



LUNDS
UNIVERSITET

Campus Helsingborg

**Yrkesverksamma socionomers attityder till människor med psykisk ohälsa
- en kvantitativ undersökning**

SOPA63, HT 2017

Kandidatuppsats i socialt arbete, 15 Hp

Författare: Sofia Källmark & Maja Radenković

Handledare: Lars Harrysson och Anna Tegunimataka

Abstract

Author(s): Sofia Källmark & Maja Radenković

Title: Professional social workers attitude to people with mental illness
- a quantitative survey

Supervisor: Lars Harrysson & Anna Tegunimataka

Assessor: Mikael Bengtsson

Word count: 15 277

The purpose of this essay was to investigate how professional social workers attitude towards mental illness and their knowledge of mental health due to a proven relation between those two. The study is of a quantitative nature and data were collected via an online survey consisting of sociodemographic questions and two statistically tested questionnaires. 51 social workers from Helsingborg, working in three social work fields: Social services department, Labour market department and Health- and social care department, answered the survey during the period 27/11-7/12. The main results of our survey have shown that there are no stigmatizing features in the attitudes towards people with mental illness. Through a comparison by the occupational field, it has been found that the non-governmental social workers have shown, to a greater extent, more favorable attitudes than their colleagues in a governmental field of social work.

Keywords: attitude, stigma, social workers, mental health/illness

Innehållsförteckning

1. Inledning	4
2. Problemformulering	5
3. Syfte	8
4. Centrala begrepp och dess samspel	8
5. Tidigare forskning om attityder till människor med psykisk ohälsa	9
6. Teoretisk ram	13
6.1 David Katzs funktionella metod	13
7. Hypoteser	15
8. Metod	17
8.1 Metodologiska överväganden	17
8.2 Styrkor och begränsningar med metodvalet	18
8.3 Instrument	19
8.4 Datainsamling	21
8.5 Urval	22
8.6 Forskningsetiska överväganden	23
8.7 Arbetsfördelning	25
9. Resultat	25
9.1 Gruppering av resultat enligt attitydfaktorer	25
9.2 Kunskap om psykisk ohälsa i vårt urval	36
9.3 Attityder i förhållande till befattningen	41
9.4 Kunskaper om psykisk ohälsa i förhållande till befattning	42
9.5 Attityder och kunskaper i förhållande till övriga bakgrundsvariabler	44
9.5.1 Attitydskillnader i relation till övriga bakgrundsvariabler	46
9.5.2 Kunskapsskillnader i relation till övriga bakgrundsvariabler	50
9.6 Samband mellan attityder och kunskaper om psykisk ohälsa	53
10. Diskussion	65
11. Referenslista	71
12. Bilagor	78
12.1 Påståenden	78
12.2 Diagram	80
12.6 Brevet till socialtjänstens förvaltningar	81
12.7 Enkäten	82

1. Inledning

En liten händelse kan utlösa oro som kan sprida sig i min kropp likt en löpeld. Ibland vet jag inte ens varför en sådan oro uppstår och många frågor dyker upp i tankarna. Är det bara en engångsföreteelse? Tänk om känslan kvarstår och jag kommer att gå runt rädd och ångestfylld hela tiden? Kommer någon se hur jag lider? Kommer de att döma mig? Lider jag av en psykisk sjukdom eller är jag kanske på väg att bli psykiskt sjuk?

För att vidare förstå vikten av studien vi har utfört ber vi dig att följa med på en resa genom en liten del av spektrat inom psykisk ohälsa, och detta med hjälp av information från Praktisk Medicin (2017). Ångest och panikångest är symptom som följer med många psykiska sjukdomar och syndrom, men det är också symptom som man kan få genom stressiga situationer eller beroende på vilken känslighet man som individ besitter.

Föreställ dig oro, en känsla av mer eller mindre närvarande obehag som du känner eller dock inte alls känner igen källan till. Du har haft en konflikt med en vän och ni har inte pratat på flera dagar och du kanske undrar hur ni kommer att lösa det här. Tänk dig den oron, känn på den lite. Multiplicera känslan med tio så kan du någorlunda föreställa dig hur generell ångest känns. Ångesten som består av en ständig oro och rädsla för allting i livet och där du är i en situation som du aldrig kan slappna av i. Tänk dig att du går med känslan mer eller mindre närvarande varje dag. Multiplicera den första känslan med hundra och du kan föreställa dig en panikångestattack. En liten händelse kan utlösa den, eller bara hela din livssituation i stort. Oron sprider sig i kroppen likt en löpeld och du finner dig själv hyperventilera samtidigt som du tror att du kommer att dö eller bli galen (ibid.).

Studier visar på att denna situation inte är ett isolerat fall. Cirka 30% av Sveriges befolkning är drabbad av någon typ av psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten, 2017). Oddsens att du i din närhet känner någon som lider av psykisk ohälsa är därmed relativt stor.

2. Problemformulering

Att människor som lider av psykisk ohälsa stöter på problem i vardagen är intet nytt. Lidandet därutöver kan påverka sociala relationer och i vissa fall leda till stigmatisering. Från Yeh, Jewell och Thomas (2017) studie får vi veta att de som lider av psykisk ohälsa inte enbart försummas utan även djupt stigmatiseras i samhället, samt att det stigmat bygger en barriär som försvårar behandling och möjligheten till rehabilitering. Stigmatiseringen leder även till stora negativa konsekvenser i skolan och arbetslivet som slutligen kan leda till självmord. Detta bekräftade Ozer et al. (2017) genom sin studie där det framkom att stigmatisering utgör en signifikant faktor som påverkar socialt engagemang, förmågan att förhålla sig till andra människor och fungera i arbetet samt behandling och vårdprocessen av människor som lider av psykisk ohälsa.

Enligt Thornicoff et al. (2007) är begreppet stigma kopplat till bristande kunskap, attityder, fördomar samt diskriminering. Araten-Bergman och Werner (2017) nämner att den största bidragande faktorn till diskriminerande beteenden är fördomen att en grupp människor med en avvikande egenskap är farliga. Ponizovsky et al. (2008) gjorde en studie om socialarbetares kunskaper och attityder gentemot personer med psykiatriska funktionsnedsättningar. De utvalda socialarbetarna var involverade i ett stödjande utbildningsprogram (SEP) för vuxna med psykiska funktionshinder. Forskarna kom fram till att i jämförelse med kontrollgrupperna visade socialarbetarna som arbetade inom SEP - utbildningarna att de inte ansåg att studenterna som led av schizofreni var farligare än andra studenter, och att dessa människor var lika kapabla att upprätthålla goda relationer med människor som människor utan problematiken. Covarrubias och Han (2011) undersökte attityder samt uppfattningar gällande människor med svåra psykiska sjukdomar hos en grupp utexaminerade studenter inom socialt arbete. För att identifiera stigmat användes indikatorer som undersökte hur önskan om socialt avstånd och restriktioner gentemot denna population såg ut i förhållande till respondenterna. Resultatet visade att deltagarna som hade vänskaplig kontakt med människor som led av allvarliga psykiska sjukdomar hade mindre önskan om restriktioner och socialt avstånd än de som inte hade denna kontakt. Deltagarna som trodde på stereotypen av farlighet i denna population samt trodde att allvarliga psykiska sjukdomar definierar en persons identitet, var mer benägna att uttrycka en önskan om socialt avstånd och restriktioner gentemot denna population. Genom en meta-analys, det vill säga en studie gjord av studier där syftet är att dra en gemensam slutsats av mängder av vetenskapliga publikationers slutsatser, framkom det att det finns effektiva tillvägagångssätt för att förhindra stigma.

Målet med denna undersökning är att identifiera vilka attityder till psykisk ohälsa som konkret förekommer hos socionomer. Yrkesverksamma socionomer utgör dock inte en homogen grupp. Behandlare och myndighetsutövare arbetar exempelvis i miljöer där olika arbetsperspektiv dominerar samt där kontakten med klientens psykosociala dimension kan skiljas i kvalitet och utsträckning. Med myndighetsutövning syftar vi på den grupp socionomer som arbetar beslutsfattande i förvaltningsrättslig mening (Förvaltningslag 1986:223) i förhållande till SoL, LVM, LVU eller LSS och ofta under juridiska riktlinjer. Exempelvis de socionomer som utreder problem, bedömer livssituation och beslutar om eventuellt bistånd eller insats skall nekas eller beviljas. Det är främst Socialtjänstlagen SoL (2017:590) som reglerar myndighetsutövningen i respektive kommun. Det finns studier som tyder på att yrkesbefattning kan vara av betydelse i vilka attityder som uppkommer hos yrkesutövare. Holm (2002) tolkar Säljö och Bergqvist (1993) så att införandet av empatisk och professionell attityd kan skapas genom verkliga uttryck i specifika handlingar och beteenden. Dessa beteenden och såtillvida attityderna bestäms delvis av formella och informella regler som är satta inom en arbetsmiljö, samt den styrande diskursen i en specifik miljö.

Genom vår undersökning vill vi i första hand se vilka attityder som förekommer i vår grupp med tanke på befattning. Utifrån forskningen har vi hittills förstått att kunskap om psykisk ohälsa har stor betydelse för skapandet av attityder. Yrkesverksamma socionomer som yrkeskategori anses besitta en viss kunskap om psykisk ohälsa, och de förväntas utföra sitt arbete utifrån de etiska riktlinjer som finns för denna yrkeskategori.

”Socialt arbete och socialarbetarnas yrkesroll ska relateras till vetenskap och beprövad erfarenhet. Grundläggande värden i arbetet och för professionen är mänskliga rättigheter och humanitet. Arbetet ska bidra till ett gott och värdigt liv för medborgarna och utveckla samhällets välfärd.” (Akademikerförbundet SSR, 2016).

En positiv attityd syftar därmed på människovärdesprincipen: varje människas lika och höga värde (*ibid.*).

Det har visat sig att vissa bakgrundsfaktorer påverkar och står i samband med resultat i andra utförda studier om attityder. För att få en mer komplett bild och förklara eventuella utmärkande

mönster vill vi därför ta hänsyn till fler sociodemografiska variabler utöver befattningen. Vi vill titta på eventuella utmärkande mönster i frågan gentemot kön, ålder och yrkeserfarenhet. Att analysera dessa övriga bakgrundsvariabler var för sig blir dock av sekundärt intresse i vår undersökning. En studie av Ewald-Kvist, Högberg och Lützén (2013) har påvisat att kön och ålder har betydelse när det gäller attityder till människor med psykisk ohälsa. I studien har det nämligen visat sig att kvinnor har mer öppenhet och var mer positiva till pro-integration än männen. Dock visade kvinnorna mer rädsla och undvikande jämfört med männen i sin inställning till personer med psykisk sjukdom. Med en ökande ålder ökade även öppenheten samt inställningen till pro-integration gällande människor med psykisk ohälsa. Dock minskade öppenheten gentemot en samhällsbaserad psykiatrisk vård. Stuber et al (2014) kunde bland annat se i sin studie vilken respondent som ansågs ge mer gynnsamma föreställningar avseende människor med psykisk ohälsa. Denna respondent är en kvinna av yngre ålder, med minst fyra års högskoleexamen som är bekant med psykisk sjukdom, har haft vissa jobbtitlar och har flera års erfarenhet inom psykiatrisk vård.

Vikten av att undersöka attityder till psykisk ohälsa utifrån den ovan nämnda bakgrundsinformationerna är av största vikt. Anledningen till valet att fokusera på yrkesverksamma socionomer i denna fråga är för att det är en yrkesgrupp som många som lider av psykisk ohälsa träffar på, om de söker hjälp och eller stöd för sin problematik. Huruvida man accepteras för sina problem eller inte är direkt relevant för socialt arbete. Socionomerna gynnas av att ha kännedom om eventuella attityder och fördomar hos sig själva och sin arbetsgrupp samt kunskap om behovet av att utveckla sitt kunskapsläge.

Denna undersökning kan inte mäta stigmatisering, däremot en viktig komponent till möjlig stigmatisering vilket är attityder. Genom dinformationen vi redan har är det sannolikt att socialarbetarnas attityd i mötet med människor som lider av psykisk ohälsa kommer att påverka dem. Relevansen ligger även i hur långt informationen om psykisk ohälsa når i samhället, först och främst i instanser ansvariga för att ge stöd och hjälp till de drabbade.

Vetenskaplig relevans av denna undersökning ligger i att vi genom vetenskaplig analys diskuterar om synen på psykisk ohälsa skiljer sig hos socionomer som arbetar myndighetsutövande och socionomer som arbetar icke-myndighetsutövande, samt vilka grunder som ligger till dessa. Frågornas svar hoppas vi ska ge oss möjlighet att diskutera socionomers sätt att hantera existensen av dessa attityder hos dem själva. Det är av betydelse att ta reda på om kunskap, som en möjlig

skyddande faktor kan ge socionomerna bättre inblick på eventuella egna fördomars genomslag, men även om kunskap kan minska fördomar i denna fråga generellt. Resultaten förväntas utgöra en inspirationskälla till framtida studier.

3. Syfte

Syftet med denna uppsats är att genom en kvantitativ metod undersöka socionomers attityder till människor med psykisk ohälsa, samt deras kunskaper inom ämnesområdet med tanke på ett påvisat samband mellan dessa två.

Våra övergripande frågeställningar blir:

1. Vilka attityder till människor med psykisk ohälsa kan vi synliggöra bland våra yrkesverksamma socionomer i vårt urval?
2. Vilka kunskaper om psykisk ohälsa kan vi synliggöra i vårt urval?

Våra frågeställningar i ett förklarande syfte blir:

3. Vilka samband förekommer mellan bakgrundsvariabeln befattning och attitydvariablerna?
 - *Vilka samband förekommer mellan de övriga bakgrundsvariablerna och attitydvariablerna?*
4. Vilka samband förekommer mellan bakgrundsvariabeln befattning och kunskapsvariablerna?
 - *Vilka samband förekommer mellan de övriga bakgrundsvariablerna och kunskapsvariablerna?*
5. Hur förhåller sig socionomernas kunskap om psykisk ohälsa till deras attityder till människor med psykisk ohälsa?

4. Centrala begrepp och dess samspel

Vikten av att förstå begreppen som presenteras nedan ligger i faktumet att vår forskning kommer att ta avstamp i dessa begrepp och genom förståelse för deras uppkomst och innebörd får studien ytterligare perspektiv.

Det finns ingen universell definition av psykisk ohälsa men en aktuell definition kan finnas i diagnosmanualen DSM-IV, framtagen av Amerikanska Psykiatrikernas Riksförbund. Den lyder:

”Each of the mental disorders is conceptualized as a clinically significant behavioral or psychological syndrome or pattern that occurs in an individual and that is associated with present distress (e.g., a painful symptom) or disability (i.e., impairment in one or more important areas of functioning) or with a significantly increased risk of suffering death, pain, disability, or an important loss of freedom” (Stein et al., 2010, s.1760).

Psykisk ohälsa och stigmatisering har visat sig ha en tydlig koppling till varandra och de har en växelverkande funktion. Yehs, Jewell och Thomas (2017) och Ozers et al. (2017) studier vars slutsatser vi inledningsvis presenterat, är några av de studier som uppmärksammar en bredare problematik som människor med psykiska besvär drabbas av. Stigmatisering förutom det huvudsakliga besväret som är psykisk ohälsa, försvårar ytterligare dessa människors integrering i samhället. Stigma som ett sociologiskt begrepp definieras i boken *Stigma: Den avvikandes roll och identitet* av Erving Goffman som “en egenskap som är djupt misskrediterande” (2007, s. 12) samt att denna egenskap har en särskild relation till stereotyper i samhället och i allmänhetens ögon.

Stigmatisering kan bli följden av attityden man bemöts av. När en attityd präglas av rädsla och föreställningar kan stigmatisering skapas (Goffman, 2007), som i sin tur påverkar de som lider negativt. I boken *Attitudes, personality and behaviour* skriver Ajzen (2005) att en attityd är ett förhållningssätt till en viss händelse, plats, objekt eller person. Man kan reagera positivt eller negativt på dessa vilket skönjer ens attityd. Vidare skriver Ajzen att likt personlighetsdrag är attityder hypotetiskt konstruerade vilka är oåtkomliga att direkt observera. För att studera attityder måste dessa mätas i relation till ett objekt där man kan se en positiv eller negativ reaktion för att sedan utvärdera resultaten.

5. Tidigare forskning om attityder till människor med psykisk ohälsa

Vi är intresserade av hur attityderna kring psykisk ohälsa ser ut på ett professionellt plan. Studierna om attityder till psykisk ohälsa inom yrkesområdet där man som profession jobbar nära människor, har givit oss mångtydiga resultat och dessa i förhållande till olika arbetsområden som finns inom yrket. Våra respondenter tillhör likt de respondenter som nämns i följande studier, även den yrkesgruppen som arbetar nära människor. Våra respondenter blir därför intressanta då vi kan undersöka om deras resultat särskiljer sig från den övriga forskningen. Studierna vi funnit är inte

specifikt kopplade till attityder i förhållande till arbetsområde hos socionomer, men kan ändå utgöra ett stöd då jämförande studier mellan attityder och yrkesområde är ett förekommande forskningsområde.

Angermeyer och Dietrich (2006) utförde en befolkningsstudie i Europa med inriktning på det psykiatriska området, där de ville få en översiktlig bild av hur attityderna till psykisk ohälsa har sett ut de senaste 15 åren. Författarna fann att forskningen om attityder inom psykiatrin har gjort betydande framsteg, men att det fortfarande krävs empiriska grunder till evidensbaserade insatser. Detta för att ytterligare förbättra attityderna till människor som lider av psykisk ohälsa samt för att minska befolkningens missuppfattningar om psykiska sjukdomar.

Schomerus et al (2012) fann att trots att allmänheten besitter mer kunskap om anledningarna till psykisk ohälsa och dess påvisade samband med biologiska faktorer så leder inte kunskapen till större social acceptans av människor som lider av en psykisk sjukdom.

I en studie av 103 anställda i direktkontakt med människor med psykisk ohälsa vid tjänsterna inom den psykosociala vården, kom Gonçalves (2017) fram till hur en representativ profil angående attityderna kunde se ut. De karaktäriseras övervägande av restriktiva, auktoritära och diskriminerande attityder. Smith (2017) fann att läkare och sjuksköterskor inom primärvården, samt psykiatriker uppvisade mer negativa attityder gentemot människor som lider av schizofreni. Detta jämfört med attityderna hos psykologerna och sjuksköterskorna inom psykiatrisk vård. Dessutom hade läkarna och sjuksköterskorna inom primärvården, tillsammans med psykiatrikerna övervägande negativa övertygelser om personer med schizofreni jämfört med dem utan schizofreni. Rao et al. (2009) gjorde en studie på yrkesutövande inom akutpsykiatrin och fann att dessa hade starkt stigmatiserande attityder till patienterna på ett rättsmedicinskt sjukhus samt de patienter som hade en psykisk problematik i samband med aktivt missbruk. Attityderna visade sig däremot vara mindre stigmatiserande gentemot missbrukare aktiva i rehabilitering. Hälso- och sjukvårdspersonalen visade sig även ha stigmatiserande attityder till schizofreni vilket påverkade patienterna inom slutenvården på ett negativt sätt.

