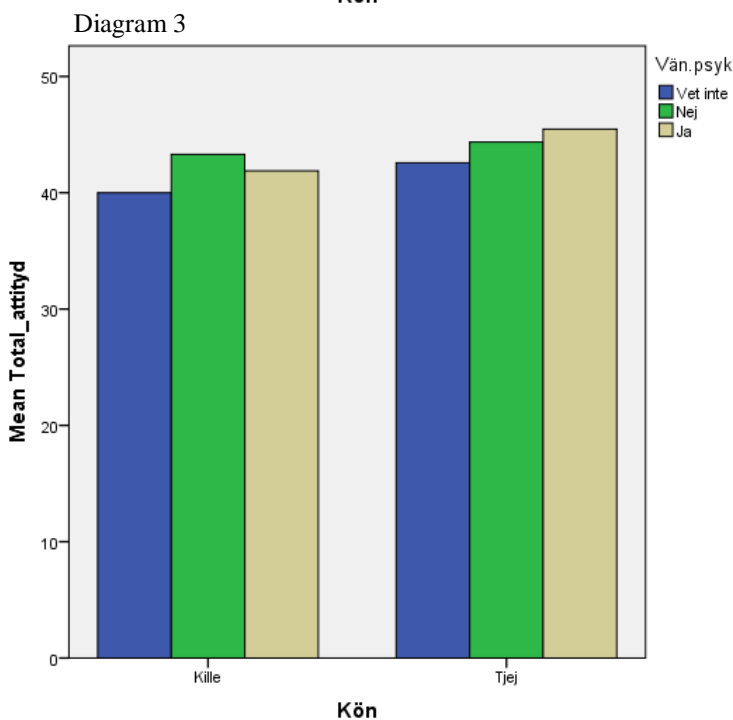
Diagram 2 & 3:

Totala attityder hos personer utifrån om man har någon familjemedlem eller vän som lider av psykiska besvär



Total_attityd

Fam.psyk	Kön	Mean	N
Vet inte	Kille	41,67	3
	Tjej	42,33	3
	Total	42,00	6
Nej	Kille	42,00	20
	Tjej	45,14	29
	Total	43,86	49
Ja	Kille	42,55	11
	Tjej	44,43	23
	Total	43,82	34
Total	Kille	42,15	34
	Tjej	44,69	55
	Total	43,72	89



Total_attityd

Vän.psyk	Kön	Mean	N
Vet inte	Kille	40,00	8
	Tjej	42,57	7
	Total	41,20	15
Nej	Kille	43,29	17
	Tjej	44,35	20
	Total	43,86	37
Ja	Kille	41,89	9
	Tjej	45,46	28
	Total	44,59	37
Total	Kille	42,15	34
	Tjej	44,69	55
	Total	43,72	89

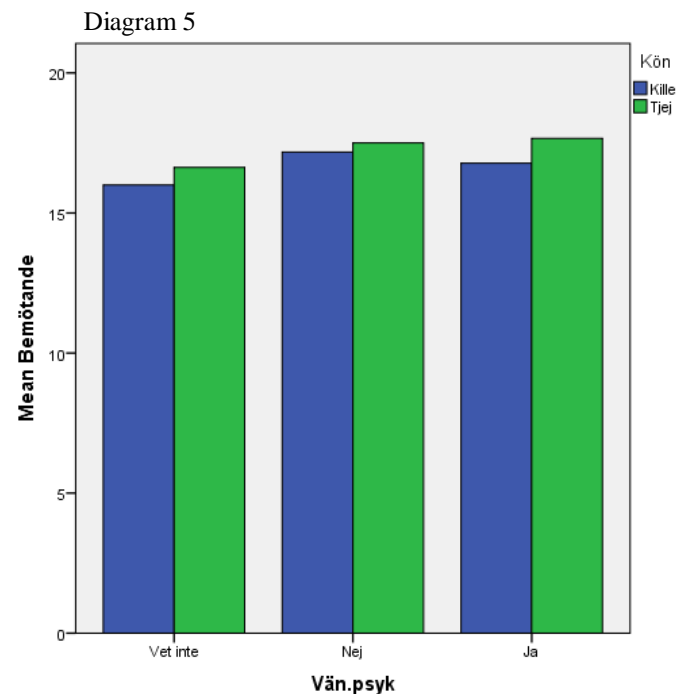
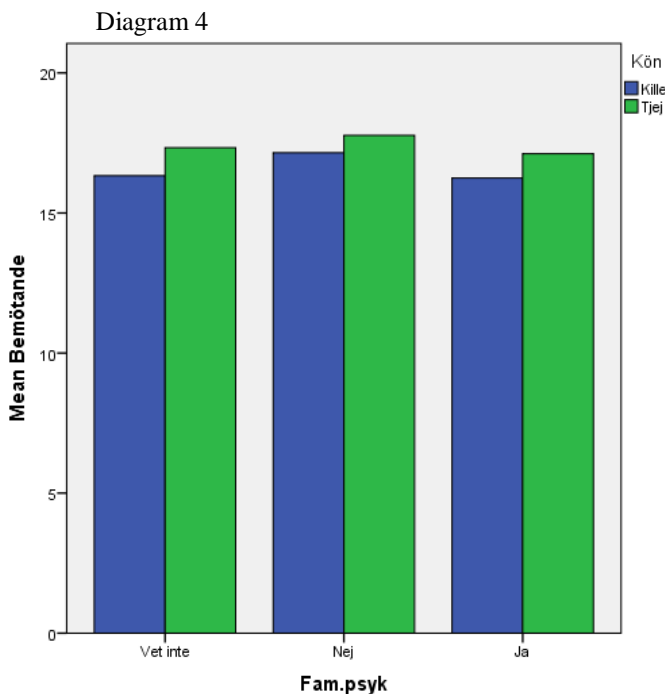
Resultat: Diagram 2 visar att bland de killar som svarade att de inte visste om de hade någon familjemedlem som lider av psykiska besvär låg medelvärdet på 41,67 av de totala attitydpoängen på 56 poäng. Motsvarande siffra för tjejerna är 42,33. Bland de killar som

svarade att de inte hade någon familjemedlem som lider av psykiska besvär var medelvärdet 42 av 56 medan motsvarande siffra för tjejerna var 45,14. Bland de killar som svarade att de hade någon familjemedlem som lider av psykiska besvär var medelvärdet av de totala attitydpoängen 42,55 av 56 medan motsvarande siffra för tjejerna var 44,43.

Diagram 3 visar att bland de killar som svarade att de inte visste om de hade någon vän som lider av psykiska besvär låg medelvärdet på 40 av de totala attitydpoängen på 56 poäng. Motsvarande summa för tjejerna var 42,57. Bland de killar som svarade att de inte hade någon vän som lider av psykiska besvär låg medelvärdet på 43,29 av 56 medan det för tjejer låg på 44,35. Bland de killar som svarade att de hade någon vän som lider av psykiska besvär låg medelvärdet av de totala attitydpoängen på 41,89 av 56 medan motsvarande siffra för tjejerna var 45,46.

Diagram 4 & 5:

Medelvärdet för bemötande utifrån om man har någon familjemedlem eller vän som lider av psykiska besvär



Resultat: Temat ”bemötande” har totalpoäng 24 och diagrammen ovan visar att det inte fanns någon större könsskillnad. Den skillnad som fanns visar att tjejernas medelvärde var lite högre än killarnas oavsett om de hade eller inte hade någon familjemedlem eller vän som lider av psykiska besvär eller om de inte visste om de hade någon som lider av det. Medelvärdet för

alla respondenter låg i intervallet mellan 16 och 18 poäng av de totala 24. (För exakta värden se bilaga 5)

Diagram 6 & 7:

Medelvärdet för kommunikation utifrån om man har någon familjemedlem eller vän som lider av psykiska besvär

Diagram 6

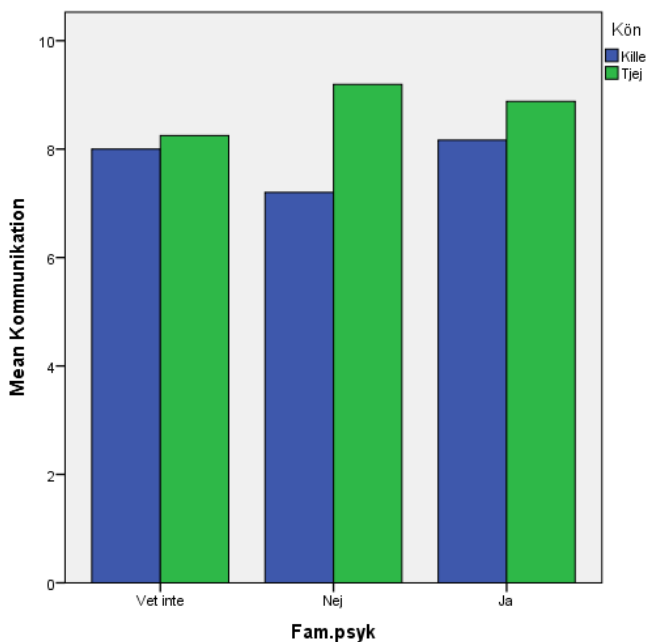
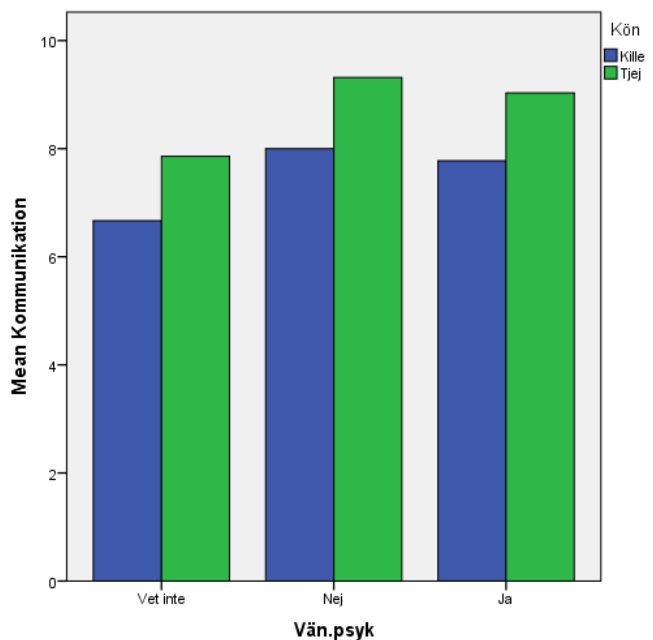


Diagram 7



Resultat: Temat ”kommunikation” har totalpoäng 12 och diagrammen visar att de elever som svarat att de inte visste om de hade någon familjemedlem som lider av psykiska besvär hade ungefär samma medelvärde oavsett kön. Dessa medelvärden låg på 8 av de totala 12. För de övriga svaralternativen hade tjejerna något högre medelvärden än killarna. Killarnas medelvärde låg då i intervallet mellan 7 och 8 poäng av totalpoängen 12 medan tjejernas medelvärde låg i intervallet mellan 9 och 9,5. (För exakta värden se bilaga 5.)

6.3 T-test

Genom en hypotesprövning kommer vi att kunna pröva den hypotes vi hade innan vår undersökning (Körner & Wahlgren 1998:122). För att kunna pröva denna hypotes behöver vi även ha en ”nollhypotes” (Körner & Wahlgren 1998:122) som innebär att det inte finns någon skillnad mellan könen. Vi kommer med hjälp av t-test att kunna förkasta eller acceptera nollhypotesen och därmed se om vår hypotes är statistiskt säkerställd (ibid.). För att vår hypotes ska accepteras måste nollhypotesen förkastas vilket sker om resultaten visar att det finns skillnader mellan könen. Genom att göra ett t-test får man ut ett värde (p-värde) som

visar hur pass statistiskt säkerställt resultatet är (Körner & Wahlgren 1998:127). För att vi ska kunna förkasta nollhypotesen och därmed säga att det finns statistiskt säkerställda skillnader mellan könen krävs att detta p-värde är mindre än 5 procent (Körner & Wahlgren 1998:122).

T-test: total attitydskillnad mellan könen

	Kön	N	Mean	Sig. (p-värde)
Total attityd	Kille	34	42,15	0,010
	Tjej	55	44,69	

Resultat: I denna tabell framgår att p-värdet är 0,01 eller 1 procent. Detta innebär att det finns en statistiskt säkerställd skillnad mellan könen då det gäller de totala attityderna mot personer som lider av psykiska besvär. Då p-värdet är mindre än 5 procent kan nollhypotesen förkastas och vår hypotes accepteras eftersom den innebar att det fanns skillnader mellan könen.

T-test: attitydskillnad mellan könen gällande bemötande

	Kön	N	Mean	Sig. (p-värde)
Bemötande	Kille	35	16,77	0,189
	Tjej	60	17,47	

Resultat: I denna tabell framgår att p-värdet är 0,189 eller 18,9 procent. Detta innebär att det inte finns någon statistiskt säkerställd skillnad mellan könen då det gäller attityder om bemötande gentemot personer som lider av psykiska besvär. Då p-värdet är högre än 5 procent kan nollhypotesen inte förkastas och vår hypotes kan inte accepteras då den innebar att det skulle finnas en skillnad mellan könen.

T-test: attitydskillnad mellan könen gällande relation

	Kön	N	Mean	Sig. (p-värde)
Relation	Kille	34	17,65	0,067
	Tjej	57	18,46	

Resultat: I denna tabell framgår att p-värdet är 0,067 eller 6,7 procent. Det innebär att det inte finns en statistiskt säkerställd skillnad mellan könen då det gäller attityder om relationer med personer som lider av psykiska besvär. Då p-värdet är högre än 5 procent kan nollhypotesen inte förkastas och vår hypotes inte accepteras då den innebar att det skulle finnas en skillnad mellan könen.

T-test: attitydskillnad mellan könen gällande kommunikation

Kön	N	Mean	Sig. (p-värde)
Kommunikation Kille	35	7,60	0,001
Tjej	60	9,00	

Resultat: I denna tabell framgår att p-värdet är 0,001 eller 0,1 procent. Detta innebär att det finns en statistisk säkerställd skillnad mellan könen då det gäller attityder om kommunikation gentemot personer som lider av psykiska besvär. Då p-värdet är lägre än 5 procent kan nollhypotesen förkastas och vår hypotes accepteras eftersom den innebar att det skulle finnas en skillnad mellan könen.

T-test: kunskapskillnad mellan könen

Kön	N	Mean	Sig. (p-värde)
Kunskap Kille	32	10,34	0,938
Tjej	61	10,3	

Resultat: I denna tabell framgår att p-värdet är 0,938 eller 93,8 procent. Detta innebär att det inte finns någon statistiskt säkerställd kunskapskillnad mellan könen. Då p-värdet är högre än 5 procent kan nollhypotesen inte förkastas och vår hypotes kan inte accepteras då den innebar att det skulle finnas en skillnad mellan könen.

6.4 Bakgrundskunskap

Nedan presenterar vi svaren på de öppna frågorna där respondenterna fritt fick svara på av vem eller vilka de hade fått lära sig om psykisk ohälsa utanför skolan samt om var de visste att man kan vända sig för hjälp och stöd om man mår psykiskt dåligt (se *bilaga 2* för frågorna).

Fråga 20**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kön * Internet	10	9,6%	94	90,4%	104	100,0%
Kön * Psykolog1	2	1,9%	102	98,1%	104	100,0%
Kön * Föräldrar	13	12,5%	91	87,5%	104	100,0%
Kön * Vänner1	15	14,4%	89	85,6%	104	100,0%
Kön * Syskon	3	2,9%	101	97,1%	104	100,0%
Kön * Media	8	7,7%	96	92,3%	104	100,0%
Kön * Familj1	18	17,3%	86	82,7%	104	100,0%
Kön * Egna_erfaren	5	4,8%	99	95,2%	104	100,0%
Kön * Läkare1	3	2,9%	101	97,1%	104	100,0%
Kön * Bris1	1	1,0%	103	99,0%	104	100,0%
Kön * Socialtjänst	1	1,0%	103	99,0%	104	100,0%

Resultat: Ovanstående tabell visar att eleverna hade lärt sig om psykisk ohälsa från olika håll. De mest framträdande var att respondenterna lärt sig från föräldrar, familj och vänner. Därefter var de vanligaste svaren internet och media. De minst vanliga svaren var olika professioner så som psykolog, läkare och socialtjänst.

Fråga 21**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kön * Vårdcentral	4	3,8%	100	96,2%	104	100,0%
Kön * Ungdomsmott	14	13,5%	90	86,5%	104	100,0%
Kön * Kurator	22	21,2%	82	78,8%	104	100,0%
Kön * Psykolog	43	41,3%	61	58,7%	104	100,0%
Kön * Vänner	19	18,3%	85	81,7%	104	100,0%
Kön * Familj	15	14,4%	89	85,6%	104	100,0%
Kön * Google	3	2,9%	101	97,1%	104	100,0%
Kön * BUP	16	15,4%	88	84,6%	104	100,0%
Kön * Bris	4	3,8%	100	96,2%	104	100,0%
Kön * Husdjur	1	1,0%	103	99,0%	104	100,0%
Kön * Läkare	8	7,7%	96	92,3%	104	100,0%
Kön * Skolpersonal	6	5,8%	98	94,2%	104	100,0%
Kön * Sjukhus	17	16,3%	87	83,7%	104	100,0%
Kön * Kvinnojour	2	1,9%	102	98,1%	104	100,0%
Kön * Socialstyrelse	1	1,0%	103	99,0%	104	100,0%
Kön * Ungd_förening	1	1,0%	103	99,0%	104	100,0%
Kön * Socialtjänsten	4	3,8%	100	96,2%	104	100,0%
Kön * Vuxenpsyk	3	2,9%	101	97,1%	104	100,0%
Kön * BlåKamelen	2	1,9%	102	98,1%	104	100,0%
Kön * Behandlingshem	1	1,0%	103	99,0%	104	100,0%

Resultat: Ovanstående tabell visar vad respondenterna svarade på var man kan vända sig om man mår psykisk dåligt. Det vanligaste svaret var psykolog följt av kurator. Därefter var de vanligaste svaren vänner, sjukhus, barn- och ungdomspsykiatri (BUP), familj och ungdomsmottagning. De mindre vanliga svaren var läkare, skolpersonal, socialtjänst, BRIS och vårdcentral.

6.5 Sammanfattning resultat

Det som generellt framgick av de olika diagrammen och tabellerna ovan var att attityderna bland respondenterna var positiva eftersom de olika medelvärdena låg nära respektive totalpoäng. Det framgick även att det fanns en viss skillnad mellan könen då det gäller attityder gentemot personer som lider av psykiska besvär. Medelvärdet gällande den totala attityden (bemötande, relation och kommunikation) bland eleverna låg på ungefär samma poäng oavsett om de hade eller inte hade någon familjemedlem eller vän som lider av psykiska besvär. Även om de inte visste om de kände någon som lider av psykiska besvär var medelvärdet ungefär samma som om de kände någon eller inte. Detta visar att attityderna bland respondenterna var positiva oavsett om de hade, inte hade eller inte visste om de hade någon familjemedlem eller vän som lider av psykiska besvär.

Oavsett om vi mätte den totala attitydsumman eller om vi mätte bemötande eller kommunikation varierade inte medelvärdena för respektive kön så mycket. Oavsett om eleverna svarade att de hade någon familjemedlem eller vän som lider av psykiska besvär eller om de svarade att de inte hade det, låg medelvärdena på ungefär samma poäng. I diagrammen som visar medelvärdet för kommunikation kan det se ut som att det finns en större skillnad mellan könen. Då totalsumman för kommunikation endast låg på 12 poäng är den största skillnaden två poäng och därför kan detta diagram framstå som missvisande. Även här visar medelvärdena att attityderna bland respondenterna var positiva.

Genom t-testen framgick att det fanns en statistiskt säkerställd skillnad mellan killar och tjejer gällande den totala attitydsumman som innefattar bemötande, relation och kommunikation. Eftersom den totala attitydsumman innefattar dessa tre teman påverkas värdet i t-testet av den totala attitydsumman av de p-värde som respektive tema fick. Därför framstod det som en säkerställd skillnad mellan könen gällande den totala attityden. Det saknades däremot en statistisk säkerställd skillnad då det gällde kunskap, attityder om bemötande och attityder om relationer. Det framgick att det fanns statistiskt säkerställda skillnader mellan killar och tjejer gällande kommunikationen med personer med psykiska besvär där tjejer hade högre medelvärdet än killar. P-värdet för attityder om relationer (6,7 procent) låg precis över gränsen för att betraktas som en signifikant skillnad (<5 procent). Då detta värde låg så nära gränsen kan det förstås som att det finns en viss skillnad som kanske hade blivit mer framträdande om vi hade haft fler respondenter.

Av svaren på de öppna frågorna framgick att det vanligaste sättet som respondenterna fått lära sig om psykisk ohälsa utanför skolan var genom familj och vänner. Vid frågan om var man kan vända sig om man behöver hjälp eller stöd var psykolog det vanligaste svaret följt av

kurator medan de mindre vanliga svaren var vårdcentral och socialtjänst. Av t-testet angående kunskap framgick att medelvärdet bland alla respondenter låg lite över 10 poäng av de totala 20. Denna låga poäng visar på en viss okunskap bland respondenterna.