Björkman, Angelman och Jönsson (2008) undersökte attityderna till psykisk sjukdom och människor med psykisk sjukdom hos vårdpersonal inom psykiatrisk samt somatisk vård. I undersökningen framkom det att vårdpersonalen inom den somatiska vården i större utsträckning

rapporterade negativa attityder till människor med schizofreni. De upplevde dem mer farliga och oförutsägbara än den psykiatriska vårdpersonalen. Yrkeserfarenhet, bekantskap med psykisk sjukdom och typ av vårdorganisation är främst kopplad till attityderna till specifika psykiska sjukdomar, avseende utsikterna till förbättring gällande behandling, prognos och återhämtning. Sammanfattningsvis var attityderna hos sjuksköterskor i flera avseenden jämförbara med befolkningens åsikter om psykisk sjukdom och psykiskt sjuka personer. Nordt, Rössler och Lauber (2006) gjorde en jämförande studie mellan attityder till psykisk ohälsa samt en specifik reaktion mot människor med och utan psykisk ohälsa. Studien utfördes på både allmänheten samt yrkesverksamma inom sjukvården. Även här visade sig kunskap ha en koppling till attityden. Det intressanta var att psykiatriker visade på större negativa stereotyper jämfört med den allmänna befolkningen.

Yuan et al (2017) undersökte hur attityderna till människor med psykisk ohälsa såg ut i Singapore. De utförde en jämförande studie mellan yrkesutövande inom hälsovården gentemot den allmänna befolkningen samtidigt som signifikanta korrelationer undersöktes. Forskarna fann att trots att de yrkesutövande hade signifikant mer positiva attityder till psykisk sjukdom jämfört med allmänheten så var deras attityder avseende det sociala avståndstagandet betydligt mer lika allmänhetens attityd. De yrkesutövande tenderade dessutom att ha mer negativ attityd beroende på om de var sjuksköterskor eller mindre utbildade. Cremonini et al. (2018) utförde en studie på 170 personer som arbetade inom den psykiatriska sjukvården där respondenterna visade positiva attityder till psykisk sjukdom på alla tre faktorer som omfattas av CAMI. Genom en mätning av påståenden mot utvalda bakgrundsvariabler konstaterades det signifikanta skillnader i svaren beroende på typ av vårdenhet, distrikt och yrke. Attityderna var mindre positiva hos personalen vid den psykiatriska avdelningen för ett specifikt distrikt, samt hos de yrkesutövande sjuksköterskorna.

Hugo (2001) gjorde en studie inom det psykiatriska området avseende attityderna till tron på prognosen samt långsiktiga resultat i förhållande till två vinjetter hos professionellt anställda inom psykiatrisk vård samt den allmänna befolkningen. De 266 professionellt anställda visade sig vara mindre optimistiska avseende prognosen samt avseende det långsiktiga resultatet i jämförelse med allmänheten. Den medicinska personalen var mindre optimistiska över utfallen jämfört med de andra yrkesgrupperna. Psykiatrisjuksköterskorna var generellt mest optimistiska. De flesta yrkesverksamma grundade sina attityder i sina erfarenheter av arbete med människor med psykisk ohälsa. Stuber et al. (2014) fann att jämfört med den amerikanska befolkningen, hade

yrikesverksamma inom den psykiatriska vården signifikant mer positiva attityder gentemot människor med psykisk ohälsa.

Studier om socialarbetares attityder gentemot människor med psykisk ohälsa är få (Ahmedani, 2011) och visar motstridiga resultat. Newhill och Korr (2004) gjorde en studie på 1200 medlemmar i *National association of social workers* som arbetade inom området psykisk hälsa efter sina master studier. Författarna fann att till skillnad från vad tidigare litteratur har visat där socialarbetare påstås ha övergett utsatta grupper, visade deras studie att majoriteten av de som arbetar med detta klientel finner sitt arbete givande och att en eventuell frustration och hinder i det praktiska arbetet ofta var relaterade till systemet, inte klienterna. Zellmann, Madden och Aguiniga (2014) fann positiva attityder till människor med psykisk ohälsa i sin studie hos ett urval av BSW (Bachelor of Social Work, förf.) studenter. Det som bland annat framkom i studien var att övervägande respondenter instämde med att ett arbete med människor med psykisk ohälsa skulle vara givande, samt att människor med psykisk ohälsa kan uppnå meningsfulla mål i sitt liv (s.667).

Araten-Bergman och Werner (2017) undersökte i vilken mån socialarbetare tillskrev ansvar, orsakssamband, stereotyper om människor farlighet samt känslomässiga och beteendemässiga reaktioner till ett klientel med dubbeldiagnoser. Studien har visat att de flesta socialarbetare rapporterade att de i mindre utsträckning hade negativa känslor gentemot klienterna, samt hade större medlidande till de klienter som led av depressiv problematik och därmed i högre utsträckning visade ett hjälpande beteende.

Å andra sidan är en studie av Acker (2010) en av studierna där man kommit fram till ett annat resultat angående denna problematik. Enligt författarna stämmer denna korrelation överens med att socialarbetare och övrig hjälppersonal som bland annat psykologer och psykiatriker ofta har negativa attityder mot denna population. Hanson et al.(2013) genomförde en studie i syfte att bland annat undersöka eventuella stigmatiserande attityder hos yrkesutövande inom sjukvården, socialarbetare inkluderat. Resultatet visade att negativa attityder var dominerande hos personalen, och att de mest negativa attityderna framkom hos personalen som arbetade inom slutenvården eller med behandling av patienter som lider av psykoser.

6. Teoretisk ram

Vårt undersökningsämne fokuserar på attityder till människor med psykisk ohälsa som ofta visat sig ha stigmatisering som följd. I kapitel 2, *Problemformulering* har vi presenterat studier som undersöker attityder i relation till psykisk hälsa. Resultaten pekar bland annat på att kunskap om psykisk hälsa har betydelse för hur attityderna ser ut och förändras där stigmatiserande drag förekommit. Tidigare nämnda studier visar på att gynnsamma attityder i samband med införskaffande av kunskap till människor som lider av psykisk ohälsa, leder till mindre stigmatisering av gruppen. För att förklara existensen av respondenternas påvisade attityder ligger intresset i att förstå vilken funktion dessa uppfyller, och hur attityderna förhåller sig till deras individuella bakgrund och kunskapsnivå. Vi har valt att utgå från en funktionell ansats utifrån David Katz (1960) funktionella metod. David Katz metod visar vilka funktioner attityder kan uppfylla för en individ och hur dessa kan förändras. Om vi istället för att studera attitydernas funktioner valde att göra en undersökning som krävt en förklaring till attitydernas uppkomst hade vi behövt ta hänsyn till fler bakgrundsvariabler. Bland annat respondenternas personliga egenskaper och deras erfarenheter av psykisk ohälsa, både individuellt och i sin nära krets. Vi hade även behövt använda en mer avancerad statistisk analys på fler slumpmässiga observationer.

6.1 David Katzs funktionella metod

Katz (1960) menar att orsakerna till att hålla vid eller ändra de attityder man besitter beror på vilka funktioner dessa uppfyller för individen. Detta avser funktionerna av värdeuttryck, kunskap, anpassning och försvaret av det egna jaget, som ligger på en psykologisk nivå. Genom att förstå att attityder uppfyller olika funktioner hos olika individer kan man undvika att göra generaliseringar som skulle tyda på att en viss handling alltid kommer att leda till en förändring. Katz menar att "både attitydbildning och attitydförändring måste förstås med hänsyn till de behov de tjänar och att, eftersom dessa motivationsprocesser skiljer sig, så kommer villkoren och teknikerna för attitydförändring att göra" (1960, s. 167). De huvudsakliga funktionerna som attityder utgör kan enligt Katz (1960) grupperas i förhållande till dess syfte. Förenklat kan sägas att den funktionella metoden fokuserar på att identifiera vad som är motivationen till attityderna, för att sedan rikta kommunikationen dit för att kunna studera och förändra dessa. Teorin är relevant för undersökningen då den kan ge en möjlig förklaring till varför respondenterna besitter de attityder

som resultaten visar. Konkret vill vi synliggöra vad respondenternas attityder fyller för funktion i deras vardag och arbetsliv och varför dessa ser ut som de gör.

Katz (1960) presenterar fyra funktioner som attityder kan uppfylla för olika individer och vad som krävs för att dessa skall kunna förändras:

1. Den instrumentella nyttofunktionen syftar på att man har en viss attityd för att den leder till någonting positivt för en själv. Detta handlar om förmågan att anpassa sig och förändra attityder man besitter utan att en nyttofunktion går förlorad. För att attityder som uppfyller funktionen skall förändras krävs det att en enskilds behov väcks. Därefter kan attityder eventuellt förändras om ett av två villkor råder. Ett villkor är att sambandet mellan attityderna och aktiviteterna inte längre ger den tillfredsställelse som de en gång gjort. Ett annat villkor är att individens strävan har förändrats.

2. Personförsvarsfunktionen handlar om behovet att skydda det egna jaget. För en individ kan detta innebära att den skyddar sig själv genom att undvika att erkänna de grundläggande sanningarna om sig själv, eller att se de hårda realiteterna i sin yttre värld. Attityder som försvarar det egna jaget kan enligt Katz förändras när ett hot, eller upplevd frustration i ett givet sammanhang upphört, eller genom en individs självinsikt.

3. Värderingsfunktionen innebär att man som individ har attityder som bygger bilden av sig själv som upplevs som korrekta då de kan stärka ens värderingar eller känsla. Attityden kan förändras om den nya attityden som presenteras på något sätt är kopplad till ens egen värderingar. Då finns en potential att förena den nya attityden med sina satta värderingar.

Man skulle genom denna funktion kunna känna tillfredsställelse utifrån att uttrycka attityder som är anpassade till personliga värderingar. Här är två villkor relevanta för att en förändring skall ske. Missnöje med ens värderingar och upplevelsen av sig själv, eller ett missnöje med de gamla attityderna då de anses olämpliga för ens nuvarande värderingar. Detta missnöje kan uppstå på grund av nya erfarenheter eller ny information genom andra människor.

4. Kunskapsfunktionen hjälper oss att skapa ordning och reda bland informationen som finns. Man skulle kunna förstå funktionen som nödvändigt för behovet att förstå omvärlden, och att attityderna används för att ge adekvat struktur till kunskapen. Attityder som tjänar kunskapsfunktionen kan förändras när de inte längre kan hjälpa individen att hantera ny information eller hjälpa till vid en förändring av ens situation. Här vill Katz betona att människor har ett starkt

behov av kognitiv struktur vilket gör att vi antingen modifierar vår tro eller accepterar en ny formel som presenteras av andra.

Den fjärde principen är förmodligen av största vikt i undersökningen där bland annat sambandet mellan attityder och kunskaper har undersökts. Det Katz menar här är att individen alltid eftersträvar relevant kunskap för sitt liv. Katz betonar att man som individ har en bas med attityder som man använder sig av för att värdera inkommande information. Den informationen har potential att påverka redan existerande attityder, om individen upplever otillräcklighet eller brister i den.

7. Hypoteser

Eftersom vi genomför en statistisk baserad analys har vi utgått ifrån nollhypoteser till frågeställningarna i ett förklarande syfte som presenteras i kapitel 3, *Syfte*. Nollhypotesen uttrycker att det inte finns någon skillnad mellan två skattningar eller att det inte finns något samband mellan två variabler (Edling & Hedström 2003, s.48). En nollhypotes är hypotesen att det inte föreligger något fenomen som kräver en förklaring. Hypotesen kan förkastas genom att påvisa trender i data som rimligtvis inte kan bero på slumpen. Vi undersöker om nollhypoteserna kan antas gälla eller bör förkastas i olika fall vid eventuellt påvisande av trender i data som rimligtvis inte kan bero på slumpen. I utgångspunkt i det ovan nämnda prövar vi följande mothypoteser till nollhypoteserna, detta i avseende till frågeställningarna som har ett förklarande syfte.

H1. Det förväntas att icke-myndighetsutövare kommer att visa på en mer gynnsam attityd jämfört med sina myndighetsutövande kollegor. Detta då denna grupp mer frekvent möter konsekvenserna som existerar i klienternas psykosociala dimension. Vikten att ha en gynnsam attityd till psykisk ohälsa blir därmed större och mer omfattande för de icke-myndighetsutövande socionomerna. Tidigare nämnda studier som presenterats i kapitel 2, *Problemformulering* samt kapitel 5, *Tidigare forskning* har även visat att attityder kan vara olika positiva beroende på vilket yrkesområde man arbetar inom. Även utifrån Katzs teori, kan det tolkas som att en positiv attityd har större betydelse för icke-myndighetsutövande socionomer på grund av naturen av deras arbetsuppgifter. Därmed kan en positiv attityd inom ämnesområdet, funktionellt sett, vara av större betydelse för icke-myndighetsutövarna.

H2. Avseende övriga bakgrundsvariabler förväntas det att äldre icke-myndighetsutövande kvinnor kommer att visa på utmärkande gynnsamma attityder inom det här ämnesområdet.

Stöd till denna förväntning finner vi i Ewalds-Kvist, Högberg och Lützén (2013) och Stubers et al. (2014) studie som presenterades i kapitel 2, *Problemformulering*. Ewald-Kvist et al. (2013) har visat att kvinnor var mer positiva till pro-integration av människor med psykiska besvär än männen. Mer öppenhet följde dessutom med högre ålder. I Stubers et al. studie (2014) framkom att en kvinna med bland annat flera års erfarenhet inom psykiatrisk vård uppvisade mest gynnsamma föreställningar avseende människor med psykisk ohälsa.

H3. Det förväntas att icke-myndighetsutövare kommer att visa på större kunskap jämfört med myndighetsutövare. Stödet till detta utgör att icke-myndighetsutövare har större kontakt med klienter som brottas med konsekvenserna av sin psykiska ohälsa i relation till deras psykosociala sfär. Enligt Katz funktionella teoretiska modell skulle icke-myndighetsutövarna kunna förstås vara i större behov av information om psykisk ohälsa än myndighetsutövarna och därmed ökar betydelsen av kunskapsfunktionen för dessa. Sannolikheten att våra icke-myndighetsutövare har tillägnat sig mer kunskap om psykisk ohälsa är därmed större och stödjer tesen att det finns ett samband mellan kunskap och befattning.

H4. Hypotesen är att mer gynnsamma attityder står i samband med större kunskap. Avseende övriga bakgrundsvariabler förväntas det att **äldre icke-myndighetsutövande kvinnor kommer att visa på mer kunskap inom området psykisk ohälsa.** Då vi i kunskapsläget som presenteras i kapitel 2, *Problemformulering* samt kapitel 5, *Tidigare forskning* kan anta att attityder och kunskaper står i ett samband förväntar vi oss att denna grupp även kommer att visa på mer kunskap om psykisk ohälsa. Detta då denna grupp som presenterat vid mothypotes 2, kan antas vara utmärkande för sina gynnsamma attityder i ämnesområdet,

H5. Det finns ett samband mellan attityder och kunskap. Större kunskap medför en gynnsam attityd i ämnesområdet. I kapitel 2, *Problemformulering* samt kapitel 5, *Tidigare forskning* har presenterats ett flertal studiers resultat vilka visar på att större kunskap kan medföra en mer gynnsam attityd till ämnet i fråga. Utifrån Katz funktionella teoretiska förklaring kan denna mothypotes även stödjas genom den fjärde principen som talar om den täta relationen mellan införforskande samt sorterande av kunskap och attityder inom ett visst ämnesområde.

8. Metod

8.1 Metodologiska överväganden

Vi har genomfört en icke-experimentell explorativ undersökning. ”I samhällsvetenskapliga undersökningar har man sällan möjlighet att genomföra ett experiment. Det beror på att faktorerna som vi betraktar som orsaken inte kan kontrolleras eller manipuleras. I en icke-experimentell undersökning måste vi istället nöja oss med att konstatera vad som inträffat och i efterhand försöka kartlägga orsaken” (Körner & Wahlgren 2005, s.12). Det icke-experimentella i undersökningen innebär att vi gör en undersökning endast inom en grupp, helt enkelt utan att jämföra med en kontrollgrupp som en ren experimentell undersökning utgår ifrån (Bryman, 2011, s.84). En explorativ undersökning vill undersöka något och har som syfte att definiera begrepp och formulera hypoteser. (Nationalencyklopedin, 2017).

Det valda forskningsämnet är lämpligt att studera utifrån en kvantitativ ansats då målet är att studera resultatens externa validitet, det vill säga i vilken omfattning resultaten kan studeras och förklaras som slumpmässiga eller signifikanta samband, och därmed ny kunskap. I denna undersökning kommer detta möta en del begränsningar vilka vi presenterar i 8.2. Vi vill observera om det förekommer samband mellan olika variabler samt statistiska skillnader i förhållande till variablernas världen, vilket den kvantitativa metoden kan hjälpa oss med. Hade vi velat undersöka bredden och den unika kvalitén av våra respondenternas uppfattningar i denna fråga hade vi gynnats av en kvalitativ metod.

Anledningen till valet av den kvantitativa metoden istället för den kvalitativa ligger i syftet för vår undersökning. Enligt Padgett (2017) använder man sig av kvantitativ metod när man vill fokusera på kvantifiering av ett visst fenomen genom att undersöka samband mellan variabler, istället för att fokusera på individuella uppfattningar och subjektiva upplevelser. Vi använder oss av en deduktiv ansats där vi formulerar våra hypoteser utifrån ett kunskapsläge, och därifrån förklarar vi resultaten utifrån vår teoretiska utgångspunkt. Strävan ligger i att undersöka eventuella typiska mönster och skillnader i vårt resultat, och detta genom statistiska analyser. Enligt Haq (2014) är enkäter ett typiskt användbart instrument för en kvantitativ undersökning. En kvalitativ metod kan inte erbjuda oss sådant material, dock hade en sådan metod möjliggjort fördjupad kunskap och mer detaljerad information om ett visst fenomen. Genom att välja en kvalitativ metod kan man bygga en teori

utifrån det insamlade materialet för att förklara ett visst fenomen. Genom en kvantitativ metod strävar man efter att generalisera sina resultat på hela populationen. Haq (2014) nämner att skillnaden mellan metoderna ligger i att kvalitén av datan i en kvantitativ undersökning offras för kvantiteten och standardiseringen, medan en kvalitativ metod är användbar när man vill få djupare förståelse för ett visst socialt fenomen. Genom denna beskrivning ser man vilka fördelar som finns med respektive metod. Centralt är att syftet med undersökningen samt typen av data villkorar vilken metod man skall använda.