7. Analys

I detta avsnitt kommer vi analysera de resultat vi fick fram och diskutera dessa med hjälp av den teori vi valde genom att använda oss av olika begrepp som tillhörde den. Som vi skrivit om tidigare kommer vi använda oss av teorier kring stigmatisering då dessa teorier kan hjälpa oss att förstå de attityder som fanns. De resonemang som vi för nedan kommer utgå från de begrepp och teorier som Goffman (1971) och Link & Phelan (2001) definierat i sin forskning. De begrepp vi kommer använda oss av är *social identitet*, *social information*, *stigmasymboler*, *diskriminering* och *jämlikhet*. Vi kommer även att använda oss av den tidigare forskning som vi har under kunskapsläget för att göra jämförelser.

Vi kommer först analysera de olika påståendena under respektive teoribegrepp för att sedan knyta samman dessa resonemang utifrån temana *bemötande*, *relation*, *kommunikation* och *kunskap*.

7.1 Social identitet

En persons sociala identitet är, som vi tidigare skrivit (se avsnittet *teori*), de egenskaper som en person tilldelas för att kunna placeras i en kategori (Goffman 1971:10). Den sociala identiteten kan delas in i en virtuell och en faktisk identitet som inte alltid överensstämmer med varandra (*ibid.*). Att dessa två inte överensstämmer innebär att det första intryck som personen gav inte speglar hur personen faktiskt är (*ibid.*). I vår undersökning fick respondenterna svara på frågor om de skulle kunna fortsätta en relation med en person som drabbades av psykiska besvär. Överlag var respondenterna positiva till detta vilket kan förstås som att det inte påverkade deras relation om den virtuella och den faktiska identiteten inte stämde överens. Vissa respondenter svarade att de inte skulle kunna tänka sig att fortsätta relationen med en person som drabbades av psykiska besvär. Detta kan förstås som att skillnaderna mellan den virtuella och den faktiska identiteten innebär att de kategoriserar personen som avvikande.

Respondenterna fick även svara på om de skulle reagera på olika sätt beroende på om en kille eller en tjej berättade för dem att de drabbats av psykiska besvär. I detta fall blir den virtuella identiteten ”kille” eller ”tjej” med olika egenskaper som tillhör respektive kategori. Genom den faktiska identiteten tilldelas personerna andra egenskaper som gör att de ses som

en kille eller en tjej som lider av psykiska besvär. Forskning visar att det är mer accepterat för tjejer än killar att må dåligt (van Zalk et al. 2011) vilket innebär att den faktiska identiteten skiljer sig mer från den virtuella bland killar än bland tjejer. Detta kan i sin tur innebära att killar blir bemötta på ett annorlunda sätt än tjejer om de visar upp egenskaper kopplade till psykiska besvär. En majoritet av respondenterna svarade att de skulle reagera på samma sätt oavsett om det var killar eller tjejer som berättade att de drabbats av psykiska besvär, vilket kan förstås som att det inte påverkar synen på personen om den virtuella och den faktiska identiteten inte överensstämmer. Att vissa respondenter svarade att de skulle reagera olika kan i sin tur förstås som att skillnaden mellan den virtuella och den faktiska identiteten påverkar bemötandet gentemot personen på ett negativt sätt.

7.2 Social information

Personer kategoriseras genom den sociala information de ger till andra människor (Goffman 1971:52). Social information är olika kroppsliga uttryck som personen visar där negativa uttryck, så kallade stigmasymboler, kan leda till ett negativt bemötande från samhällets sida (Goffman 1971:53). Respondenterna fick i vår undersökning svara på om de ansåg att personer som lider av psykiska besvär blir bra bemötta i samhället. De fick även svara på frågan om personer med psykiska besvär blir bra bemötta i samhället om de är öppna med sina besvär. Hälften av respondenterna ansåg att dessa personer blir bra bemötta i samhället om de är öppna med det. Detta kan förstås som att stigmasymboler är accepterade eller vanligt förekommande i samhället och därmed inte innebär att personen ses som avvikande. Det kan även förstås som att personerna som bär dessa symboler har lärt sig hur de döljer de på bästa sätt för att inte riskera att bemötas på ett negativt sätt. Det kan även innebära att dessa symboler bland personer som lider av depression eller ångest är otydliga. Uttrycken bland personer som lider av ångest kan exempelvis vara att inte hålla ögonkontakt eller att svettas mycket. Dessa uttryck kan även uppvisas av personer som inte lider av ångest vilket inte per automatik innebär att de är avvikande (Thomas et al. 2012).

En majoritet av respondenterna ansåg att personer som lider av psykiska besvär inte blir bra bemötta i samhället medan endast en tredjedel av respondenterna ansåg att de inte blir bra bemötta om de är öppna med sina besvär. Detta kan förstås som att stigmasymbolerna inte är accepterade utan används för att kategorisera personerna som avvikande. I en studie av Blöte et al. (2010) framgick att elever som var öppna med hur nervösa de var inför en redovisningssituation blev bättre bemötta än de elever som visade samma nervositet men utan att berätta det. Detta kan förstås som att ju mer öppen en person är om sina besvär, desto

bättre blir bemötandet. Detta kan även gälla för personer som lider av psykiska besvär då resultatet av vår undersökning visar att personer med psykiska besvär ansågs bli bättre bemötta i samhället om de var öppna med sina besvär än om de inte var det. Att en öppenhet om sina besvär kan leda till bättre bemötande från andra kan tolkas som att stigmasymbolerna blir mer accepterade när omgivningen får en förklaring till personens beteende. Att vara öppen med sina besvär och därmed få sina stigmasymboler accepterade kan leda till att stigmatiseringen minskar (Larsson & Sandlund 2013).

Respondenterna fick även svara på om de själva tyckte det varit pinsamt att umgås bland andra med en vän som lider av psykiska besvär. En majoritet av respondenterna svarade att de inte tyckte att det skulle vara pinsamt. Även detta kan förstås som att stigmasymboler är mer accepterade och att respondenterna därför inte tycker det är pinsamt att umgås bland andra. Det kan även bero på att personen har lärt sig dölja symbolerna och att det därför inte är pinsamt att umgås med honom eller henne eftersom omgivningen inte kommer upptäcka personens besvär. Attityderna bland de respondenter som svarade att de skulle tycka det var pinsamt tyder på att stigmasymbolerna inte är accepterade och att känslan av pinsamhet kan böttna i en oro för att själva bli negativt bedömda om de umgicks med en person med psykiska besvär.

7.3 Diskriminering

Diskriminering kan ske både på en individuell nivå och på en strukturell nivå utifrån olika attityder och normer i samhället (Link & Phelan 2001). Diskriminering behöver inte alltid ske på båda nivåerna samtidigt utan en stigmatiserad person kan bli diskriminerad av samhället i stort även om vissa individer inte delar samhällets uppfattning (ibid.). Respondenterna fick svara på frågor om människor i samhället hade en tolerant inställning mot personer som lider av psykiska besvär men även om hur de själva ställde sig till att ha en relation eller vara vän med en person som har dessa besvär. Respondenterna fick även svara på om de ansåg att personer med psykiska besvär borde undvikas. Majoriteten svarade att människor i samhället hade en tolerant inställning och att de själva kunde tänka sig att ha en relation eller bli vän med en person som lider av psykiska besvär. Majoriteten ansåg även att man inte borde undvika personer med dessa besvär, något som även framkom i en studie gjord av Reavley & Jorm (2011). Detta är ett exempel på att det bland majoriteten av respondenterna varken förekommer en strukturell eller en individuell diskriminering eftersom både samhället och individerna i sig bemöter personer med psykiska besvär på ett positivt sätt.

En fjärdedel av respondenterna svarade att personer med psykiska besvär inte blev bemötta på ett bra sätt i samhället vilket visar att det kan förekomma strukturell diskriminering. Strukturell diskriminering sker utifrån förgivettagna normer i samhället vilket innebär att det kan påverka hur den enskilde beter sig mot dessa personer. Att vissa respondenter svarade negativt på frågorna om det egna och samhällets bemötande kan förstås som att deras eget bemötande speglar de normer och värderingar som finns i samhället. I dessa fall förekommer både strukturell och individuell diskriminering.

7.4 Jämlikhet

Mötet mellan en person som lider av psykiska besvär och en person som inte lider av dessa besvär kan det uppstå en känsla av ojämlikhet även om personerna försöker mötas på lika villkor (Goffman 1971:21-22). Den oro som kan uppstå i dessa situationer kan bero på en osäkerhet kring vilka förväntningar personerna har gällande beteende och bemötande (ibid.). I vår undersökning fick respondenterna svara på om de kände sig bekväma med hur de skulle prata med en person som lider av psykiska besvär och om de ville att denna person skulle vända sig till dem för att få stöd. Hälften av respondenterna svarade att de var bekväma med att prata med en person som lider av dessa besvär och majoriteten svarade att de kunde tänka sig att finnas där för en vän som stöd.

Att de ville finnas där som stöd kan förstås som att det finns en önskan om att bemöta den andra på ett bra sätt genom ett jämlikt möte. Det kan även förstås som att vänskapen mellan personerna gör det lättare att finnas där för varandra (Goffman 1971:60-61) eftersom vänskapen kan övervinna hindren som besvären kan innebära (Larsson & Sandlund 2013). Att hälften av respondenterna svarade att de kände sig bekväma med att prata med personer som lider av psykiska besvär kan förstås som att de försöker möta dessa personer på en mer jämlik nivå och att de inte känner en osäkerhet angående bemötande och beteende. Det kan även förstås som att dessa respondenter haft erfarenhet av psykiska besvär genom en familjemedlem eller vän som lidit av det. Studier visar att det i vissa fall kan ha en positiv inverkan på bemötandet genom att ha egna erfarenheter av psykisk sjukdom bland anhöriga (Addison & Thorpe 2004; Angermeyer & Dietrich 2006). Däremot så visade vår studie att attityderna överlag var positiva även om respondenterna inte kände någon som led av psykiska besvär. Detta kan förstås som en vilja att möta personerna med psykiska besvär på lika villkor (Goffman 1971:21-22).

Svaren bland den andra halvan av respondenter som inte kände sig bekväma med att prata med personen som lider av psykiska besvär kan bero på den okunskap som finns

(Ohlsson 2009:171, 189). Det kan även bero på vilka förväntningar som finns inför mötet. Det kan finnas en osäkerhet kring hur man ska bete sig mot den andre eftersom den problematik som finns inte är något man har gemensamt (Goffman 1971:26). Osäkerheten kring hur man ska bete sig mot den andre kan även förklara varför vissa respondenter inte ville att deras vän skulle vända sig till dem för stöd om de drabbades av psykiska besvär.