I och med att vårt urval inte är slumpmässigt samt består av få observationer möjliggör detta endast för oss att undersöka den interna validiteten av resultaten för just vårt urval. Även prövandet av signifikans är problematiskt hos ett urval som inte är slumpmässigt men i vissa fall måste man göra en bedömning om man skall pröva eller inte (Banerjee & Chaudhury, 2010). I det här fallet tillåter vi oss att dra slutsatser utifrån de påvisade signifikanta sambanden mellan våra variabler då vi vill se om det finns skillnader i urvalet trots att de inte kan användas i annat syfte än för denna undersökning.

Eftersom vår avsikt är att kvantifiera ett socialt fenomen är det viktigt att operationalisera de begrepp vi använder oss utav, det vill säga att vi ”hittar så bra indikatorer på det teoretiska begreppet som möjligt” (Barmark & Djurfeldt, 2015, s.48). Vi har utfört insamlandet av datan genom en enkät som är ett ofta förekommande sätt att “mäta en attityd gentemot ett socialt fenomen” (Barmark & Djurfeldt 2015, s.31). Vi har använt färdiga instrument som kommer att ge ”en heltäckande och uttömmande bild av begreppet eller fenomenet i fråga som möjligt” (ibid). Typen av variabler villkorar hur vi behandlar vårt material (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen, 2010) och insamlade genom en enkät kräver tillämpning av en kvantitativ metod. Vår undersökning är en bivariat statistisk analys där vi analyserar relationen mellan två variabler av samhälls- och beteendevetenskapligt intresse (Edling & Hedström 2003, s.51), i denna undersökning attityder till psykisk ohälsa.

8.2 Styrkor och begränsningar med metodvalet

“Framför allt har stickprovets storlek och urvalsmetoden betydelse för den precision/osäkerhet vi i slutändan uppnår”(Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen, s. 102-103), samt även dess bortfall. McHugh (2013) menar att som med alla undersökningar, och främst statistiska sådana är resultat som mest

tillförlitliga när uppgifter samlas in från slumpmässigt utvalda personer och när storleken av undersökningen är omfattande. Vi kan av flertalet anledningar inte generalisera våra resultat för hela denna grupp med tillhörande yrkesgrupper. Svaren från 51 yrkesverksamma socionomer utgör de i sig inte en generaliserbar grupp och deras svar kan inte valideras som indikatorer på socionomers generella attityder till människor som lider av psykisk ohälsa. Urvalet kan endast ge oss en begränsad bild av attityderna till psykisk ohälsa, och här kan vi inte dra några generella slutsatser då alltför få bakgrundsvariabler har tagits i beaktande i formandet av resultat och analys. Resultaten kan inte generaliseras då urvalet var icke-slumpmässigt, det vill säga att inte alla från populationerna i fråga haft lika stor chans att väljas ut (Bryman, 2011, s.180). Även det faktum att insamlingen av data utförts under en begränsad period samt i en vald kommun omöjliggör generalisering av resultaten (Bryman, 2011, s.199). Urvalet tillåter inte generalisering men den kan dock utgöra "en språngbräda för fortsatt forskning eller leda till att man kan göra kopplingar mellan existerande resultat på ett eller annat område" (Bryman, 2011, s. 195). Faktumet att breven skickades via e-post och informanterna inte träffats personligen kan ha påverkat responsen i en mindre utsträckning då den personliga kontakten och vårt behov av hjälp inte framkommer lika tydligt. Antal svar och dess utfall beror på om kontaktpersonerna har skickat ut påminnelser till sina anställda eller inte samt hur kontaktpersonerna uppmuntrar sina anställda att agera i frågan om enkäter.

På grund av otillräckliga observationer samt med tanke på vår urvalsmetod och det faktum att vi inte vet någonting om normalfördelningen av variablerna, har vi inte kunnat utföra en avancerad analys av interaktionerna mellan variablerna. Då urvalet inte bestått av ett jämt antal respondenter i varje sociodemografisk kategori samt att urvalet i sig är för litet för att kunna dra generella slutsatser över hela populationen, har vi inte kunnat fånga upp varför eller hur observerade attityder uppstått utan endast kunnat redovisa det aktuella läget i vårt urval.

8.3 Instrument

Vårt instrument består av en enkät som innehåller sociodemografiska frågor samt frågor om attityder och kunskaper om psykisk ohälsa. Dessa är tagna från färdiga instrument där svaren kräver en gradering mellan 1 "instämmer inte alls" och 6 "instämmer helt". Denna rangordning mellan värdena innebär att vi har ordinaldata att hantera (Edling & Hedström, 2003, s. 16). Boone och Boone (2012) förklarar att ordinalskalor innebär att vi exempelvis enbart vet att en "2" är större än en "1", dock inte exakt hur mycket större.

Inledningsvis har våra deltagare besvarat frågor som ligger till grund för våra bakgrundsvariabler. Dessa var frågor om kön, ålder, antal år som yrkesverksamma samt vilken befattning de är verksamma inom. Bakgrundsvariablerna har vi ansett som relevanta utifrån våra frågeställningar. Respondenterna har vidare fyllt i en enkät bestående av en hopslagning av CAMI-s och MAKs-s enkäter vilka använder en Likertskala som mätinstrument. Detta innebär att mätningen utgår från en observation av reaktionerna på påståenden genom att svaren fördelas på en skala mellan 1-6. CAMI-s mäter människors attityder till psykisk sjukdom och MAKs-s mäter människors kunskap om psykisk ohälsa. Dessa har vi sammanslagit till en fullständig enkät.

Vi har fått tillstånd att använda enkäterna utav kontaktpersonerna som är ansvariga för de svenska versionerna och för att nå enkäterna har vi följt länken som finns på Hjärnkolls hemsida. Torbjörn Högberg på Karolinska universitetssjukhuset gav oss tillstånd att använda en förkortad version av CAMI (CAMI-s och Lars Hansson vid Institutionen för hälsovetenskaper på Lunds universitet gav oss tillstånd för MAKs-s-enkäten.

“Frågeformuläret CAMI konstruerades ursprungligen av Taylor och Dear (1981) och innehöll i den ursprungliga versionen 40 påståenden om attityder till psykisk sjukdom. Den förkortade versionen av CAMI som vi använt oss av innehåller 21 påståenden fördelade på tre faktorer. Faktorerna angående attityderna handlar om vidsynthet/pro-integration, rädsla/ undvikande och inställning till en samhällsbaserad psykiatri” (Hjärnkoll, 2013). En motsvarande version ”för svenska omständigheter” skapades där metriska egenskaper testades av Högberg et al (2008). Gradering genom Likertskalor innebär som i sin ursprungliga version svaren från 1 “instämmer inte alls” till 6 “instämmer helt”.

Utifrån Högberg et al. (2008) följer en presentation av attitydfaktorerna i CAMI-s som har utkristalliserat sig vid prövande av metriska egenskaper av det ursprungliga instrumentet, och som frågorna grupperats kring.

1. Den första faktorn -vidsynthet och pro-integration, omfattade påståenden som tolkades i termer av empati, normalisering och integrering. 2. Den andra faktorn –rädsla och undvikande, omfattade påståenden som tolkades i termer av oviljan att bli personligen involverad. Påståendena tolkades även i samband med eventuell fara för lokalinvånare som utsätts för personer med allvarlig psykisk

sjukdom. 3. Den tredje faktorn – inställning till samhällsbaserad psykiatri, omfattade påståenden som tolkades i termer av samhällets ansvar för personer med allvarlig psykisk sjukdom, normalitet av personer med allvarlig psykisk sjukdom och upprätthållande av ett socialt avstånd.

MAKS är ett nyligen konstruerat frågeformulär för att undersöka kunskaper om psykisk ohälsa. Formuläret konstruerades i England av Evans-Lacko et. al (2010) och har visat goda metriska egenskaper såsom validitet och reliabilitet. Den mäter det den avses att mäta och på rätt sätt. MAKS innehåller 12 påståenden, sex som berör kunskap om behandling/rehabilitering av personer med psykisk ohälsa, och sex påståenden där man tar ställning till om olika psykiatriska tillstånd är en sjukdom eller ej (Hjärnkoll, 2013). Även denna enkät användes i denna undersökning men då i sin svenska version. Gradering genom Likertskalor innebär i MAKS-s ursprungliga version, svaren från 1 “stämmer inte alls” till 5 “instämmer helt”. I vår undersökning har vi använt oss av en Likertskala mellan 1-6 och detta har vi även gjort för MAKS-s delen för att det ska motsvara den första delen av enkäten där 1-6 graderingen användes. Denna förändring gjordes eftersom skalorna inte ska få skiljas åt gällande gradering. Den sammanslagna enkäten med både CAMI- och MAKS-s har vi lånat från Hjärnkolls hemsida.

Påståenden presenteras per attitydfaktor och markeras med bokstäver för att förenkla redovisningen i kapitel 9. Kunskapsfrågorna presenteras på samma sätt och markeras med siffror för att förenkla redovisningen. Alla påståenden finner ni i bilaga 12.1.

8.4 Datainsamling

Undersökningen utfördes mellan den 27/11 - 7/12 2017. Vi tog kontakt med socialtjänsten i Helsingborgs kommun genom ett e-postmeddelande till respektive ansvarig kontaktperson inom tre olika förvaltningar - Socialförvaltningen, Arbetsmarknadsförvaltningen samt Vård och Omsorgsförvaltningen. Vi valde Helsingborgs kommun av ett bekvämlighetskäl då vi kunde få hjälp av vår handledare att nå rätt kontaktpersoner. Respektive kontaktperson vidarebefordrade undersökningen internt till sina yrkesverksamma socionomer. Kontaktpersonerna skickade samma vecka en påminnelse i syfte att påminna sina anställda om att fylla i enkäterna. Några av kontaktpersonerna var inte tillgängliga på e-post de första dagarna vilket gjorde att vår ursprungliga tidsram på en vecka gick i stöpet. Att kontaktpersonerna fick en större tidsram för utskick ansåg vi

var viktigare än stänga undersökningen på utsatt tid. Därmed blev svarstiden på enkäten elva dagar istället för sju.

Enligt Vetenskapsrådets forskningsetiska principer inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning, var noggrannheten stor att i breven tydligt visa vår uppskattning av deltagarnas hjälp att fylla i enkäterna. Detta för att utförandet och presentationen av en välgrundad kandidatuppsats skulle kunna utföras. Vi förklarade syftet samt ämnets relevans och informerade de tillfrågade deltagarna om att våra resultat kommer att delges till dem som responderar. I brevet framkom tydligt att vi som författare har ansvaret för att deltagarnas information säkerställs och inte kommer till användning i annat syfte än i denna uppsats, samt att deltagarna förblir helt anonyma. Anledningarna till varför de sociodemografiska frågorna var obligatoriska beskrevs i brevet utifrån den vikt de har för att ge oss ett statistiskt underlag. En angiven tidsram för den tid som skulle behövas för att fylla i enkäten angavs även. Ett samtycke blev underförstått när vi fick tillgång till de besvarade enkäterna. Enkäterna är dessutom direkt anonymiserade.

8.5 Urval

Vårt urval kommer från en tydlig definierad population av intresse för vår undersökning (Barmark & Djurfeldt 2015). Vi har utfört en icke-slumpmässig stickprovsundersökning, det vill säga att inte alla från populationen i fråga haft lika stor chans att väljas ut (Bryman, 2011). Av bekvämlighetsskäl valde vi att distribuera vår enkät inom socialtjänstens tre förvaltningar i Helsingborgs kommun, via respektive kontaktpersoner. Kontaktpersonerna har skickat ut vårt brev med länken till webbenkäten till sina yrkesverksamma socionomer. Genom vårt målstyrda urval fokuserade vi på myndighetsutövande socionomer och icke-myndighetsutövande socionomer. Insamlandet av de sociodemografiska frågorna bestående av ålder, kön och antal år som yrkesverksamma motiveras då de ligger som ett statistiskt underlag till våra analyser. Alla enkäter kom tillbaka fullständigt ifyllda eftersom det handlade om en webbenkät där alla frågor var obligatoriska att svara på för att enkäten skulle kunna skickas in. Socialförvaltningen i Helsingborg har cirka 600 anställda. Hur många som innehar en socionomexamen har vi ingen information om, och inte heller hur många som har svarat från varje förvaltning. Vi har fått respons från 51 yrkesverksamma socionomer.

8.6 Forskningsetiska överväganden

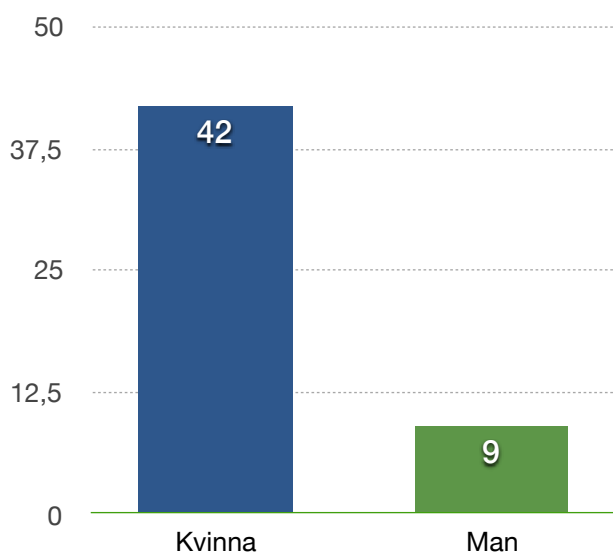
Vår undersökning följer de etiska principer som gäller för svensk forskning. Vi har följt informationskravet som innebär att respondenterna har fått information om syftet med undersökningen samt information om att deras deltagande är frivilligt. De har fått veta vad undersökningen kommer att innehålla. Fortsättningsvis har vi följt kravet om samtycke där deltagarna själva har fått bestämma över sin medverkan. Alla uppgifter som framkommit i undersökningen, har vi garanterat respondenterna kommer att hanteras med stor försiktighet då de är konfidentiella. Vi har garanterat att våra resultat inte kommer att föras vidare till någon annan eller användas någon annanstans än i vår undersökning. Detta beslut tog vi för att uppfylla konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Bryman, 2008, s.129-130).

Ursprungligen var tanken att undersöka hur människor med psykisk ohälsa upplever sin position i samhället. Efter noga övervägande om respondenterna skulle kunna komma till skada av undersökningen, kom vi fram till att ett deltagande kan vara obehagligt om respondenterna själva lider av psykisk ohälsa. Detta beslut grundar sig även i de etiska principer som finns gällande undersökningar, där det bland annat framkommer att man skall vara ytterst försiktig om man inkräktar på någons privatliv. Därför har vi valt att inte distribuera enkäten till människor med psykisk ohälsa med hänvisning till den känslighet och de etiska dilemman detta kan innebära (Bryman, 2008, s. 130).

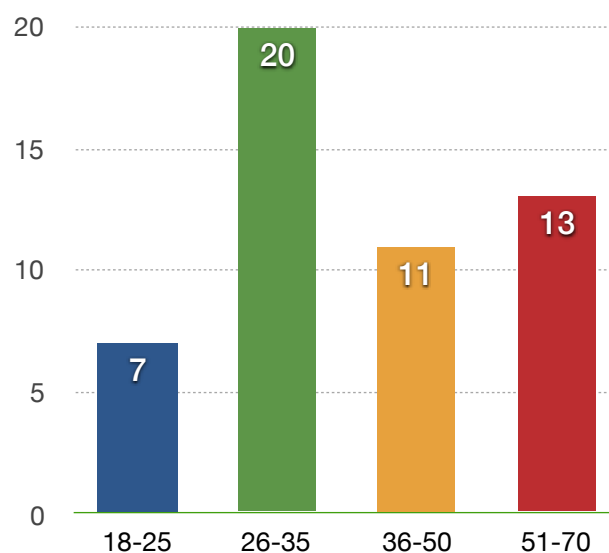
Vi har istället valt att fokusera på socialarbetares attityder till människor som lider av psykisk ohälsa. Då vi valt en yrkesgrupp och studerar deras attityder till människor som lider av psykisk ohälsa riskerar vi inte att inkräkta på någons privatliv. Naturen i forskningen ligger i ett yrkesverksamt perspektiv där den privata aspekten är irrelevant. När vi har funderat över huruvida ett deltagande kan vara skadligt för respondenterna har vi resonerat kring faktumet att ett deltagande kan vara obehagligt. Detta är en fråga man bör resonera kring enligt Statement of ethical practice, där vi som undersöker något skall sträva efter att minimera negativa konsekvenser hos deltagarna (Bryman, 2008). Det vi har kommit fram till är att eftersom deltagandet sker utifrån ett yrkesverksamt perspektiv med ytterst lite information om deltagarnas bakgrund bör risken för obehag vara minimerad. Eftersom vi inte vet någonting om och inte heller försöker ta reda på deltagarnas egna erfarenheter och eller upplevelser av psykisk ohälsa undviker vi att göra intrång i deras privatliv (Bryman, 2008). Det som kan vara problematiskt med att inte fråga om dessa

upplevelser är att frågorna kan upplevas obehagliga om man själv har erfarenheter eller upplevelser av psykisk ohälsa, och då känner sig träffad. Om frågan hade ställts om dessa upplevelser hade vi kunnat göra valet att de som hade egna erfarenheter och upplevelser av psykisk ohälsa inte längre kunde delta. Detta hade med ännu större säkerhet kunnat skydda deltagarna från obehag. Problemet med ett sådant beslut hade varit att vi då endast hade fått svar från socialarbetare som inte har upplevelser och erfarenheter av psykisk ohälsa. Eftersom en stor del av befolkningen bevisligen lider av psykisk ohälsa, hade resultatet av socionomernas attityder till psykisk ohälsa blivit snedfördelade. Diagrammen nedan visar respondenternas fördelning efter våra bakgrundsvariabler och resultaten är presenterade per antal. Detta då vi senare i uppsatsen redovisar resultaten i procent och vill ge er en tydlig bild av vad procenten innefattar, exempelvis 9 män = 100%.

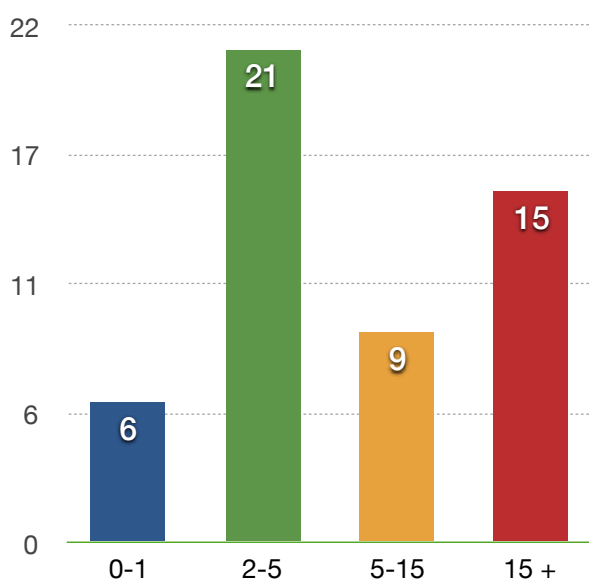
Kön



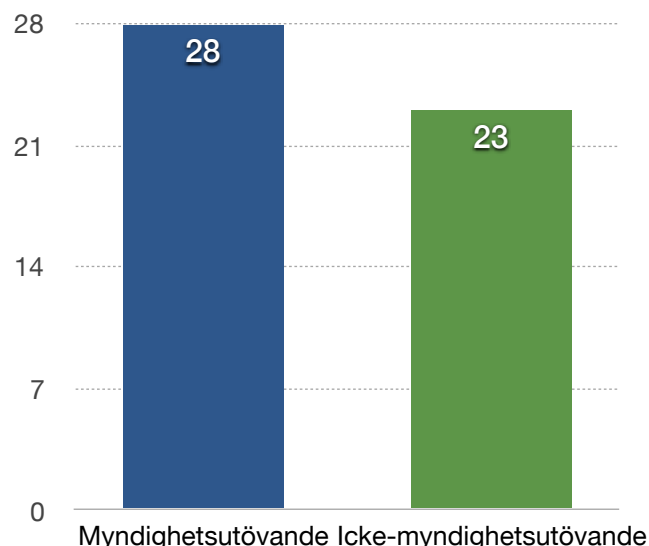
Ålder



Yrkeserfarenhet



Befattning



8.7 Arbetsfördelning

Vi har delat upp arbetet utifrån våra kunskaper och intresseområden. Sofia har stått för utformningen av enkäten, kommunikationen med respondenterna, resultatredovisningen samt formalia och språk. Maja har stått för utvärderingen av enkäterna i SPSS samt arbetet med att hitta och presentera relevant forskning. Båda har arbetat med teori samt analys och diskussion av resultaten.

9. Resultat

För att få fram ett resultat har vi använt oss av en deskriptiv analys i form av presentation av våra variabler inklusive tabulering och stapeldiagram (Edling & Hedström, 2006). Deskriptiv statistik har inkluderat översikten av antal procent av svaren per fråga (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen, s. 49) i hela urvalet samt i förhållande till våra utvalda sociodemografiska bakgrundsvariabler. Vi har använt oss av korstabeller för att observera trender och mönster, samt det icke-parametriska testet Chi-två för att pröva om det förekommer statistiskt signifikanta samband mellan variablerna. Det icke-parametriska och fördelningsfria Chi square testet är ett "test av oberoende i korstabeller" och används för analys av "förhållandet mellan kvalitativa variabler" (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen, s. 213). Den signifikansnivå vi utgått från i våra analyser av sambanden är $p < 0.05$. När ett resultat visat på ett värde under 0.05 har skillnaden förståtts som signifikant, det vill säga betydelsefull i jämförelsen.

Längre ner i kapitel nio kommer tabeller med Chi-Två siffror att presenteras. Dessa visar hur de signifikanta skillnaderna ser ut och vilka samband som förekommer mellan variablerna. Alla resultat som presenteras innefattar hela urvalet. 51 respondenter - 100%. Vi har kategoriserat in svaren i tre delar där siffrorna 1-2 innebär negativa svar, 3-4 neutrala svar och 5-6, positiva svar. När vi refererar till positiva svar, svar placerade på mitten av spektrat samt negativa svar i diskussionen syftar vi därmed på ovan nämnda grupperingar.

9.1 Gruppering av resultat enligt attitydfaktorer

För att ge en bild utav hur frågorna har besvarats av urvalsgruppen presenteras här en sammanfattande bild av hur våra respondenter har svarat avseende attityder till människor med

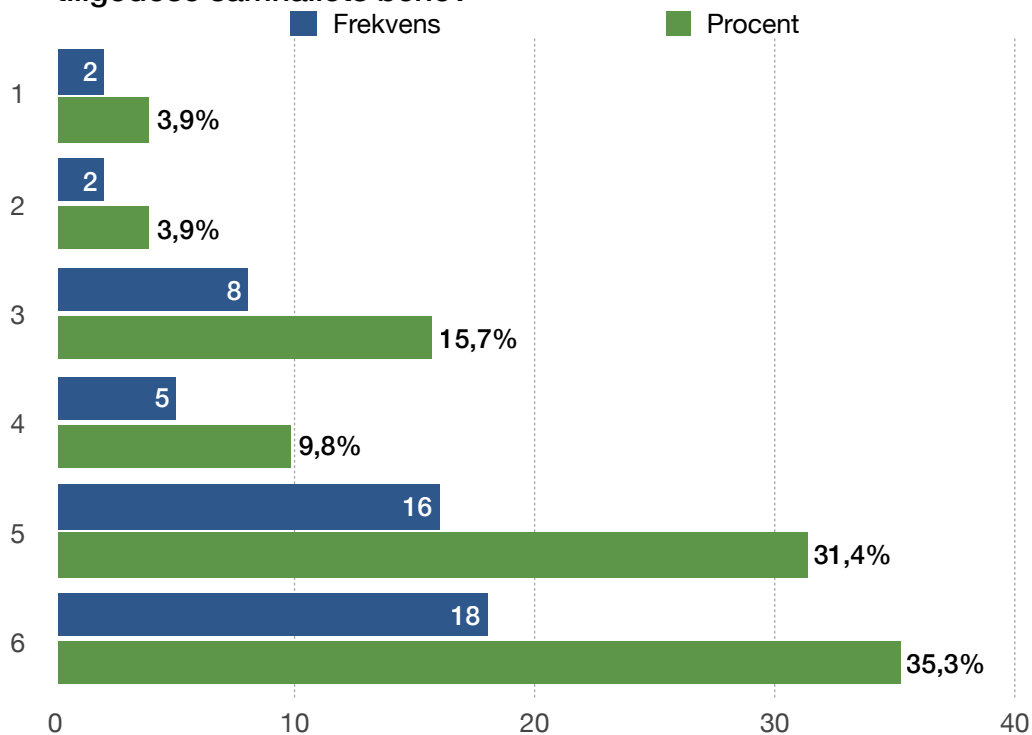
psykisk ohälsa. Resultaten är övergripande och syftet med presentationen är att redovisa hur svarsmonstret avseende CAMI-s enkät ser ut. Resultaten i avsnittet hjälper oss att besvara vår första övergripande frågeställning gällande vilka attityder till människor med psykisk ohälsa som vi kan synliggöra bland yrkesverksamma socionomer. Nedan kommer vi presentera en sammanfattning om hur attityderna fördelar sig genom de tre olika attitydfaktorerna, vilka CAMI-har skapat. Ett fåtal diagram kommer att presenteras nedan för att ge stöd i de sammanfattningar kring varje attitydfaktor vi tagit fram och en kort förklaring till varje resultat ligger ovanför respektive diagram. Resterande diagram presenteras i bilaga 12.2.

Attitydfaktor 1 - Vidsynthet och pro-integration (Högberg et al., 2008) bestående av 9 påståenden.

Avseende attitydfaktor 1 kan vi genom analysen av resultaten som presenteras nedan, konstatera att våra respondenter överlag visar på öppenhet och gynnsamma attityder som stödjer integrering av människor med psykisk ohälsa. Detta ser vi särskilt på de frågor som på ett konkret sätt talar i termer om inkludering och isolering av dessa människor. På vissa frågor som är mer tolkande och nyanserade som påstående B, såg vi en del variationer i svarsfördelningen.

A. Gällande påståendet om att *lokalbefolkningen bör acceptera att en psykiatrisk verksamhet utlokaliseras till deras bostadsområde för att tillgodose samhällets behov* ger ungefär 67% av respondenterna ett positivt svar medan ungefär 26% svarar neutralt och cirka 8% negativt.

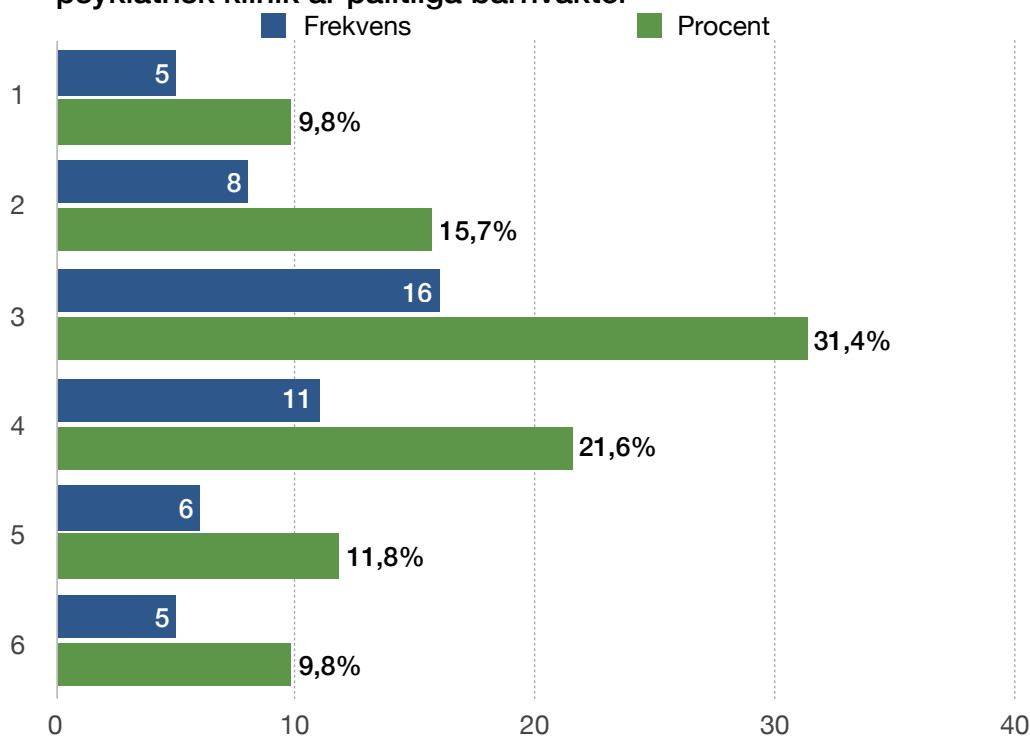
Figur A. Lokalbefolkningen bör acceptera att en psykiatrisk verksamhet utlokaliseras till deras bostadsområde för att tillgodose samhällets behov



De svar som respondenterna givit visar att majoriteten instämmer med påståendet om hur lokalbefolkningen bör hjälpa till för att tillgodose samhällets behov.

B. På påståendet om att de flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter svarar cirka 53% av respondenterna neutralt medan ungefär 26% svarar negativt och 22% positivt.

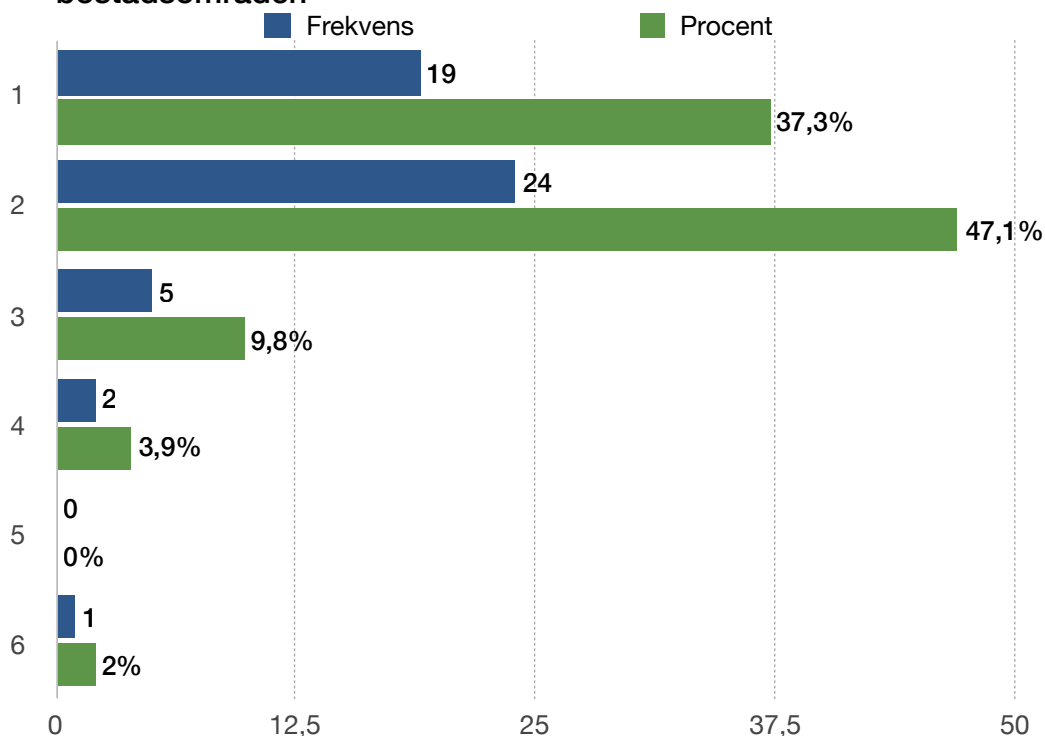
Figur B. De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter



Att majoriteten av respondenterna, det vill säga 53%, har svarat neutralt kan tolkas som att det beträffande detta påstående råder något större osäkerhet. Samtidigt är andelen negativa svar större än andelen positiva, vilket visar på att en övervägande majoritet inte instämmer med påståendet. Påståendet ger oss en mer otydlig bild av respondenternas attityder, vilket gör att svaret på vår första övergripande frågeställning blir mer komplex. Det kan vara så att respondenterna tolkar påståendet som ett ställningstagande om personers lämplighet till barnpassning istället för att mäta deras attityder till psykisk ohälsa.

D. Vad gäller *psykiatriska verksamheter bör inte förläggas till bostadsområden* så ger det en omvänd svarsskala där negativa svar anger att man inte har något emot att verksamheterna förläggs till bostadsområden och där positiva svar anger motsatsen. På detta påstående svarar ungefär 84% socionomerna negativt medan cirka 14% ger neutrala svar och 2% svarar positivt.

Figur D. Psykiatriska verksamheter bör inte förläggas till bostadsområden

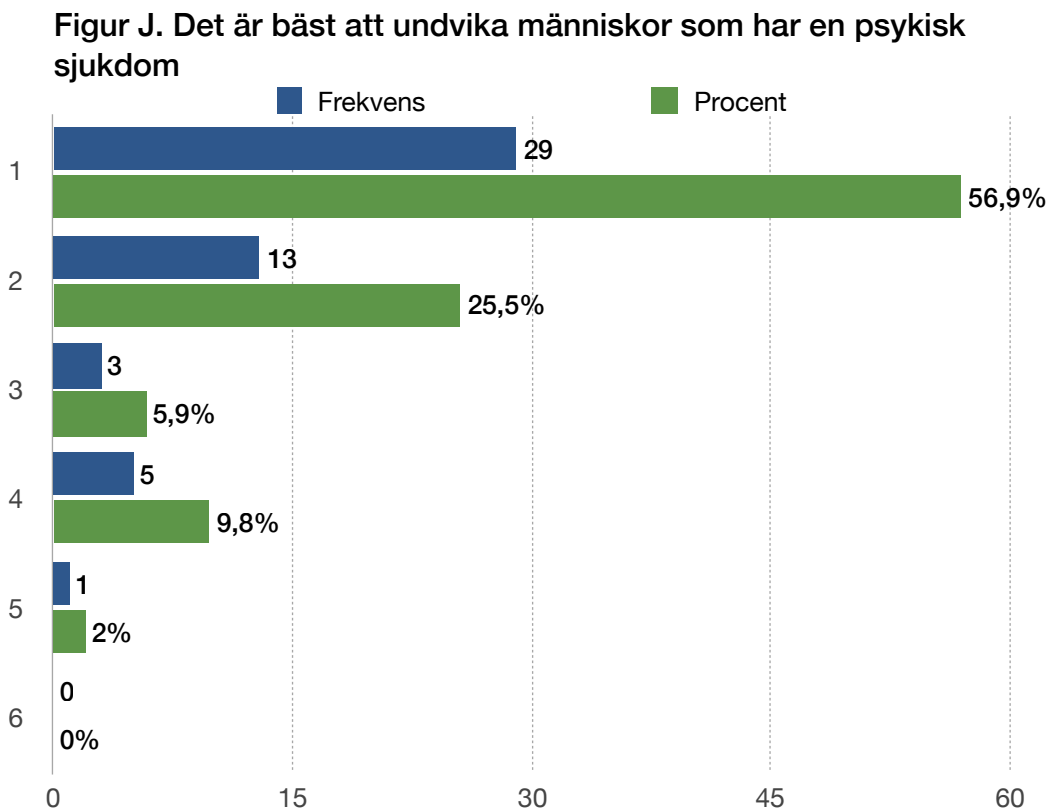


En övergripande majoritet av respondenterna gällande det här påståendet instämmer inte och svaret kan försiktigt tolkas som att socionomerna är för att psykiatriska verksamheter förläggs till bostadsområden. Utifrån Katz (1960) instrumentella nyttofunktion kan ett positivt ställningstagande förändras om de själva har en strävan att bo i ett sådant bostadsområde.

Attitydfaktor 2- Rädsla och undvikande (Högberg et al., 2008) bestående av 6 påståenden

Avseende attitydfaktor 2 kan vi genom analysen av resultaten konstatera att våra respondenter övervägande inte visar rädsla eller undvikande attityder gentemot människor med psykisk ohälsa. Gällande påstående N kan vi exempelvis se en större spridning av resultatet där viss svarsfördelning indikerar ett visst avståndstagande och möjlig rädsla. I jämförelse med resultaten i attitydfaktor 1 har vi här observerat något större variationer i svarsfördelningen, vilket ger oss en indikation på att attityderna som hjälper oss att svara på vår första övergripande frågeställning inte är stringent genom alla attitydfaktorer utan faktiskt visar på vissa skillnader.