7.5 Bemötande, relation, kommunikation & kunskap

Det fanns både en skillnad i attityder gällande den totala attityden och gällande temat kommunikation, där tjejerna hade högre attitydpoäng än killarna. Detta kan förstås som att tjejerna lättare kunde acceptera stigmasymbolerna som personerna med psykiska besvär uppvisar (Goffman 1971:53). I mötet med en person med psykiska besvär kan de förväntningar som finns inför mötet påverka i vilken utsträckning mötet sker på en jämlik nivå (Goffman 1971:26, 53). Förväntningarna kan se annorlunda ut beroende på om det är en kille eller en tjej som mår psykiskt dåligt, och attitydpoängen i vår undersökning visar att tjejer i större utsträckning än killar kan och vill möta personer med psykiska besvär oavsett kön på en jämlik nivå i ett jämlikt möte. Det är även mer accepterat bland tjejer att visa och prata om sina känslor än vad det är bland killar, samtidigt som det också är mer accepterat för tjejer än för killar att må psykiskt dåligt (Rickwood et al. 2005; van Zalk et al 2011). Detta kan förklara de mer positiva attityder som tjejer har gentemot personer med psykiska besvär.

Då det gäller attityderna kopplade till relation och bemötande framgick det att det inte fanns några större skillnader mellan könen. Detta kan förstås som att det inte påverkar attityderna om relationen till eller bemötande gentemot personer med psykiska besvär, om den virtuella och den faktiska identiteten hos en person med psykiska besvär inte överensstämmer (Goffman 1971:10). Det kan även förstås som att respondenterna ansåg att de kunde möta dessa personer på en jämlik nivå (Goffman 1971:26).

De respondenter vars poäng visade på negativa attityder kan till skillnad från de som svarade positivt ha svårt med att mötas i ett jämlikt möte och att acceptera stigmasymboler (Goffman 1971:26, 53). Deras attityder kan även påverkas negativt av att den virtuella och den faktiska identiteten inte stämmer överens med varandra (Goffman 1971:10).

8. Slutdiskussion

I detta avsnitt kommer vi besvara våra frågeställningar och presentera de slutsatser vi kommit fram till. Vi kommer även diskutera vilka nya frågor och tankar som uppkommit under studiens gång. Vi kommer avsluta med en diskussion kring vikten för socialt arbete.

Som det framgår i vår problemformulering kan det förekomma negativa attityder i samhället som leder till en stigmatisering av personer som lider av psykisk ohälsa. Syftet med vår studie var att undersöka attityder bland gymnasieelever i Helsingborg och analysera våra resultat med hjälp av stigmatiseringsteori. Vi ville undersöka hur dessa attityder såg ut och om det fanns skillnader i dessa utifrån kön eller utifrån egna erfarenheter av att ha en familjemedlem eller vän med psykiska besvär.

Slutsatserna vi drog av vår undersökning var att det främst förekom positiva attityder bland våra respondenter gentemot personer med psykiska besvär och att dessa attityder till viss del påverkades av vilket kön man tillhörde. Attityderna påverkades däremot inte av om man hade haft någon familjemedlem eller vän som lider av dessa besvär. Detta kan förstås som att psykisk ohälsa är mer accepterat i samhället då det enligt olika rapporter drabbar allt fler (Socialstyrelsen 2013). De resultat vi fick kunde även bero på den form av psykisk ohälsa som vi undersökte. Ångest och depression kanske inte uppfattades som psykiska besvär i samma utsträckning som exempelvis schizofreni hade kunnat göra vilket hade kunnat påverka attityderna bland respondenterna. Däremot kunde vi inte göra några generaliseringar då vårt urval inte var representativt för alla gymnasieelever inom det samhällsvetenskapliga programmet i Helsingborg.

Vi valde att undersöka om eleverna visste var de skulle vända sig om de mådde psykiskt dåligt. Detta gjorde vi eftersom tidigare forskning visat på att det fanns en okunskap kring psykisk ohälsa som ledde till stigmatisering vilket i sin tur påverkade hjälpsökandet bland unga på ett negativt sätt (Addison & Thorpe 2004; Reavley & Jorm 2011; Vanheusden et al. 2008). Även vår undersökning visade att det fanns en viss okunskap bland eleverna vilket kan ha påverkat attityderna negativt. Därför är det viktigt att skolpersonal och kuratorer aktivt arbetar för att öka kunskapen bland eleverna. Genom ökad kunskap kan attityder förbättras och stigmatisering minskas. Eftersom negativa attityder bland unga kan påverka hjälpsökandet riskerar de ungdomar som inte söker hjälp att må ännu värre längre fram i livet. Detta kan då innebära att de blir i behov av olika samhällsinsatser från exempelvis socialtjänst för att klara sin vardag (Socialstyrelsen 2013).

En tanke som uppstått i samband med undersökningen är i vilken utsträckning som en attitydundersökning speglar verkligheten. Genom att ta ställning till olika påståenden och behöva kryssa i svarsalternativ kan svaren vinklas. Ett exempel är påståendet om att man tycker att personer med psykiska besvär bör undvikas. Att hålla med i påståendet kan visa på en okänslighet som man inte vill att andra ska koppla till en själv. Därför är det kanske mer troligt att man svarar att man inte håller med för att ge ett bättre intryck. Detta är enbart

spekulationer och i studien fick vi utgå från att de svar vi fick in stämde överens med hur respondenten verkligen tyckte.

Källförteckning

Addison, S. J. & S. J. Thorpe (2004). Factors involved in the formation of attitudes towards those who are mentally ill. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*. 39: 228-234.

Angermeyer, Matthias C. & Sandra Dietrich (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 113: 163-179.

APA - American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington, Va

Blöte, Anke W., Caroline L. Bokhorst, Anne C. Miers & Michiel Westenberg (2012). Why Are Socially Anxious Adolescents Rejected by Peers? The Role of Subject-Group Similarity Characteristics. *Journal of Research on Adolescence*. 22: 123-134.

Blöte, Anke W., Jorieke Duvekot, Rozemarijn D.F. Schalk, Eveline M. Tuinenburg & Michiel Westenberg (2010). Nervousness and Performance Characteristics as Predictors of Peer Behavior Towards Socially Anxious Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 39: 1498-1507.

Bryman, Alan (2012). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Crisp, Arthur H., Michael G. Gelder, Susannah Rix, Howard I. Meltzer & Olwen J. Rowlands (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*. 177: 4-7.

Eastabrook, Jennifer M., Jessica J. Flynn & Tom Hollenstein (2014). Internalizing Symptoms in Female Adolescents: Associations with Emotional Awareness and Emotion Regulation. *Journal of Child and Family Studies*. 23: 487-496.

Goffman, Erving (1971) *Stigma – Den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Norstedts förlag.

Gustafsson, Ida (2014). Stor ökning av långtidssjuka. *Aftonbladet*, 11 september.
<http://www.aftonbladet.se/nyheter/article19514372.ab>

Hagquist, Curt (2011). Ökar den psykiska ohälsan bland ungdomar i Sverige?
Socialmedicinisk tidskrift. 88, (6): 474-485.

Kalman, Hildur & Veronica Lövgren (2012). Etik i forskning och etiska dilemman – en introduktion. I: Hildur Kalman & Veronica Lövgren (red.) (2012). *Etiska dilemman*. Malmö: Gleerups, ss.7-20.

Körner, Svante & Lars Wahlgren (1998) *Statistiska metoder*. Lund: Studentlitteratur AB.

Larsson, Johannes & Mikael Sandlund (2013) Stigma vid psykisk sjukdom – vad betyder svaren på attitydfrågor?. *Socialmedicinisk tidskrift*. 90 (2): 292-302

Lindman, Maria (2015). De vill tala om psykisk ohälsa. *Helsingborgs dagblad*, 2 maj.
<http://www.hd.se/familj/2015/05/02/de-vill-tala-om-psykisk-ohalsa/>

Link, Bruce G & Jo. C Phelan (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 27: 363-385.

Lundberg, Bertil (2010) *Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom*
[<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOid=1712741&fileOid=17156>
59. Hämtat: 2015-04-02]

Mucf - Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2015) *När livet känns fel – Ungas upplevelser kring psykisk ohälsa*
[http://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/nar-livet-kanns-fel_0.pdf.
Hämtat: 2015-05-01]

Myndigheten för delaktighet (2014). *Hjärnkoll – psykiska olikheter lika rättigheter*
[<http://mfd.se/globalassets/dokument/publikationer/2014/2014-11-hjarnkoll-psykiska-olikheter.pdf>. Hämtat: 2015-03-25]

Ng, Petrus & Kai-Fong Chan (2000). Sex differences in opinion towards mental illness of secondary school students in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*. 46 (2): 79-88

Ohlsson, Robert (2009). *Representationer av psykisk ohälsa: egna erfarenheter och dialogiskt meningsskapande i fokusgruppsamtal*. Diss. Stockholm: Stockholms universitet

Psykologiguiden (2015). Sveriges Psykologförbund

[<http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?ID=1>. Hämtat: 2015-05-15]

Reavley, Nicola J. & Anthony F. Jorm (2011). Young people's stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: findings from an Australian national survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 45: 1033-1039.

Rickwood, Debra J, Frank P. Deane, Coralie J. Wilson (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems?. *The Medical Journal of Australia* 187 (7): 35-39

Rickwood, Debra J, Frank P. Deane, Coralie J. Wilson, Joseph V. Ciarrochi (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*. 4 (3): 1-34

Skolverket (2011) Samhällsvetenskapsprogrammet [<http://www.skolverket.se/laroplaner-amnen-och-kurser/gymnasieutbildning/gymnasieskola/sok-amnen-kurser-och-program/program.htm?lang=sv&programCode=sa001>. Hämtat: 2015-04-22]

Skolverket (2015) Skolor och elever i gymnasieskolan läsar 2014/15

[<http://www.skolverket.se/statistik-och-utvardering/statistik-i-tabeller/gymnasieskola/skolor-och-elever/skolor-och-elever-i-gymnasieskolan-lasar-2014-15-1.227337>. Hämtat: 2015-04-22]

Socialstyrelsen (2013) *Psykisk ohälsa bland unga – Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*.

[<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf>,
Hämtat: 2015-05-06]

SOU 2006:77. *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa – Analyser och förslag till åtgärder*.
Slutbetänkande av Utredningen om ungdomars psykiska hälsa.

Statistiska centralbyrån (2009). Utbildning, jobb och pengar – Utsatta grupper och deras villkor [http://www.scb.se/statistik/_publikationer/HE0108_2007A01_BR_A40BR0903.pdf.
Hämtat 2015-03-10]

Statistiska centralbyrån (2015). Folkmängden efter region, civilstånd, ålder och kön. År 1968-2014

[http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101A/BefolkningNy/?rxid=62f1d1bf-07a3-439d-9ff5-7056fc666fed. Hämtat: 2015-04-22]

Svedmark, Eva I. (2012) Att skydda individen från skada – en forskningsetisk balansakt. I: Hildur Kalman & Veronica Lövgren (red). (2012) *Etiska dilemman*. Malmö: Gleerups.