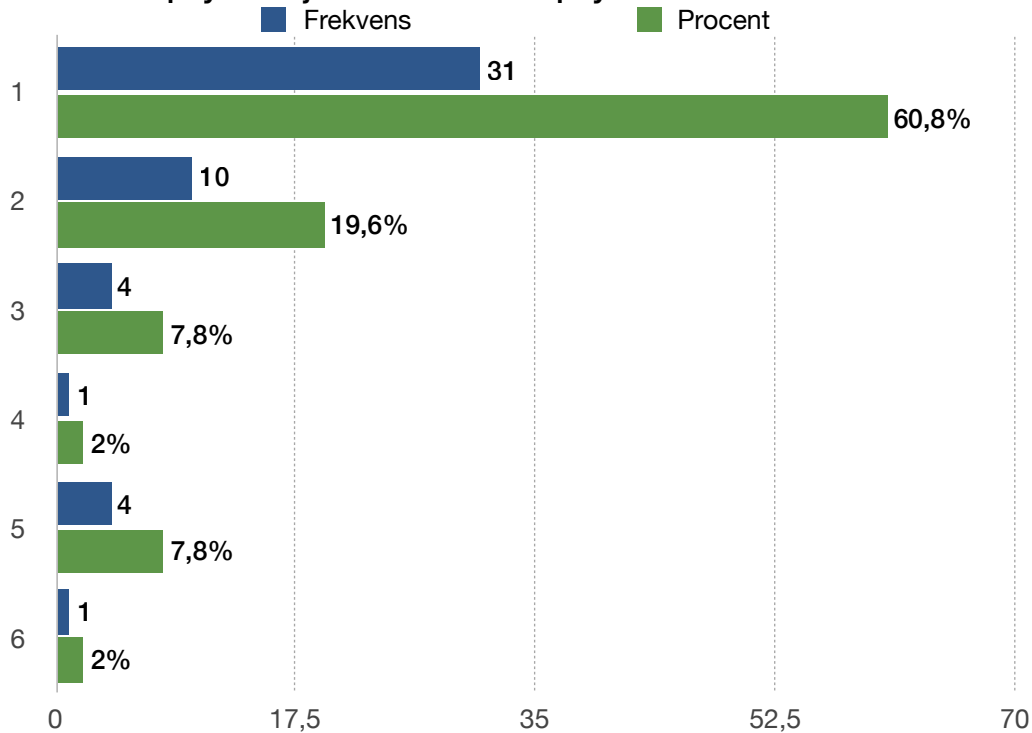
J. Vad gäller *det är bäst att undvika människor som har en psykisk sjukdom* där svarsskalan är omvänd svarar våra respondenter 82% negativt, det vill säga att de inte tycker att man bör undvika dessa människor. 15% svarar neutralt och endast 2% positivt.



Majoriteten av respondenterna i studien instämmer inte till påståendet och resultatet kan med försiktighet tolkas som att socionomerna anser att man inte bör undvika människor som har en psykisk sjukdom. Här kan vi koppla resultatet till Katz (1960) personförsvarsfunktion som pekar på förmågan att skydda sig själv från ens grundläggande sanningar. Kanske uttrycker respondenterna åsikter som försvarar deras personliga identitet i deras givna sammanhang och när ett hot eller upplevd frustration upplevs kan attityden förändras. Med tanke på att en stor majoritet inte instämmer med påståendet kan åsikterna vara idealistiska för deras förväntan på dem själva och deras kontext snarare än en realitet.

K. Liksom påståendet ovan innebär negativa svar större öppenhet. Angående *jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom för att få psykiatrisk vård* svarar 80% negativt, 10% neutralt och 10% positivt.

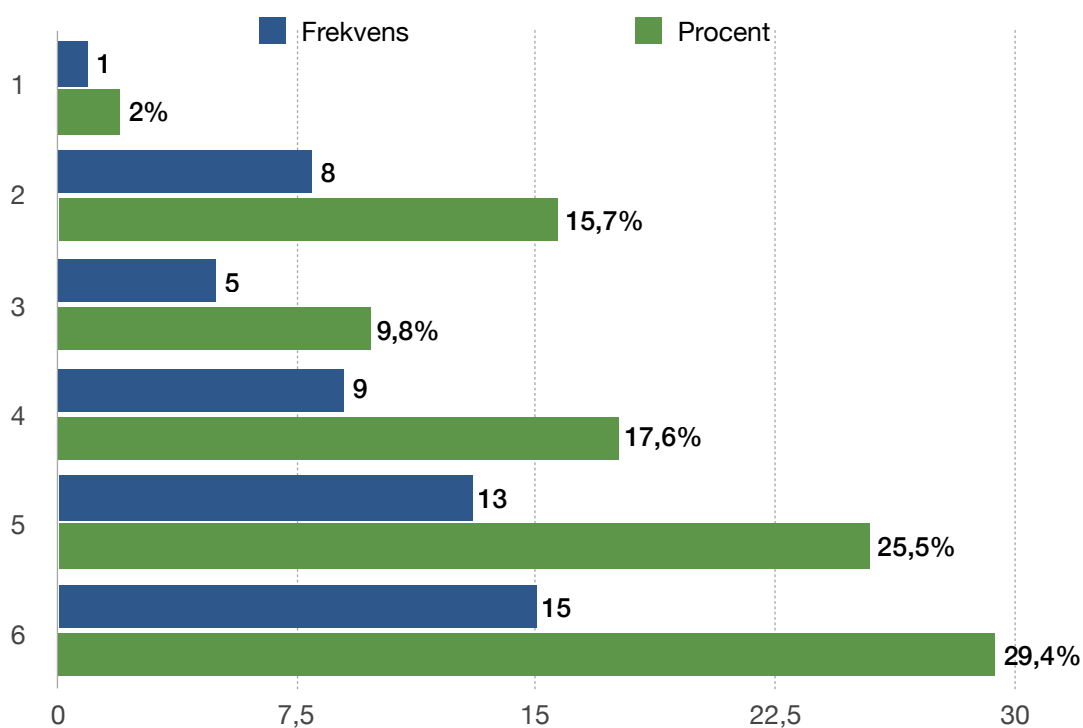
Figur K. Jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom för att få psykiatrisk vård



Fördelningen i diagrammet visar på att en majoriteten av våra respondenter inte har något emot att bo granne med någon som har haft en psykisk sjukdom och fått psykiatrisk vård för denna. Svaret på vår övergripande frågeställning blir här väldigt tydligt grupperad. Ändock kan man likt påstående J koppla resultatet med Katz (1960) personförsvarsfunktion och fundera över hur svarsfördelningen skulle sett ut respondenterna bodde i ett sådant område.

N. Angående Den lokala befolkningen behöver inte vara rädd för de människor som besöker deras närområde för att få psykiatrisk vård svarar 18% negativt, 27% neutralt och 55% positivt.

Figur N. Den lokala befolkningen behöver inte vara rädd för de människor som besöker deras närområde för att få psykiatrisk vård



Här ser vi ett exempel på en fördelning som visar på större variationer. Trots att lite mer än hälften av våra respondenter instämmer med påståendet så är resterande svarsfördelning utspridd i en fallande trend. Katz (1960) värderingsfunktion ser attityder som någonting som stärker ens värderingar eller känsla. Funktionen pekar på förmågan att känna tillfredsställelse av att uttrycka personliga värderingar. Respondenterna kan därför ha spridda åsikter i den här frågan beroende på vilka positiva effekter den givna attityden ger på individens personliga värderingar. Respondenternas erfarenheter av målgruppen och närheten till dessa kan därmed skapa vissa attityder som i sin tur passar med ens värderingar.

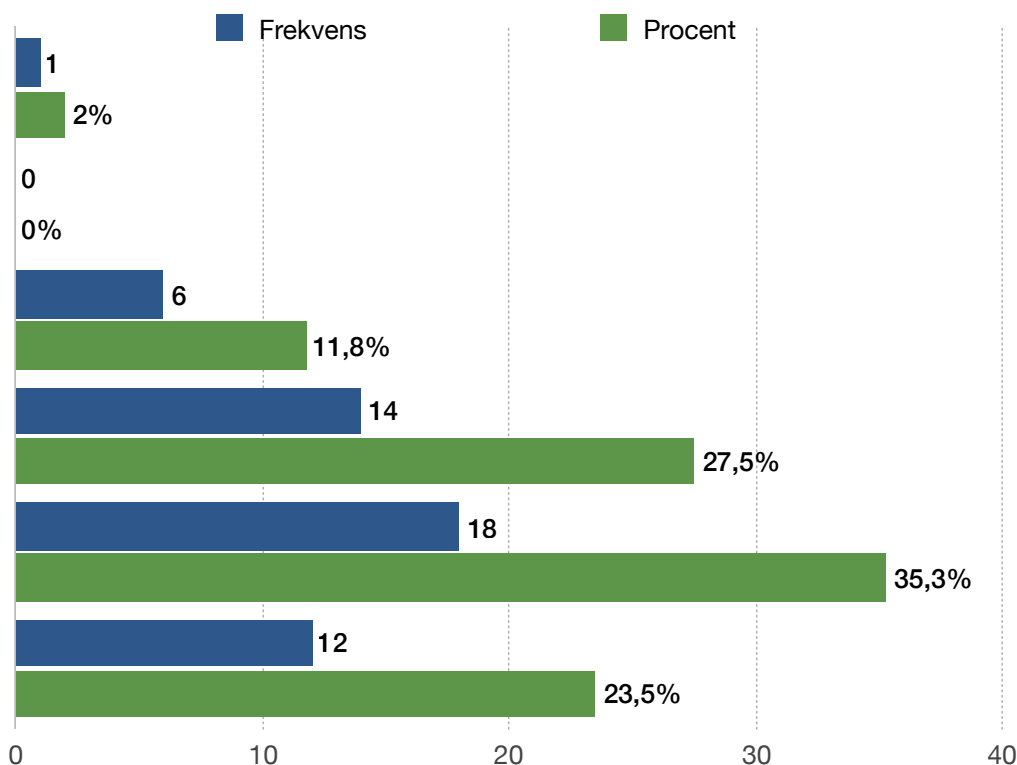
Attitydfaktor 3 - Inställning till samhällsbaserad psykiatri (Högberg et al., 2008) bestående av 6 påståenden.

I attitydfaktor 3 visar våra respondenter överlag på en positiv inställning till samhällsbaserad psykiatri. Detta ser vi särskilt i de frågor som på ett tydligt och konkret sätt syftar till öppenvård som en intervention för dessa människor, samt de påståenden som syftar på dessa människors exkludering från samhället. Kopplat till vår första övergripande frågeställning visar dessa resultat på

att denna attitydfaktor står för våra respondenters tydligaste svarsfördelningar. Våra respondenter tar här är en övervägande positiv attityd gällande inställningen till samhällsbaserad psykiatri.

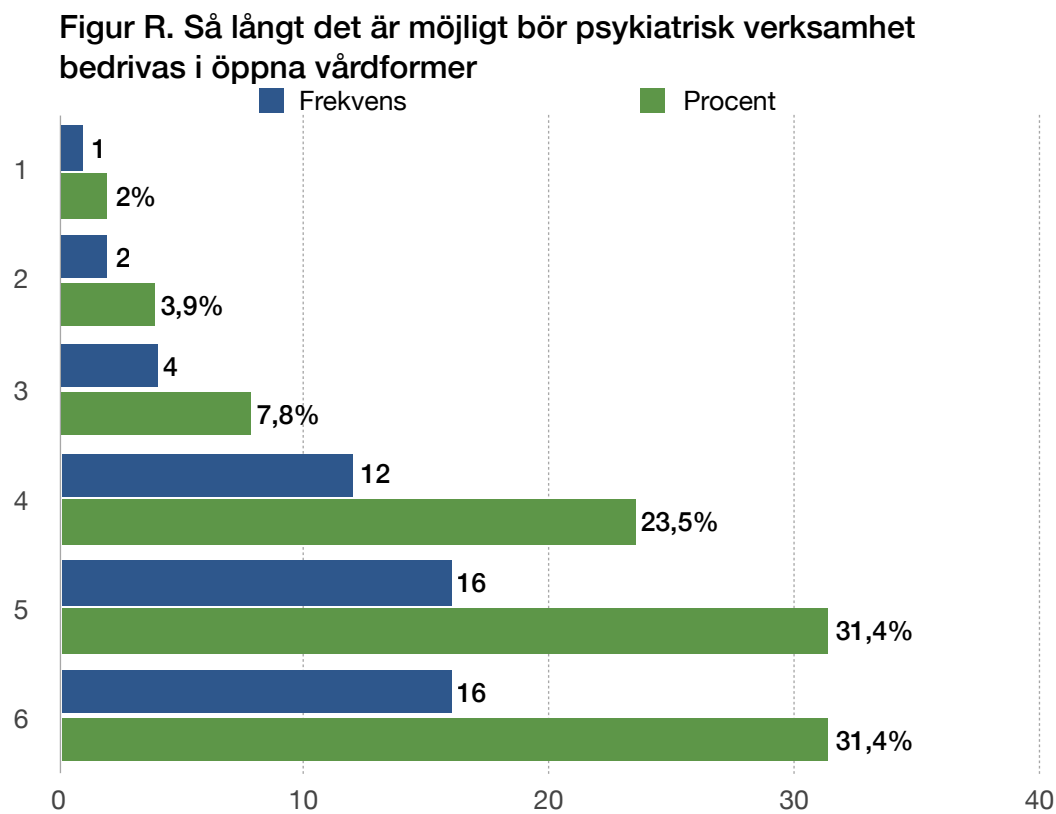
P. På påståendet *den bästa behandlingen för människor med en psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället* svarar våra respondenter 2% negativt, 39,% neutralt och 59% positivt.

Figur P. Den bästa behandlingen för människor med en psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället



Resultatet är övervägande positivt med en fallande svarstrend. Däremot finns det en större andel neutrala svar. Detta resultat får oss att fundera på vår sista förklarande frågeställning som berör förhållandet mellan kunskap om psykisk ohälsa och attityden till samma målgrupp då delaktighet är ett begrepp som används i sammanhang där behandling diskuteras. Kunskapsfunktionen som presenteras av Katz (1960) kan även ge en förklaring till fördelningen då attityder ger adekvat struktur till kunskapen. I diagrammet kan vi inte se hur svarsfördelningen ser ut mellan våra två yrkesgrupper men en skillnad i svarsfördelningen skulle kunna ligga i det faktum att alla respondenter inte arbetar behandlande och att de därför kan ha en neutral attityd som fyller sin kunskapsfunktion och inte behöver förändras förrän attityden inte längre är till hjälp för individen.

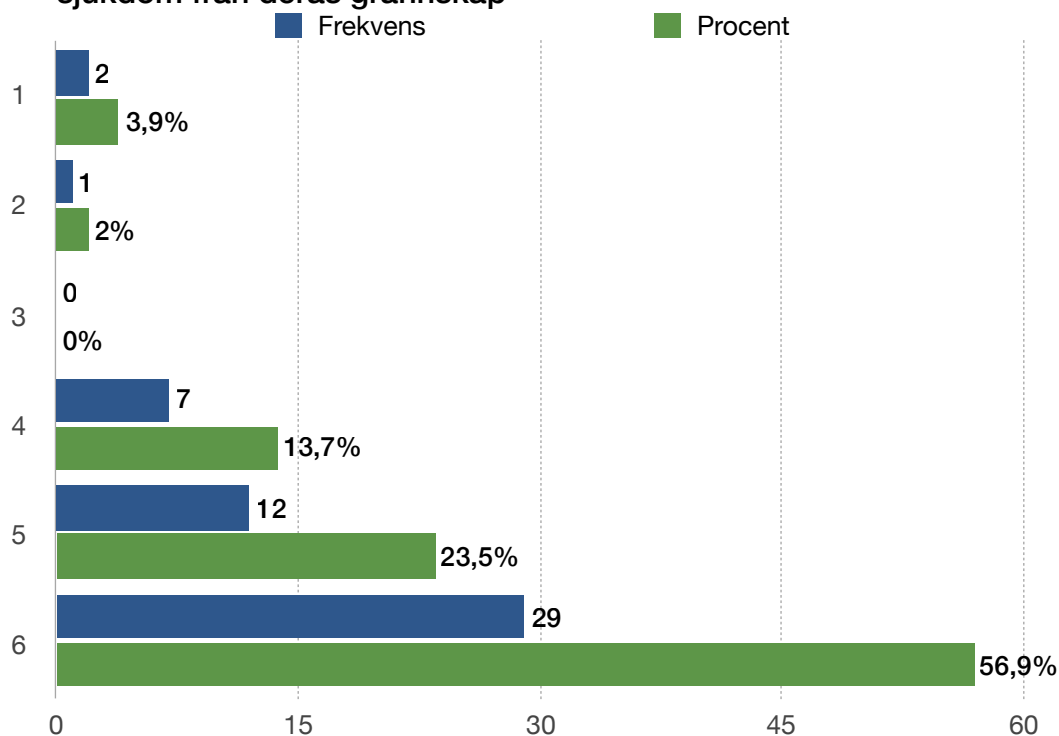
R. Angående så långt det är möjligt bör psykiatrisk verksamhet bedrivas i öppna vårdformer svarar våra respondenter 6% negativt, 31% neutralt och 63% positivt.



Majoriteten av vårt urval visar att de är öppna till det faktum att psykiatriska verksamhet bör bedrivas öppet. Däremot går svarsfördelningen även här nedåt i en fallande trend. Gällande vår frågeställning om förhållandet mellan socionomernas kunskap och attityder, kan resultatet här tyda på att svarsfördelningen är utspridd beroende på kunskap om effektiva behandlingsmetoder och vårdformer.

S. Om påståendet *ingen har rätt att utestänga människor med en psykisk sjukdom från deras grannskap* svarar våra respondenter 83% positivt, 14% neutralt och endast 6% negativt.

Figur S. Ingen har rätt att utestänga människor med en psykisk sjukdom från deras grannskap



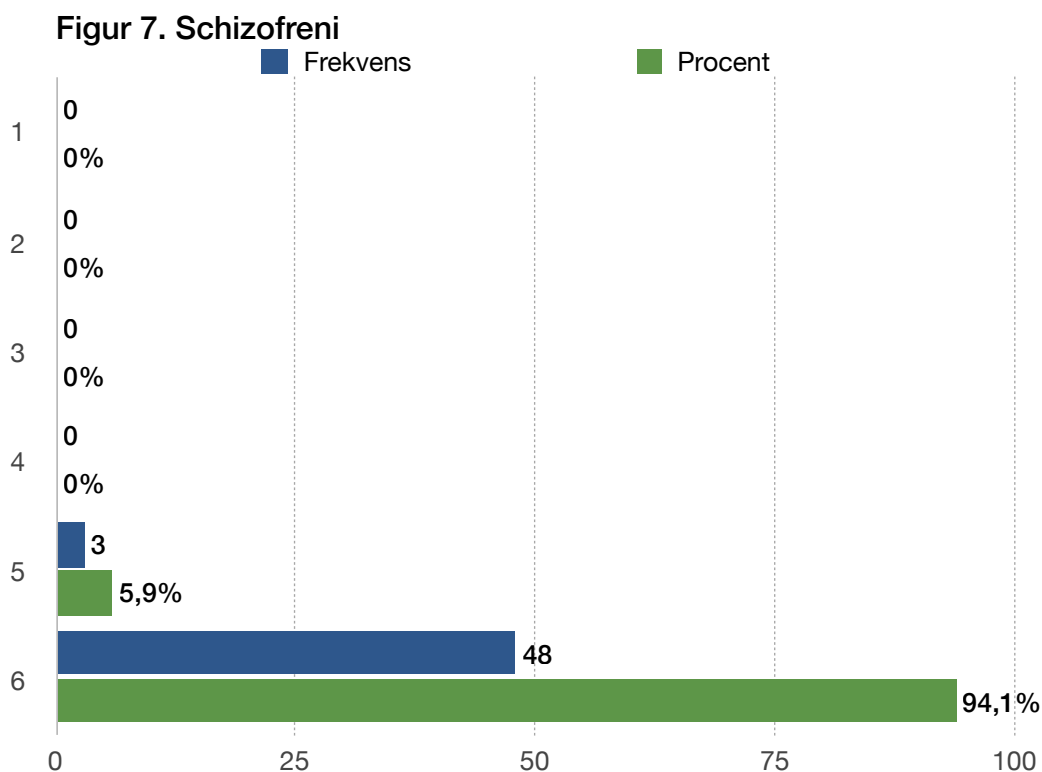
Resultatet visar på att våra respondenter anser att man inte bör utestänga dessa människor från sitt grannskap. Likt resultatet på figur J och K kan man fundera över om Katz (1960) personförsvarsfunktion spelar in på svarsfördelningen. Att starkt svara att man är för inkluderingen kan visa på ett starkt försvar av den egna personen och ens uppbyggda identitet. Om påståendet hade varit formulerad så att undran ligger i om respondenterna velat bo i ett grannskap bland människor med psykisk sjukdom kanske resultaten hade fördelat sig annorlunda, antingen åt ett mer positivt håll då kunskapen om människor som lider av psykisk ohälsa beteende, eller åt ett negativt håll där ens gamla attityder är negativa för ens nuvarande värderingar på grund utav nya erfarenheter.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att det inte förekommer några utmärkande mönster gällande attitydfaktor 1,2 och 3 som skulle kunna tyda på att respondenterna har negativa attityder, visar på rädsla och undvikande, eller har en negativ inställning mot samhällsbaserad psykiatri.

9.2 Kunskap om psykisk ohälsa i vårt urval

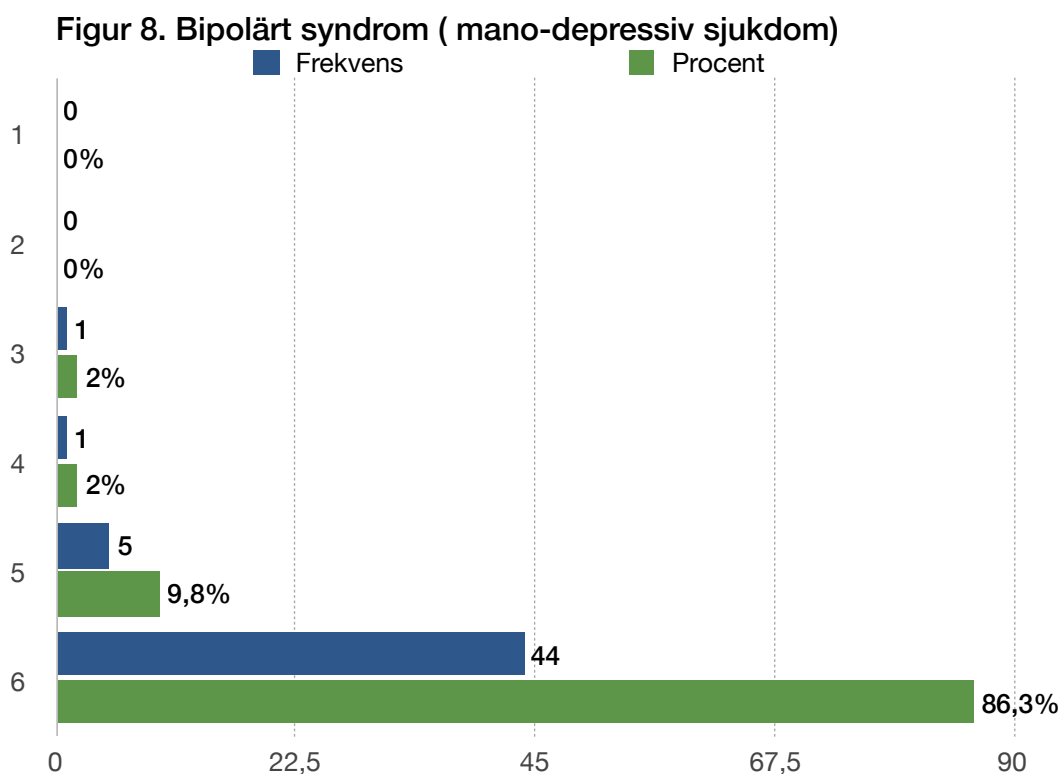
Med tanke på att vi bland annat vill undersöka hur relationen mellan attityderna och kunskaperna ser ut hos våra respondenter och vilka samband som förekommer mellan variablerna, så är det relevant för oss att även undersöka hur kunskaperna ser ut i ämnesområdet. Detta har vi gjort genom att låta våra respondenter svara på kunskapsfrågor från MAKS-enkäten. Gällande kunskapsfrågorna och graderingen 1-6 där 1 ”Instämmer inte alls” och 6 ”Instämmer helt”, innebär högre gradering på skalan större kunskap. Tvärtom blir det på frågorna om sorg och stress där svarsalternativ 1 innebär störst kunskap. Den här presentationen hjälper oss även att svara på vår andra övergripande frågeställning som rör synliggörandet av kunskaperna i vårt urval. En sammanfattad bild av resultatet presenteras här, tillsammans med några diagram med specifika påståenden som visar på den svarsfördelning som vi gjort en sammanfattning utav. Även här inleds varje diagram med en förklaring kring vad resultatet visar. Resterande diagram finner ni i bilaga 12.3.

7. 100% av våra respondenter svarar att *schizofreni* är en sjukdom.



Här svarar våra respondenter fullständigt positivt vilket indikerar att våra respondenter är väl medvetna om att detta är en sjukdom. Här kan vi, kopplat till vår övergripande frågeställning enkelt se att välkända psykiska sjukdomar såsom schizofreni enar vår respondenter.

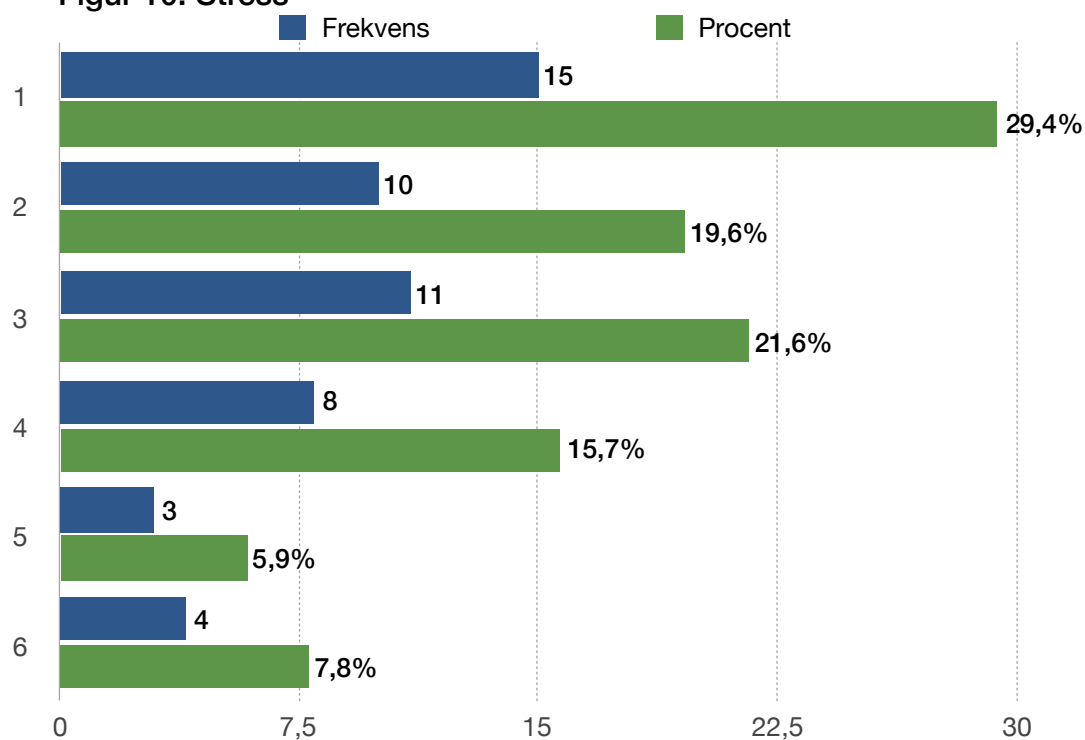
8. Om bipolärt syndrom (mano-depressiv sjukdom) är en sjukdom svarar våra respondenter 96 % positivt och 4% neutralt på, det vill säga att dem instämmer med att så är fallet.



Likt frågan om *schizofreni* är en sjukdom visar det övervägande positiva resultatet på att respondenterna är medvetna om att bipolärt syndrom är en sjukdom. Att det finns en liten variation i svarsfördelningen här gentemot frågan om schizofreni kan bero på att framställningen av schizofreni i media varit betydligt större där det fått stå som flaggskepp för begreppet psykisk sjukdom på ett sätt som den bipolära sjukdom inte gjort i samma utsträckning.

10. Frågan om *stress* är en psykisk sjukdom gav ett mer spritt utslag av resultaten. På den här frågan är negativa svar det korrekta svaret, det vill säga att stress inte är en sjukdom. 49% svarar negativt, 37% neutralt och 15% positivt.

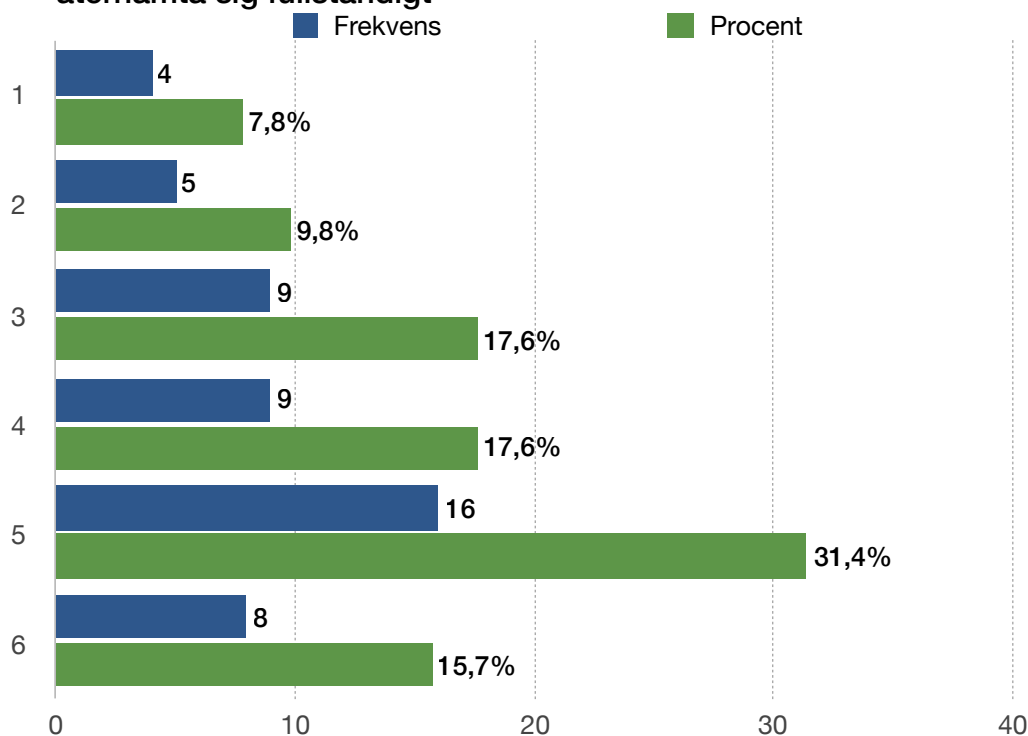
Figur 10. Stress



Med hjälp av diagrammet kan vi se att det råder större osäkerhet här än gällande påståenden som är mer välkända sjukdomsbegrepp. Här skulle osäkerheten kunna tyda på huruvida man samtalar om stress idag, och hur tätt ihopkopplat det är med utmattningssyndrom som faktiskt är en sjukdom. (Sjukvårdsupplysningen, 2018). Det kan därmed vara svårt att dra gränsen kring vad som är en riskfaktor och vad som är en sjukdom.

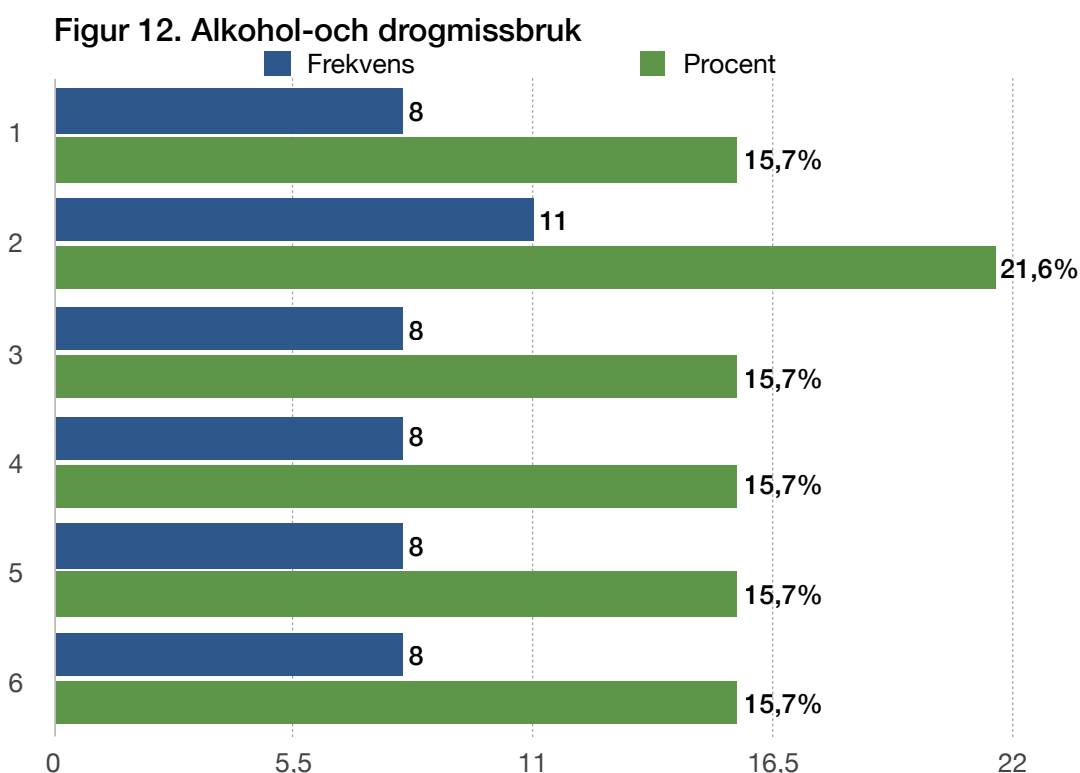
5. På frågan om människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt svarar våra respondenter cirka 18% negativt, 36% neutralt och 47% positivt och här innebär en ett högre svarsalternativ att man instämmer med påståendet.

Figur 5. Människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt



Svarsfördelningen visar på en positiv syn på återhämtning av en psykisk sjukdom men svarsfördelningen visar också på att synen och kunskapen om återhämtning är utspridd vilket kan tyda på viss osäkerhet kring huruvida man kan behandla psykiska sjukdomar. Detta är ett intressant resultat då det leder oss till vår hypotes H5, som handlar om vi kan se ett samband mellan attityder och kunskap. Enligt Katz (1960) kunskapsfunktion skulle resultatet kunna indikera på behovet av kunskap. En socionom som arbetar människonära kan tänkas behöva större kunskap om effekterna av återhämtning från en psykisk sjukdom för att utföra ett gott arbete och därmed visar dem på ett positivt resultat. De socionomer som inte arbetar nära dessa personer och inte upplever sig ha ett behov av mer kunskap om återhämtning för att kunna utföra sitt dagliga kan därmed visa på mer neutrala resultat, då deras attityder ger adekvat struktur till deras kunskaper.

12. Frågan om *alkohol-och drogmissbruk*, där ett högt svarsalternativ visar på att man anser att det är en sjukdom är jämt fördelade över spektrat. Cirka 37% svarar negativt, 31% neutralt och 31% positivt.



Svaren är nästan helt jämt fördelade över spektret vilket kan tyda på att våra respondenter är osäkra på och visar en tveksamhet kring huruvida detta är en sjukdom eller inte. Värt att nämna är att alkohol och missbruk är en sjukdom. Det här resultat anser vi är intressant då kunskap och attityder som tidigare nämnts i kapitel 5, visats sig stå i ett samband vilket även H5 syftar på och som med hjälp av det här resultatet till viss del blir bevisad. Om kunskapen är osäker kan attityden påverkas och därmed även det bemötande man ger till en klient som lider av just en missbruksproblematik. Här kan vi se att det finns ett behov av ytterligare kunskap.