Taylor, Martin & Michael Dear (1981). Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. *Schizophrenia Bulletin*. Vol 7 (2): 225-240

Thomas, Sarah A., Samantha E. Daruwala, Katherine A. Goepel & Andres De Los Reyes (2012). Using the Subtle Avoidance Frequency Examination in Adolescent Social Anxiety Assessments. *Child and Youth Care Forum*. 41: 547-559.

Trost, Jan (2007). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

TT (2014). Sjukskrivningar blir fler och längre. *Helsingborgs dagblad*, 5 november.
<http://www.hd.se/nyheter/sverige/2014/11/05/sjukskrivningar-blir-fler-och-langre/>

Van Zalk, Nejra, Maarten Van Zalk, Margaret Kerr & Håkan Stattin (2011). Social Anxiety as a Basis for Friendship Selection and Socialization in Adolescents' Social Networks. *Journal of personality*. 79: 499-526.

Vanheusden, Kathleen, Cornelis L Mulder, Jan van der Ende, Frank J. van Lenthe, Johan P. Mackenbach & Frank C. Verhulst (2008). Young adults face major barriers seeking help from mental health services. *Patient Education and Counselling*. 73: 97-104.

Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. [<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>. Hämtat: 2015-03-19]

Werner Maria (2015). Duo vill få unga att tala om psykisk ohälsa. *Helsingborgs dagblad*, 27 april. <http://www.hd.se/mer/inpa-livet/2015/04/27/duo-vill-fa-unga-att-tala-om-psykisk-ohalsa/>

WHO - World Health Organization (2010). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders – Clinical descriptions and diagnostic guidelines. [<http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>. Hämtat:2015-04-28]

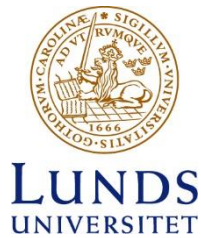
Y-Garcia, Erik Fernandez, Paul Duberstein, Debora A. Paterniti, Camille S. Cipri, Richard L. Kravitz & Ronald M. Epstein (2012) Feeling labeled, judged, lectured, and rejected by family and friends over depression: Cautionary results for primary care clinicians from a multi-centered, qualitative study. *BMC Family Practice*. 13: 64-73

Yamaguchi, Sosei, Yoshio Mino, Shahir Uddin (2011). Strategies and future attempts to reduce stigmatization and increase awareness of mental health problems among young people: A narrative review of educational interventions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 65: 405-415.

Bilaga 1

Missivbrev

Helsingborg april 2015



Attityder & kunskap om psykiska besvär

Hej!

Vi heter Dimitrios och Emmy och studerar socionomprogrammet vid Lunds universitet Campus Helsingborg. Vi arbetar just nu med vårt examensarbete som handlar om kunskaper och åsikter bland ungdomar i Helsingborg. Vi vill undersöka vilka åsikter som finns om oro, ångest och depression och om man som ungdom vet var man ska vända sig om man skulle behöva hjälp på grund av dessa besvär.

Vår enkät vänder sig till 18-åriga killar och tjejer i Helsingborg som läser det samhällsvetenskapliga programmet. Din medverkan i denna studie är både anonym och frivillig och du kan när som helst avbryta din medverkan genom att inte svara på enkäten.

Resultatet av studien kommer enbart användas till vårt examensarbete. Är du intresserad av att ta del av den sammanställda undersökningen kommer den publiceras som en del av vårt examensarbete på <http://lup.lub.lu.se/> i slutet av juni. Du kan även kontakta oss via mejl för att få sammanställningen skickad till dig.

Om du har några frågor angående vår undersökning är du välkommen att kontakta oss via mejl.

Tack på förhand för din medverkan!

Dimitrios Pilpilidis & Emmy Johansson

Bilaga 2

Enkätundersökning om attityder och kunskap om psykiska besvär

Kön: Kille Tjej

Ålder: _____

Med **psykiska besvär** menar vi oro, ångest och depression. Dessa besvär innebär att en person nästintill dagligen under minst två sammanhängande veckor är *nedstämd och ledsen, känner sig otillräcklig och värdelös, saknar energi och saknar lust att göra något, har svårt att koncentrera sig och har svårt att fatta beslut*.

Ja Nej Vet inte

Har du någon familjemedlem som lider av psykiska besvär? (*Med familjemedlem menar vi föräldrar, syskon, kusiner eller andra personer som du räknar som familj*)

Har du någon vän som lider av psykiska besvär?

Nedan kommer du få ta ställning till olika påståenden där vi ber dig att sätta ett kryss i den ruta som stämmer bäst överens med det du själv tycker.

	Håller helt med	Håller med till viss del	Håller inte med	Håller inte alls med	Ingen åsikt
1. Vi människor har en tolerant inställning till människor med psykiska besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Man bör undvika människor som har psykiska besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Människor med psykiska besvär blir bemötta på ett dåligt sätt av samhället	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Att prata om psykiska besvär gör mig obekvämt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Håller helt med	Håller med till viss del	Håller inte med	Håller inte alls med	Ingen åsikt
5. Om en person med psykiska besvär är öppen med det blir han/hon bemött på ett bra sätt i samhället	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jag skulle undvika en person som jag precis lärt känna om jag fick reda på att denna person led av psykiska besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Om en person jag känner skulle ha psykiska besvär skulle jag reagera på samma sätt oavsett om det var en kille eller en tjej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jag är osäker på hur jag ska prata med personer som har psykiska besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I framtiden kan jag tänka mig att fortsätta relationen med en vän om han/hon fick psykiska besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Om en vän till mig haft psykiska besvär skulle det vara pinsamt att umgås med honom/henne bland andra människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Om jag hade en vän med psykiska besvär skulle jag vilja att han/hon vände sig till mig för stöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jag kan tänka mig att ha en vän som tidigare har haft psykiska besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Om en vän till mig drabbas av psykiska besvär skulle jag inte umgås med honom/henne längre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Om jag hade en vän med psykiska besvär vet jag var han/hon kan vända sig för att få hjälp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jag och mina kompisar pratar aldrig om psykiska besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Håller helt med	Håller med till viss del	Håller inte med	Håller inte alls med	Ingen åsikt
16. Läkemedel är den mest effektiva behandlingen för människor med psykiska besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jag har fått tillräcklig kunskap i skolan om olika psykiska sjukdomar och dess symtom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Jag önskar att jag fått lära mig mer i skolan om oro, ångest och depression.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Jag önskar att jag fått lära mig mer i skolan om andra psykiska sjukdomar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Har du lärt dig om psykiska besvär från någon annan än skolans personal? I så fall av vem?

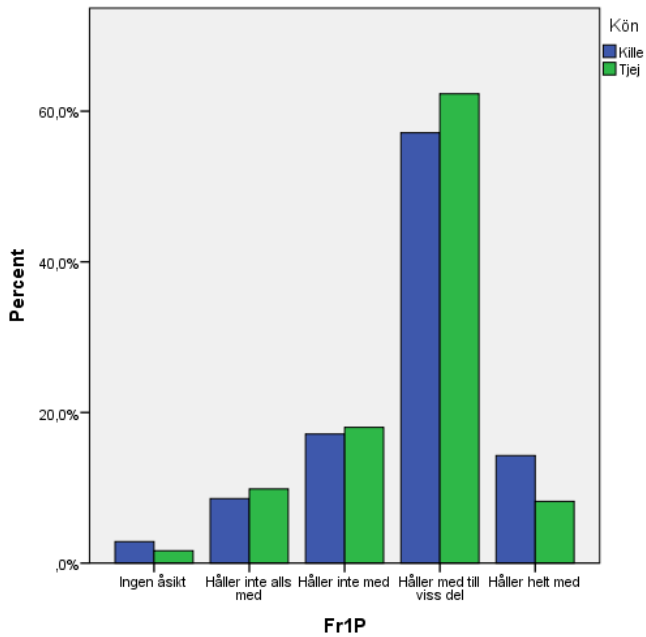
21. Var kan man vända sig om man behöver hjälp eller stöd för psykiska besvär?

Tack för din medverkan!

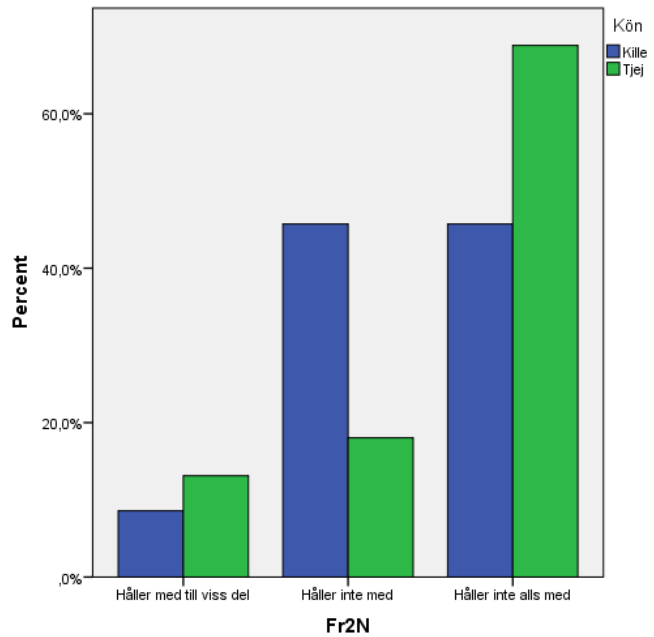
Bilaga 3

Stapeldiagram påstående 1-19 (svar utifrån kön)

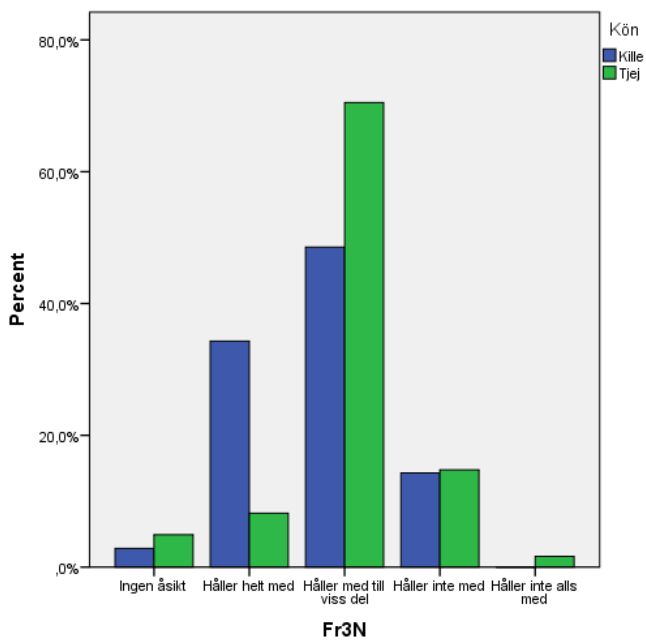
Påstående 1: positiv



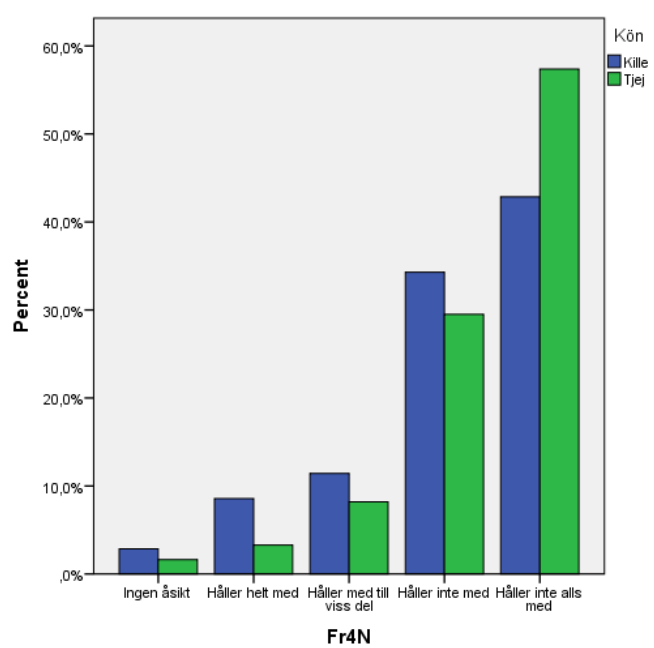
Påstående 2: negativ



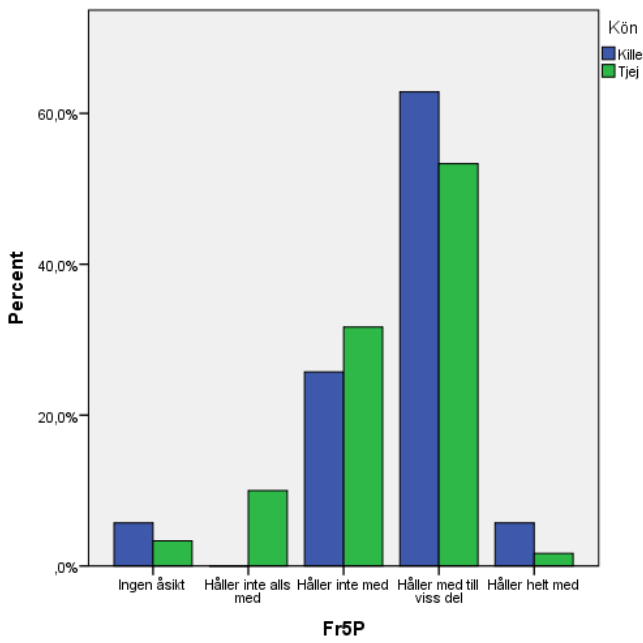
Påstående 3: negativ



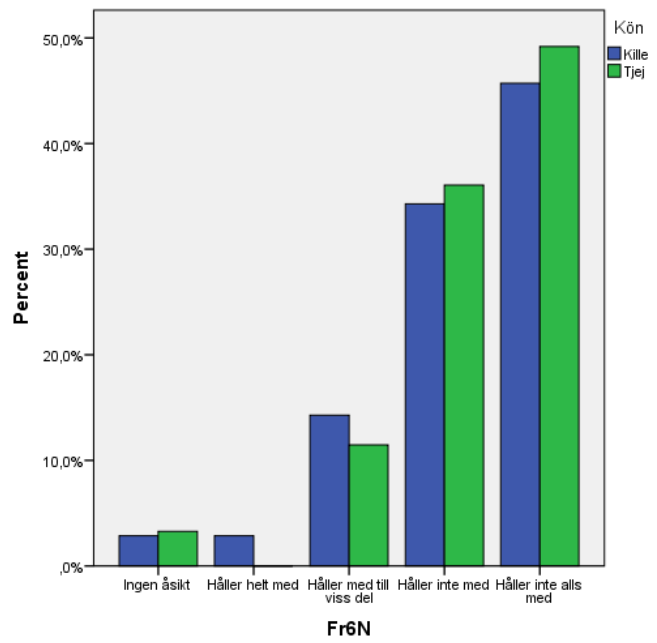
Påstående 4: negativ



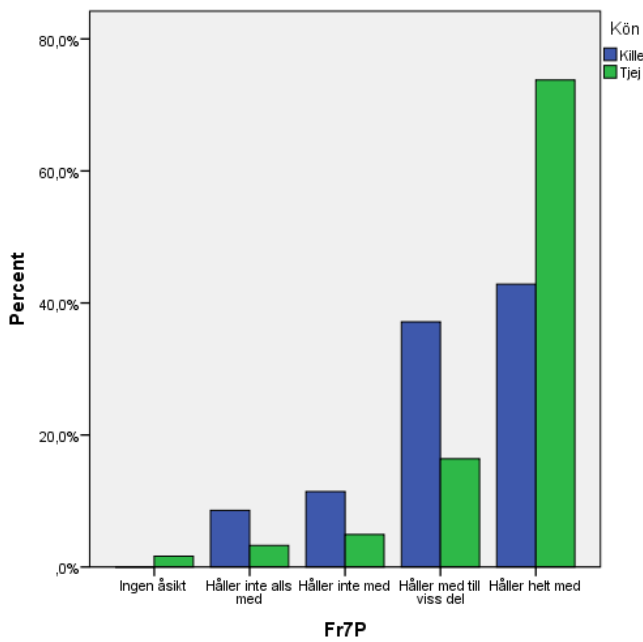
Påstående 5: positiv



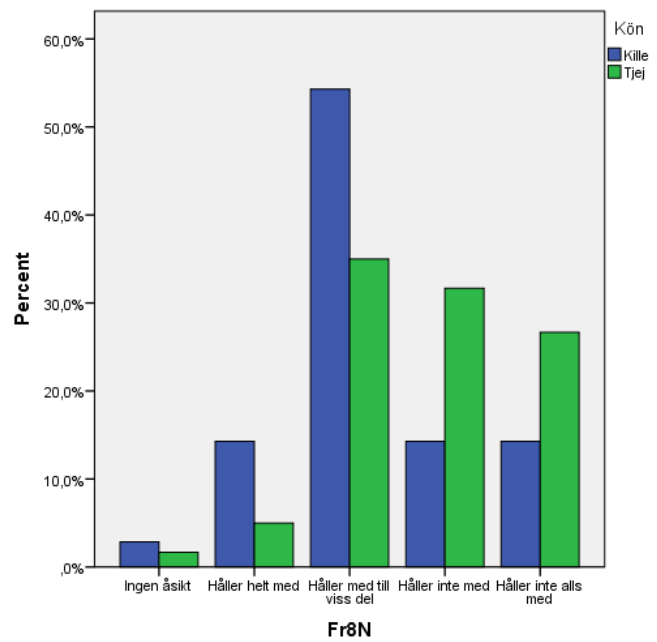
Påstående 6: negativ



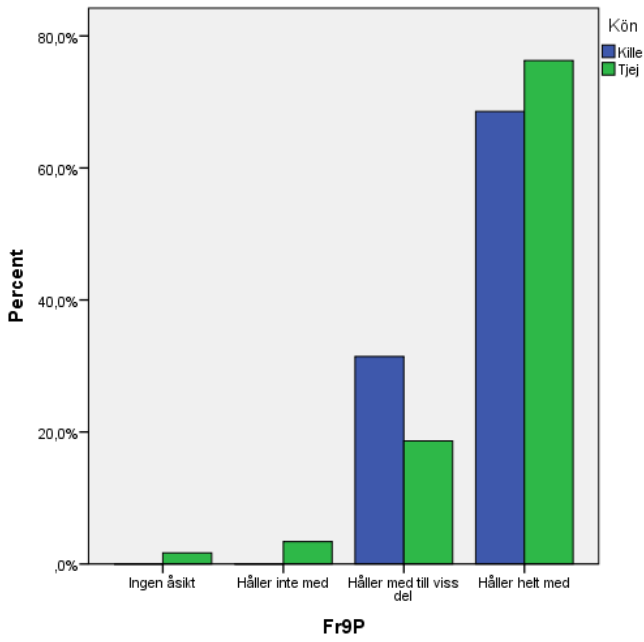
Påstående 7: positiv



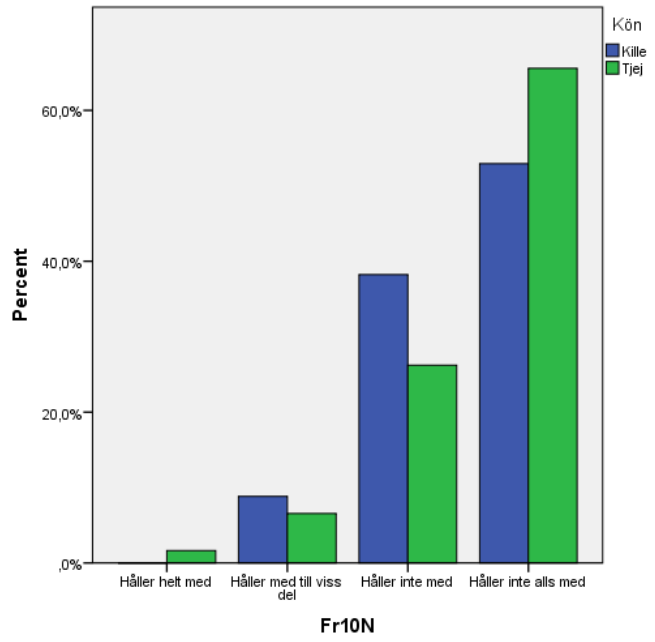
Påstående 8: negativ



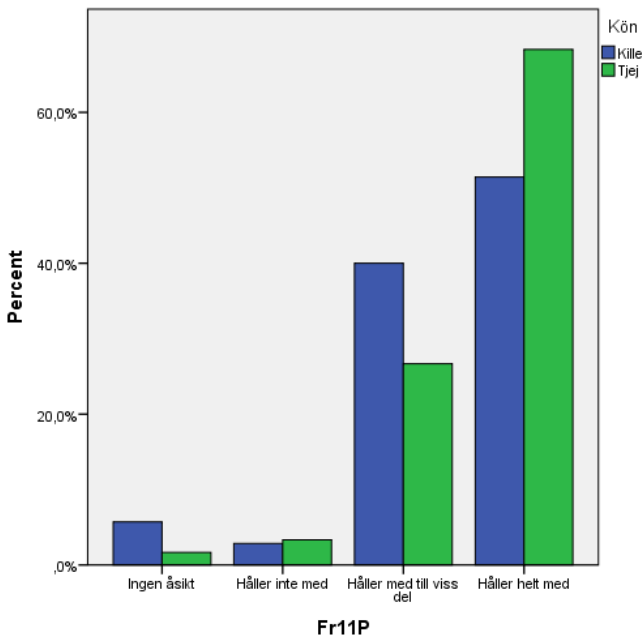
Påstående 9: positiv



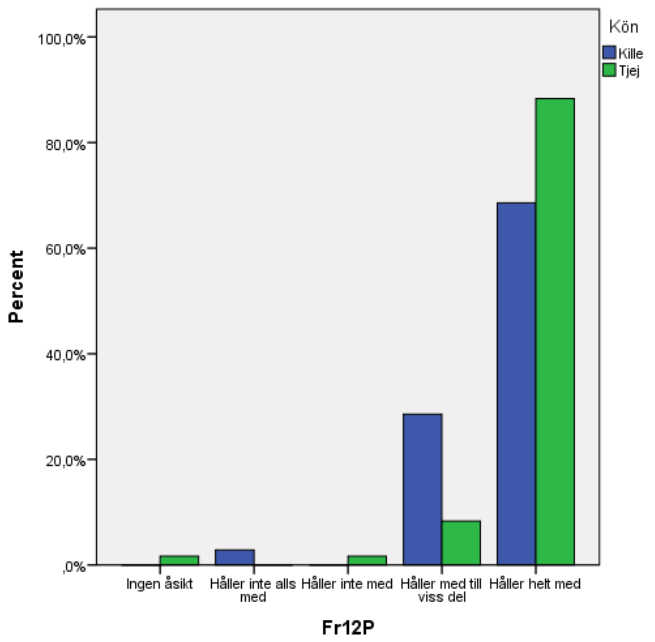