Sammanfattningsvis kan vi se att våra respondenter genomgående visar på att de besitter bra kunskap avseende psykisk ohälsa. I och med att vi i tidigare forskning funnit att just kunskap bidrar till en positiv attityd inom det här området så överraskar inte denna bild oss och även våra respondenter har i ovanstående kapitel visat på en genomgående positiv attityd. Gällande direkta kunskaper om psykiska tillstånd och sjukdomar kan man se att våra respondenter visar på god kunskap, och detta ser vi främst på de väldefinierade sjukdomskategorierna. Vid de sjukdomar och tillstånd som inte är lika väldefinierade som sjukdomar är svarsfördelningen mer utbredd över alla svarsalternativ. Vi kan också observera att respondenterna skulle gynnas av större kunskap i vissa frågor, bland annat kunskap som berör den psykiatriska vården, vilka behandlingsmetoder som är

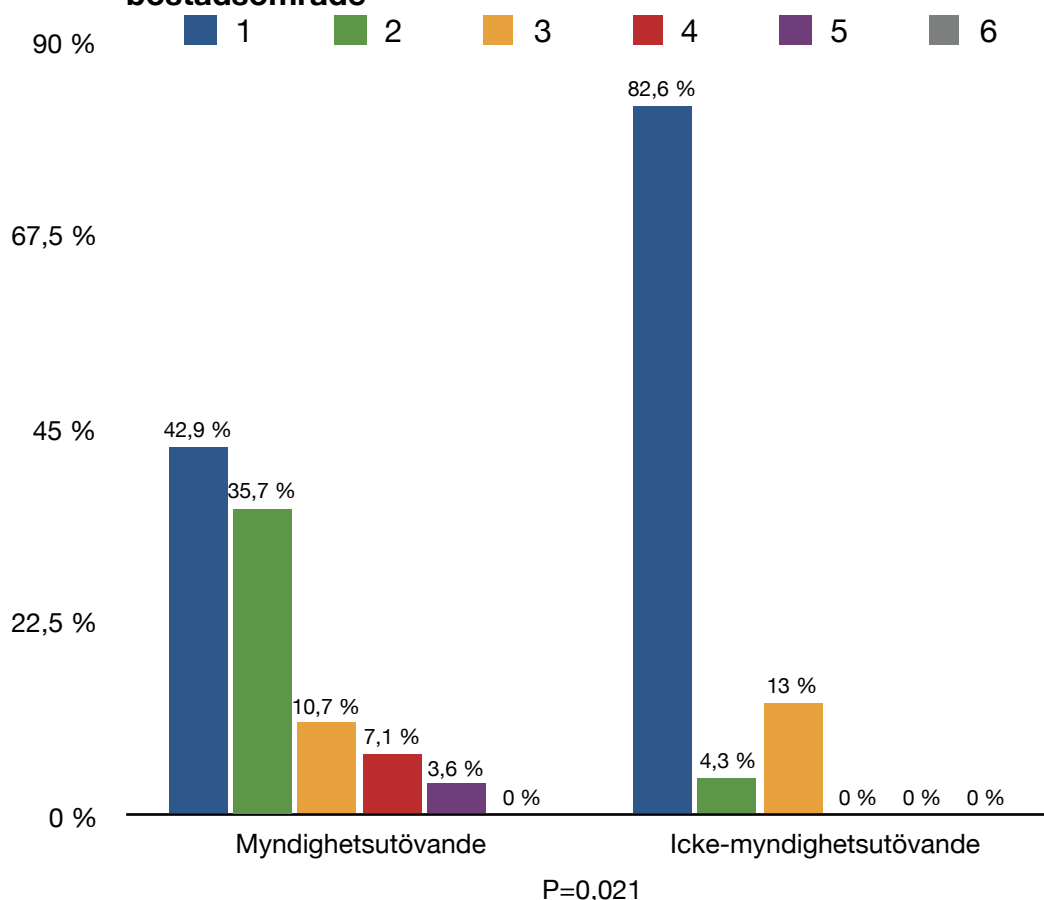
verksamma och på vilka sätt människor med psykisk ohälsa kan återhämta sig och vara delaktiga i samhället.

9.3 Attityder i förhållande till befattningen

De ovan redovisade övergripande resultaten utvecklas till mer nyanserade analyser. I detta skede redovisar vi vilka attityder som förekommit i vårt urval i förhållande till befattning. Befattningen är det centrala jämförelsekriteriet i vår undersökning då vi är intresserade av att studera om det går att urskilja några skillnader mellan våra respondenters befattning och deras attityder inom detta område. Det är endast i vissa frågor som vi kan förklara vad vi observerat då de flesta analyser endast visar på såpass små skillnader att de kan förklaras som slumpmässiga. Analyserna gjordes genom korstabulering där Chi-Två värdet testades. När man vill jämföra olika gruppers svar i en statistisk undersökning så kan man använda sig av ett visst test, ett så kallat Chi-Två test. När man genomför ett Chi-Två test bestämmer man sig vilket värde som blir ens gränsvärde. För oss blir de analyser som visar på ett värde under ($p < 0,05$) de analyser som anses vara statistiskt signifikanta. Nedan följer en sammanfattning om vad analysen av påståendena och befattningen generellt sätt har visat. Endast påstående L kommer att presenteras nedan då den har visat på statistisk signifikant skillnad mellan grupperna.

L. Våra myndighetsutövande respondenter visar här på en fallande svarstrend medan våra icke-myndighetsutövande respondenters svar bildar en mild U-form. De ger dessutom inga positiva svar till skillnad från myndighetsutövarna som utöver det, även visar på större tveksamhet i frågan genom att i större utsträckning svara i mitten av spektrat. En signifikant relation vid detta påståendet kan indikera att icke-myndighetsutövarna visar på större acceptans och mindre distanstagande än sina kollegor. Detta ser vi i form av mindre rädsla, undvikande och avståndstagande gällande denna specifika fråga. Resultatet kan indikera på att det är av mindre betydelse för icke-myndighetsutövarna om människor med en tidigare eller aktuell psykisk problematik bor i deras närområde eller inte.

Figur L. Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde



Den summerade bilden av resultaten av alla tre attitydfaktorer analyserade tillsammans tyder på att icke-myndighetsutövare har en något mer positiv attityd till ämnesområdet. Resultatet tyder på att vår hypotes H1 kan stämma. De visar även på mindre undvikande och rädsla, samt en mer positiv inställning till olika vårdformer än sina myndighetsutövande kollegor. Denna bild kommer från en summering av resultaten som dock saknar statistiskt förklaringsvärde, och varför endast kan användas som ett illustrativt värde. Undantaget ligger i påstående L som tillhör attitydfaktor 2 - rädsla och undvikande vilken presenterades ovan. Resterande resultat kan ses i bilaga 12.4.

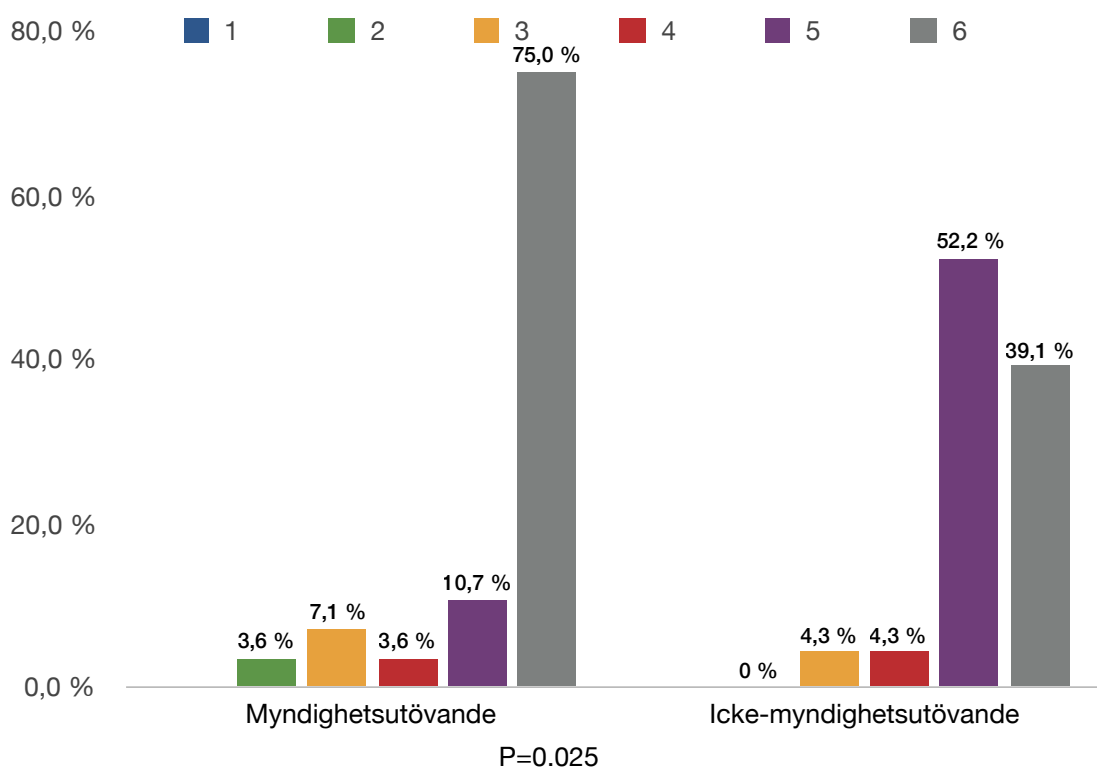
9.4 Kunskaper om psykisk ohälsa i förhållande till befattning

En summerad bild utav kunskaper i förhållande till befattning gjordes även här för att ge en övergripande bild om kunskaper av psykisk ohälsa i urvalet. Genom observation och analys kan vi se viss variation i svaren som gör att vi inte med säkerhet kan konstatera vilken grupp som besitter störst kunskap om psykisk ohälsa. Vid två påståenden visas statistiskt signifikant skillnad mellan

grupperna. Dessa påståenden är 2 och 11. De påståenden som har visat signifikant skillnad presenteras nedan. Resterande resultat finner ni i bilaga 12.5.

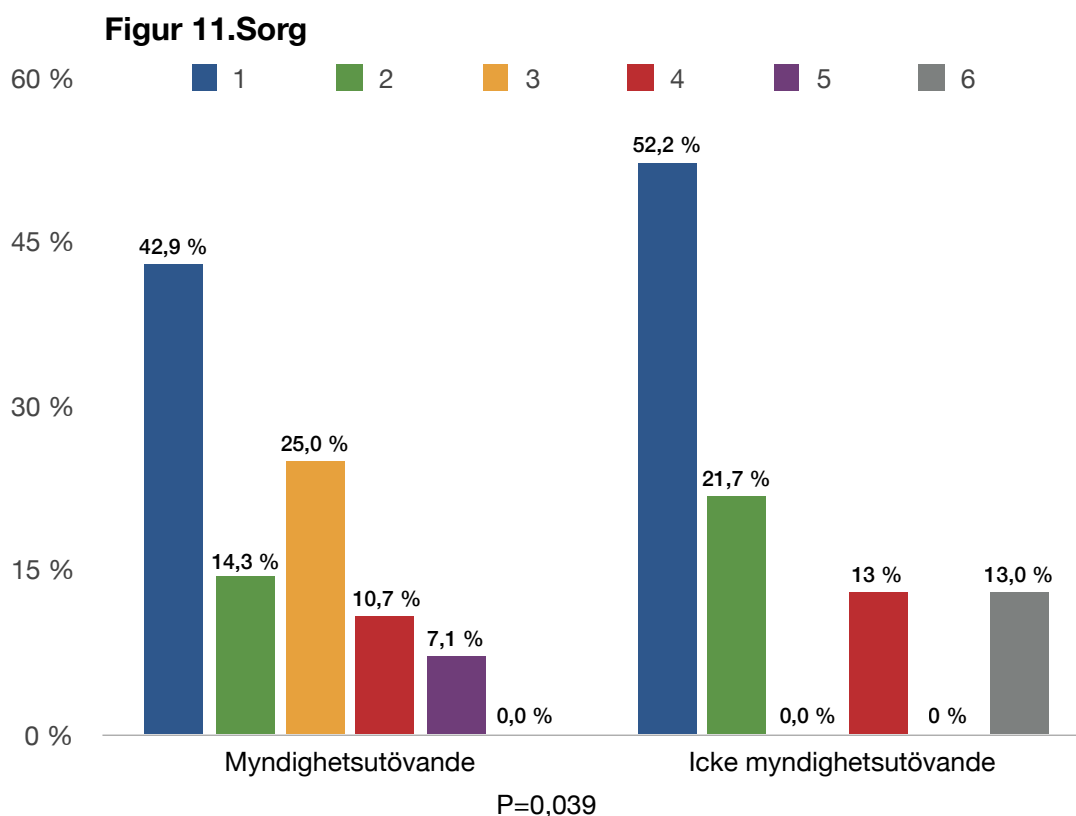
2. Här svarade ingen utav grupperna med starkt negativa svar. Detta kan tyda på att båda grupperna har av arbetets natur ett behov att vara välinformerade om vilka insatser klienterna kan vara i behov utav. Icke-myndighetsutövare gav överhuvudtaget inga negativa svar (1-2) och de svarade mer positivt än sina myndighetsutövande kollegor med 91 % gentemot 85 %. Detta kan även tolkas som att icke- myndighetsutövare besitter tryggare kunskap om psykisk ohälsa, för att deras dagliga arbete innebär kontakt med behandling gällande klienternas psykosociala tillstånd. Det kan också vara så att det finns en uppdelning bland socionomer som gör att ens intresseområde styr om man väljer att arbeta myndighetsutövande eller inte, och då olika arbetsuppgifter kräver olika kunskaper kan det vara en förklaring till den skillnad vi ser.

Figur 2. Om jag hade en vän med psykiska problem, vet jag vilket råd jag skulle ge honom/henne för att få professionell hjälp



11. Icke-myndighetsutövare svarade procentuellt sett mer rätt även på frågan om "Sorg" utgör en sjukdom med sina 74% negativa svar på gentemot myndighetsutövarnas 57 %. En låg svarssiffra är i det här påståendet det mest korrekta. Icke-myndighetsutövarnas svarsfördelning följde en fallande

trend. Myndighetsutövarnas svar fördelades i en något avvikande trend och visade även på större osäkerhet då 36% av respondenterna svarade i mitten av spektrat. Även detta resultat kan förstås genom ovan nämnda analys, att det dagliga arbetet ger olika kunskaper. Resultatet kan kopplas till vår hypotes H3 som därmed kan visa sig stämma. Hypotesen bygger i sin tur på en tanke från Katz (1960) funktionella modell där behovet av kunskapen är styrande för mängden kunskap man besitter.



9.5 Attityder och kunskaper i förhållande till övriga bakgrundsvariabler

Vi har inledningsvis gjort korstabeller för utmärkande attitydvariabler och kunskapsvariabler i relation till bakgrundsvariablerna kön, ålder och yrkeserfarenhet, och har sedan testat vilka som står i statistiskt signifikant samband med varandra. I tabellen nedan redovisar vi på vilka attitydvariabler samt kunskapsvariabler våra respondenter skiljer sig på efter övriga bakgrundsvariabler. Vi har gjort ett Chi-Två test för varje korstabulering för att komma fram till signifikanta skillnader inom dessa olika grupper. När man jämför olika gruppers attityder och kunskaper för att se om skillnader inuti grupperna existerar och inte beror på slumpen måste man använda sig av ett visst test. Detta test kallas Chi-Två. Siffrorna i tabellen är så kallade P-värden och dessa visar oss om det finns skillnader inuti grupperna som är av signifikant värde när dem står i relation med varandra. Tabellen

ger oss en översiktlig bild över påståendenas relationer till bakgrundsvariablerna. Vi som författare har valt att säga att alla värden som är mindre än $P=0,05$ visar på statistiskt signifikanta skillnader. Resultaten som presenteras nedan är endast signifikanta och genom Chi-Två testet kunde vi se att det fanns signifikanta skillnader mellan kvinnor och män, olika ålderskategorier samt olika skillnader mellan antal år som yrkesverksamma, det vill säga yrkeserfarenheten. Då resultaten längre ner i kapitlet presenteras i diagram och med procent som enhet vill vi tydliggöra hur frekvensen i respektive bakgrundsvariabel ser ut.

	Kön	Ålder	Yrkeserfarenhet
G. Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst.		P=0,029	
H. Vi måste inta en mer tolerant inställning till människor i vårt samhälle som lider av en psykisk sjukdom.			P=0,049
J. Det är bäst att undvika människor som har en psykisk sjukdom	P=0,026		
L. Det är skrämmande att tänka sig att människor med en psykisk sjukdom bor i mitt bostadsområde			
M. Det bästa sättet att omhänderta människor med en psykisk sjukdom är att låsa in dem	P=0,024		
U. Jag skulle hellre vilja ha en kvinna som tidigare varit patient inom psykiatri som granne, än en man som tidigare varit patient inom psykiatri som granne.		P=0,010	
2. Om jag hade en vän med psykiska problem, vet jag vilket råd jag skulle ge honom/henne för att få professionell hjälp			
3. Läkemedel kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem			P=0,023
5. Människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt			P=0,026
11. Sorg		P=0,046	

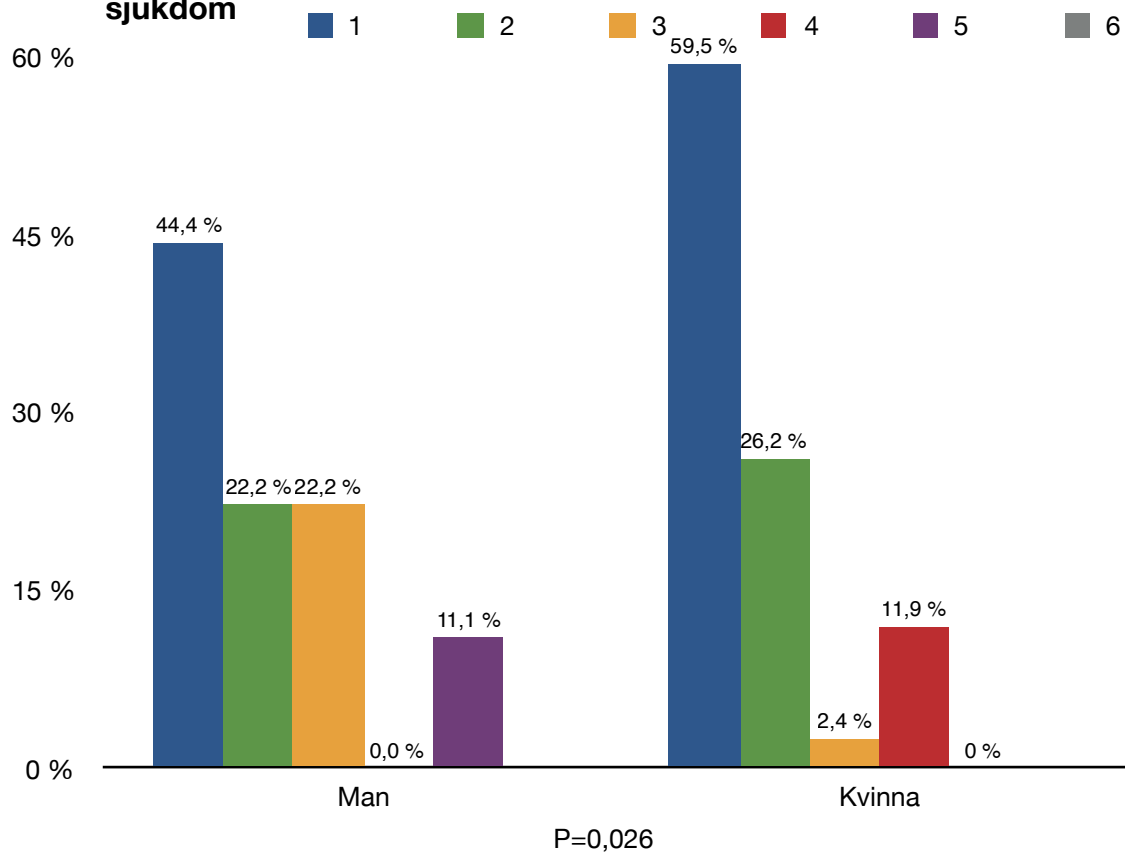
9.5.1 Attitydskillnader i relation till övriga bakgrundsvariabler

Denna analys mellan utmärkande *attitydvariabler* i relation till kön, ålder och yrkeserfarenhet är endast fokuserad på de statistiskt signifikanta resultaten mellan attitydfrågorna och resterande sociodemografiska variabler, det vill säga alla förutom befattning, vilka resultat har presenterats tidigare i kapitel 9.3. De bakgrundsvariabler vi valt att ta med i våra analyser täcker inte alla sociodemografiska faktorer som kan vara av vikt för att finna relevanta samband. Vi har inte tagit hänsyn till om några av våra respondenter haft erfarenhet av psykisk sjukdom i sin närmsta krets eller om respondenten har barn eller inte. Fler bakgrundsfaktorer, det vill säga en multivariat analys vid undersökningen av påståendena utifrån hade gett en mer komplett bild.