Påstående 10: negativ



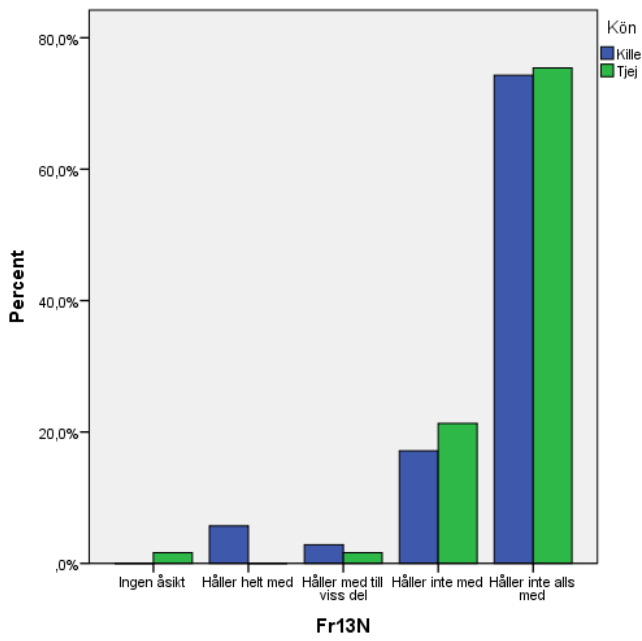
Påstående 11: positiv



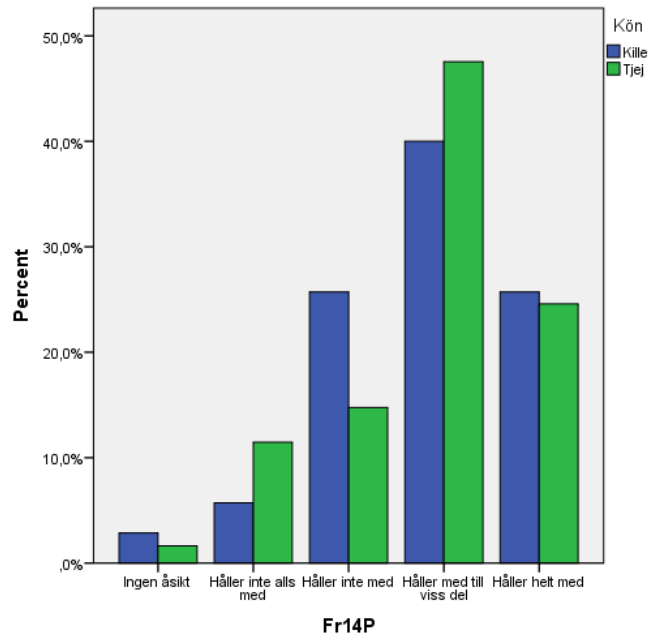
Påstående 12: positiv



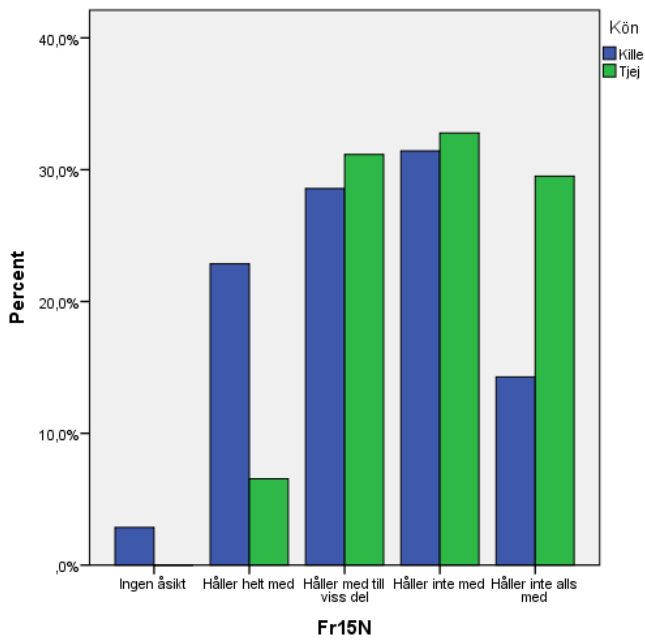
Påstående 13: negativ



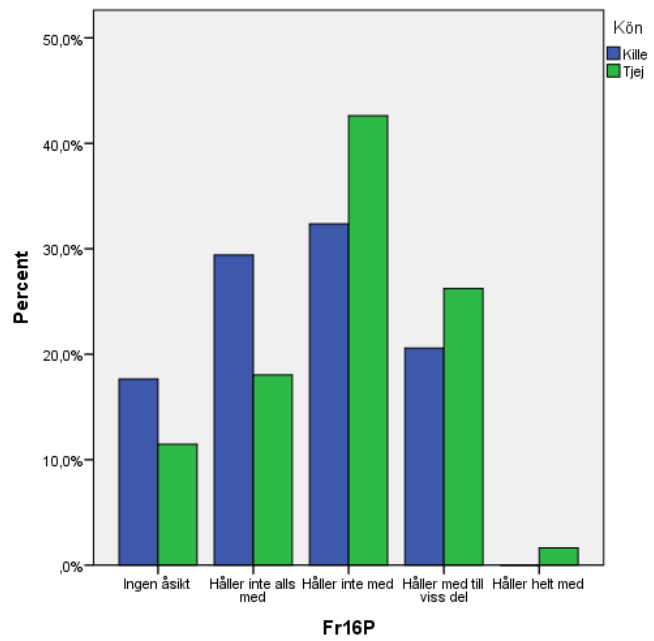
Påstående 14: positiv



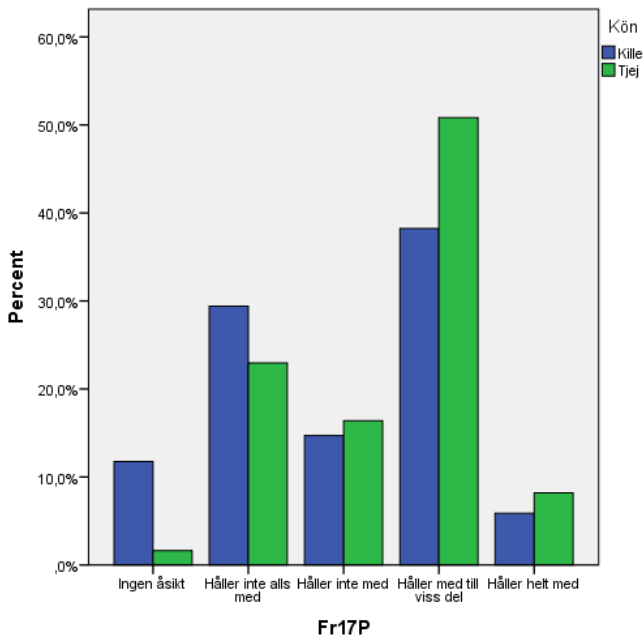
Påstående 15: negativ



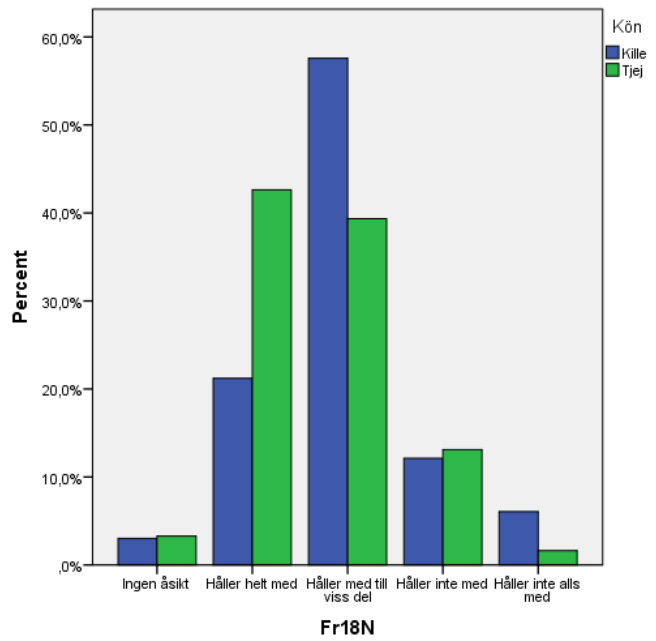
Påstående 16: positiv



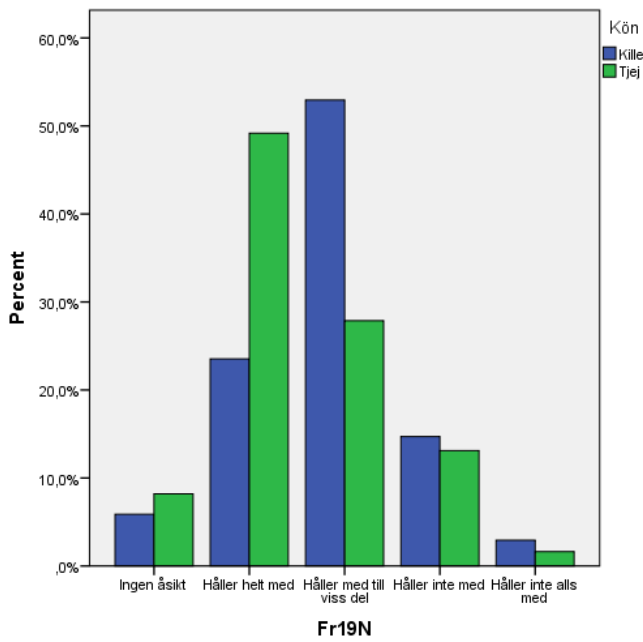
Påstående 17: positiv



Påstående 18: negativ



Påstående 19: negativ



Bilaga 4

Tabeller svar på påstående 1-19 (samtliga respondenter)

Påstående 1: positiv Fr1P

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ingen åsikt	2	1,9	2,1	2,1
Håller inte alls med	9	8,7	9,4	11,5
Håller inte med	17	16,3	17,7	29,2
Håller med till viss del	58	55,8	60,4	89,6
Håller helt med	10	9,6	10,4	100,0
Total	96	92,3	100,0	
Missing System	8	7,7		
Total	104	100,0		

Påstående 2: negativ Fr2N

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Håller med till viss del	11	10,6	11,5	11,5
Håller inte med	27	26,0	28,1	39,6
Håller inte alls med	58	55,8	60,4	100,0
Total	96	92,3	100,0	
Missing System	8	7,7		
Total	104	100,0		

Påstående 3: negativ Fr3N

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ingen åsikt	4	3,8	4,2	4,2
Håller helt med	17	16,3	17,7	21,9
Håller med till viss del	60	57,7	62,5	84,4
Håller inte med	14	13,5	14,6	99,0
Håller inte alls med	1	1,0	1,0	100,0
Total	96	92,3	100,0	
Missing System	8	7,7		
Total	104	100,0		

Påstående 4: negativ Fr4N

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ingen åsikt	2	1,9	2,1	2,1
Håller helt med	5	4,8	5,2	7,3
Håller med till viss del	9	8,7	9,4	16,7
Håller inte med	30	28,8	31,3	47,9
Håller inte alls med	50	48,1	52,1	100,0
Total	96	92,3	100,0	
Missing System	8	7,7		
Total	104	100,0		

Påstående 5: positiv Fr5P

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ingen åsikt	4	3,8	4,2	4,2
Håller inte alls med	6	5,8	6,3	10,5
Håller inte med	28	26,9	29,5	40,0
Håller med till viss del	54	51,9	56,8	96,8
Håller helt med	3	2,9	3,2	100,0
Total	95	91,3	100,0	
Missing System	9	8,7		
Total	104	100,0		

Påstående 6: negativ Fr6N

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ingen åsikt	3	2,9	3,1	3,1
Håller helt med	1	1,0	1,0	4,2
Håller med till viss del	12	11,5	12,5	16,7
Håller inte med	34	32,7	35,4	52,1
Håller inte alls med	46	44,2	47,9	100,0
Total	96	92,3	100,0	
Missing System	8	7,7		
Total	104	100,0		

Påstående 7: positiv Fr7P

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ingen åsikt	1	1,0	1,0	1,0
Håller inte alls med	5	4,8	5,2	6,3
Håller inte med	7	6,7	7,3	13,5
Håller med till viss del	23	22,1	24,0	37,5
Håller helt med	60	57,7	62,5	100,0
Total	96	92,3	100,0	
Missing System	8	7,7		
Total	104	100,0		

Påstående 8: negativ Fr8N

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ingen åsikt	2	1,9	2,1	2,1
Håller helt med	8	7,7	8,4	10,5
Håller med till viss del	40	38,5	42,1	52,6
Håller inte med	24	23,1	25,3	77,9
Håller inte alls med	21	20,2	22,1	100,0
Total	95	91,3	100,0	
Missing System	9	8,7		
Total	104	100,0		

Påstående 9: positiv Fr9P

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ingen åsikt	1	1,0	1,1	1,1
Håller inte med	2	1,9	2,1	3,2
Håller med till viss del	22	21,2	23,4	26,6
Håller helt med	69	66,3	73,4	100,0
Total	94	90,4	100,0	
Missing System	10	9,6		
Total	104	100,0		

Påstående 10: negativ Fr10N

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Håller helt med	1	1,0	1,1	1,1
Håller med till viss del	7	6,7	7,4	8,4
Håller inte med	29	27,9	30,5	38,9
Håller inte alls med	58	55,8	61,1	100,0
Total	95	91,3	100,0	
Missing System	9	8,7		
Total	104	100,0		

Påstående 11: positiv Fr11P

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ingen åsikt	3	2,9	3,2	3,2
Håller inte med	3	2,9	3,2	6,3
Håller med till viss del	30	28,8	31,6	37,9
Håller helt med	59	56,7	62,1	100,0
Total	95	91,3	100,0	
Missing System	9	8,7		
Total	104	100,0		

Påstående 12: positiv Fr12P

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ingen åsikt	1	1,0	1,1	1,1
Håller inte alls med	1	1,0	1,1	2,1
Håller inte med	1	1,0	1,1	3,2
Håller med till viss del	15	14,4	15,8	18,9
Håller helt med	77	74,0	81,1	100,0
Total	95	91,3	100,0	
Missing System	9	8,7		
Total	104	100,0		

Påstående 13: negativ Fr13N

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ingen åsikt	1	1,0	1,0	1,0
Håller helt med	2	1,9	2,1	3,1
Håller med till viss del	2	1,9	2,1	5,2
Håller inte med	19	18,3	19,8	25,0
Håller inte alls med	72	69,2	75,0	100,0
Total	96	92,3	100,0	
Missing System	8	7,7		
Total	104	100,0		

Påstående 14: positiv Fr14P

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ingen åsikt	2	1,9	2,1	2,1
Håller inte alls med	9	8,7	9,4	11,5
Håller inte med	18	17,3	18,8	30,2
Håller med till viss del	43	41,3	44,8	75,0
Håller helt med	24	23,1	25,0	100,0
Total	96	92,3	100,0	
Missing System	8	7,7		
Total	104	100,0		

Påstående 15: negativ Fr15N

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ingen åsikt	1	1,0	1,0	1,0
Håller helt med	12	11,5	12,5	13,5
Håller med till viss del	29	27,9	30,2	43,8
Håller inte med	31	29,8	32,3	76,0
Håller inte alls med	23	22,1	24,0	100,0
Total	96	92,3	100,0	
Missing System	8	7,7		
Total	104	100,0		

Påstående 16: positiv Fr16P

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ingen åsikt	13	12,5	13,7	13,7
Håller inte alls med	21	20,2	22,1	35,8
Håller inte med	37	35,6	38,9	74,7
Håller med till viss del	23	22,1	24,2	98,9
Håller helt med	1	1,0	1,1	100,0
Total	95	91,3	100,0	
Missing System	9	8,7		
Total	104	100,0		

Påstående 17: positiv Fr17P

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ingen åsikt	5	4,8	5,3	5,3
Håller inte alls med	24	23,1	25,3	30,5
Håller inte med	15	14,4	15,8	46,3
Håller med till viss del	44	42,3	46,3	92,6
Håller helt med	7	6,7	7,4	100,0
Total	95	91,3	100,0	
Missing System	9	8,7		
Total	104	100,0		

Påstående 18: negativ Fr18N

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ingen åsikt	3	2,9	3,2	3,2
Håller helt med	33	31,7	35,1	38,3
Håller med till viss del	43	41,3	45,7	84,0
Håller inte med	12	11,5	12,8	96,8
Håller inte alls med	3	2,9	3,2	100,0
Total	94	90,4	100,0	
Missing System	10	9,6		
Total	104	100,0		

Påstående 19: negativ Fr19N

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ingen åsikt	7	6,7	7,4	7,4
Håller helt med	38	36,5	40,0	47,4
Håller med till viss del	35	33,7	36,8	84,2
Håller inte med	13	12,5	13,7	97,9
Håller inte alls med	2	1,9	2,1	100,0
Total	95	91,3	100,0	
Missing System	9	8,7		
Total	104	100,0		

Bilaga 5

Tabeller till diagram 4-7 (bemötande & kommunikation)

Tabell 4

		Report		
Bemötande				
Fam.psyk	Kön	Mean	N	Std. Deviation
Vet inte	Kille	16,33	3	1,528
	Tjej	17,33	3	2,082
	Total	16,83	6	1,722
Nej	Kille	17,15	20	2,758
	Tjej	17,77	31	2,390
	Total	17,53	51	2,533
Ja	Kille	16,25	12	3,166
	Tjej	17,12	26	2,142
	Total	16,84	38	2,499
Total	Kille	16,77	35	2,798
	Tjej	17,47	60	2,258
	Total	17,21	95	2,479

Tabell 5

		Report		
Bemötande				
Vän.psyk	Kön	Mean	N	Std. Deviation
Vet inte	Kille	16,00	9	3,428
	Tjej	16,63	8	1,923
	Total	16,29	17	2,756
Nej	Kille	17,18	17	2,270
	Tjej	17,50	22	2,325
	Total	17,36	39	2,277
Ja	Kille	16,78	9	3,193
	Tjej	17,67	30	2,309
	Total	17,46	39	2,522
Total	Kille	16,77	35	2,798
	Tjej	17,47	60	2,258
	Total	17,21	95	2,479

Tabell 6

		Report		
Kommunikation				
Fam.psyk	Kön	Mean	N	Std. Deviation
Vet inte	Kille	8,00	3	1,732
	Tjej	8,25	4	2,062
	Total	8,14	7	1,773
Nej	Kille	7,20	20	2,484
	Tjej	9,19	31	1,642
	Total	8,41	51	2,220
Ja	Kille	8,17	12	1,850
	Tjej	8,88	25	2,027
	Total	8,65	37	1,975
Total	Kille	7,60	35	2,226
	Tjej	9,00	60	1,823
	Total	8,48	95	2,083

Tabell 7

		Report		
Kommunikation				
Vän.psyk	Kön	Mean	N	Std. Deviation
Vet inte	Kille	6,67	9	2,236
	Tjej	7,86	7	2,116
	Total	7,19	16	2,198
Nej	Kille	8,00	17	2,208
	Tjej	9,32	22	1,673
	Total	8,74	39	2,009
Ja	Kille	7,78	9	2,224
	Tjej	9,03	31	1,816
	Total	8,75	40	1,958
Total	Kille	7,60	35	2,226
	Tjej	9,00	60	1,823
	Total	8,48	95	2,083