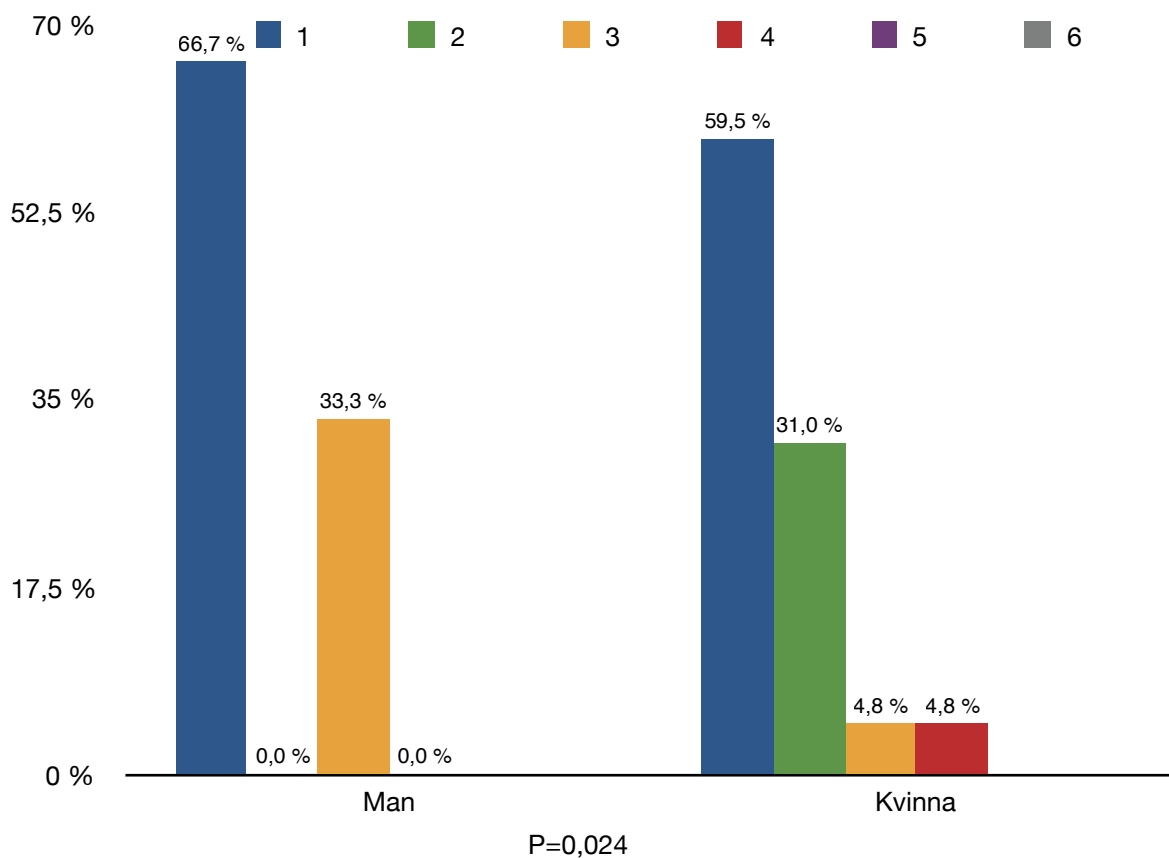
Kön

Respondenternas *kön* visade sig ha betydelse i två frågor. Angående påstående *J* tar kvinnorna starkare avstånd från påståendet medan männen svarar mer utspritt över spektrat. Detta tror vi kan bero på att kvinnor generellt talar mer om känslor och därmed har större insikt över olika typer av illamående, samt att kvinnor ofta tar en hjälpande roll och därmed exponeras mer för människor med ett fysiskt eller psykiskt illamående. Angående påstående *M* visar männen på betydligt säkrare åsikter än kvinnorna då deras svar endast är uppdelade i två staplar. Samtidigt är deras svar utplacerade både på det negativa spektrat samt den mellersta delen av spektrat vilket visar på att gruppen är splittrad. Detta kan tänkas bero på att kunskapen om olika behandlingsinsatser är olika hög. Kvinnorna däremot visar övervägande på ett avståndstagande från påståendet vilket ger oss bilden att de är mer säkra på att det inte är en effektiv behandlingsmetod. Resultaten behöver inte generellt sätt vara överhängande på kön utan det kan vara så detta har ett samband just vårt urval.

Figur J. Det är bäst att undvika människor som har en psykisk sjukdom



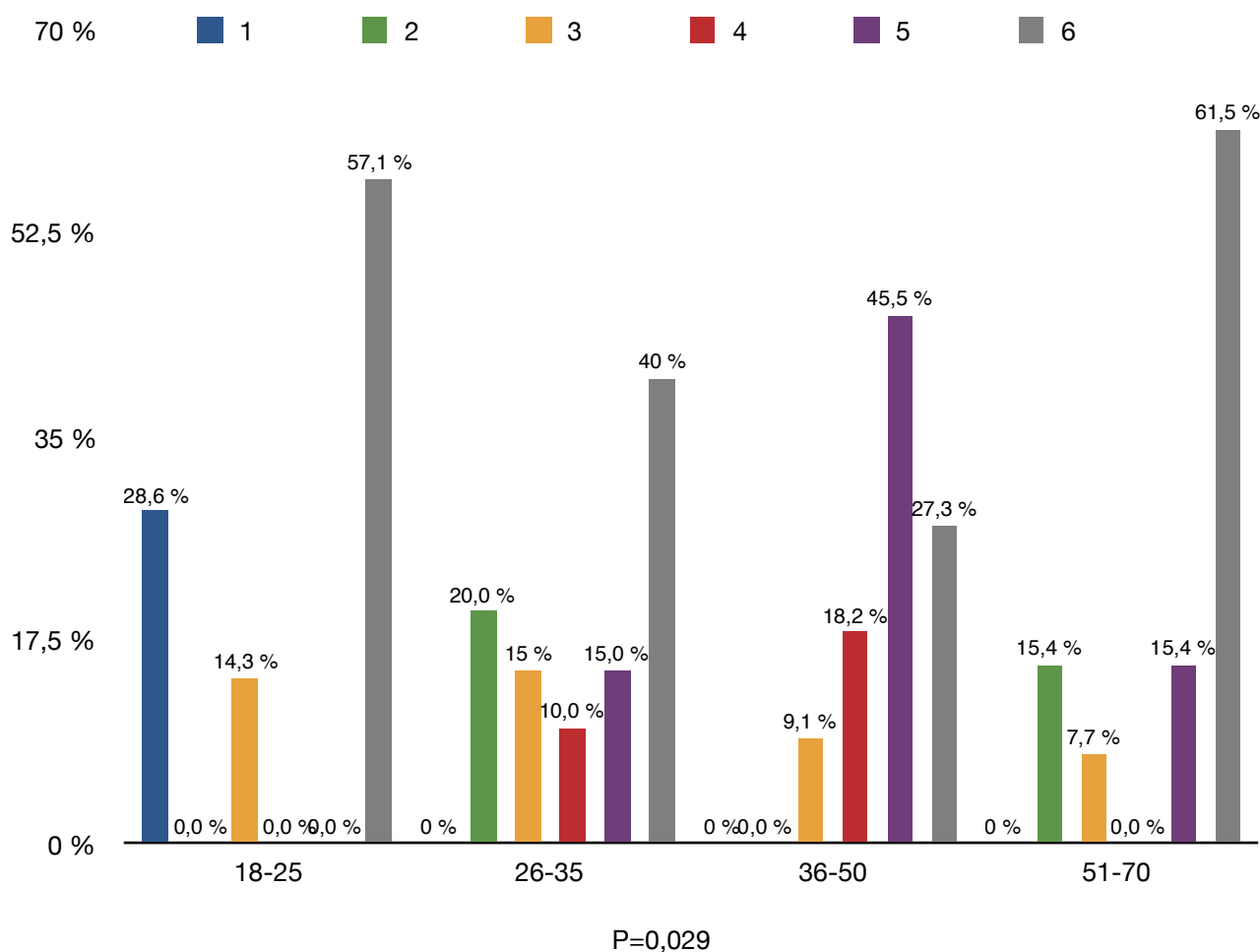
Figur M. Det bästa sättet att omhänderta människor med en psykisk sjukdom är att låsa in dem



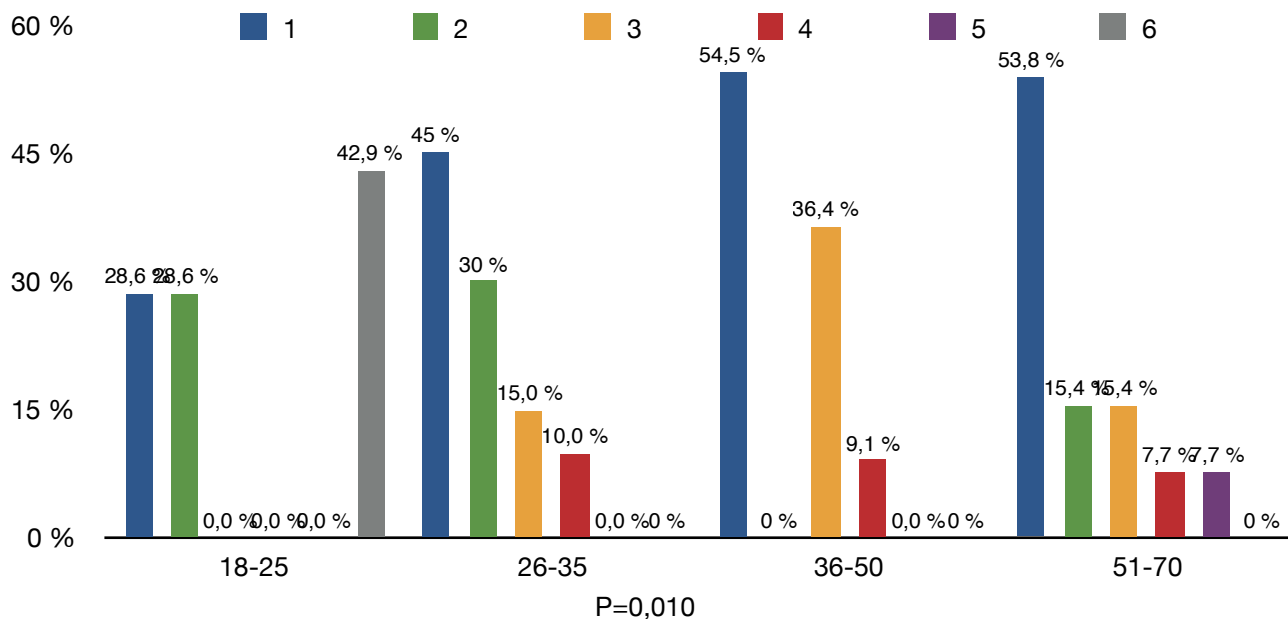
Ålder

Respondenternas *ålder* har visat sig att ha statistisk signifikans vid påstående *G* och *U* som presenteras ovan. Det man kan se generellt sätt är att den yngsta gruppen är mer övertygade om ett rätt svar än vad den äldsta gruppen är vilken placerar sina svar mer utspritt. Detta tror vi kan bero på livserfarenhet och hur pass exponerad man har blivit för olika typer av människor och olika situationer. Skillnaden är speciellt stor mellan den yngsta och äldsta gruppen vilket stärker vår tes.

Figur G. Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken sjukdom som helst



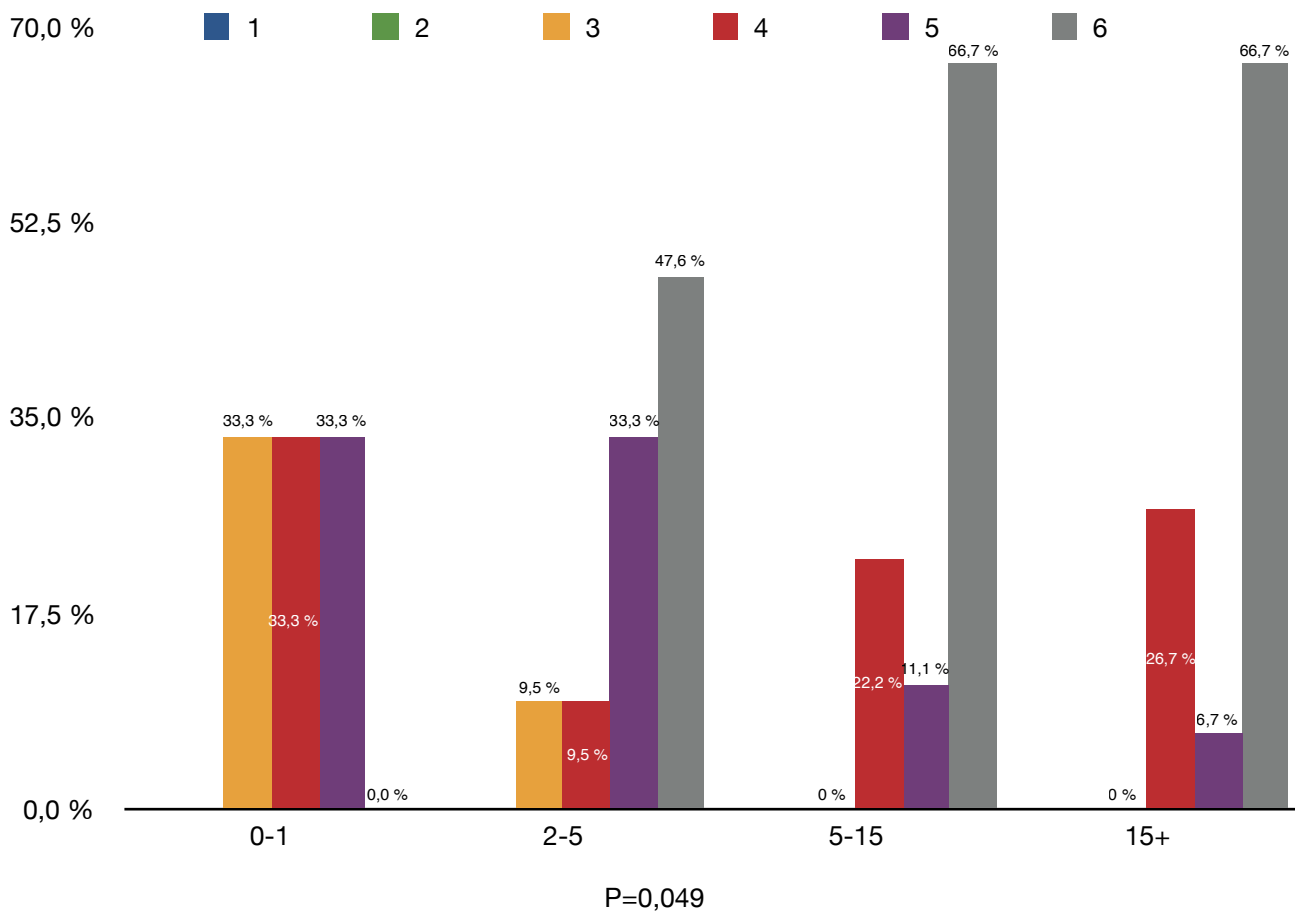
Figur U. Jag skulle hellre vilja ha en kvinna som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne, än en man som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne



Yrkeserfarenhet

I förhållande till *yrkeserfarenhet* visar det sig att det finns statistisk signifikans gällande påstående *H*. Signifikansen här är genom Chi-Två testet ligger precis på gränsen för vad vi räknar som signifikant då den ligger på 0,049, ändock är den värd att nämna här då den ligger under vårt satta gränsvärde. Skillnaden mellan svaren tyder på att de två mest erfarna gruppen är betydligt mer överens om vad de anser, respektive de två grupperna med mindre yrkeserfarenhet. Även här kan detta tyda på att exponeringen utav människor som lider av en psykisk sjukdom har varit mindre för dem som arbetat kortast tid, till skillnad från dem som arbetat länge och har större erfarenhet.

Figur H. Vi måste inta en mer tolerant inställning till människor i vårt samhälle som lider av en psykisk sjukdom.



Sammanfattningsvis kan vi konstatera att vi ser signifikanta skillnader vid attitydfaktor 1 samt attitydfaktor 2. Gemensamma drag som stödjer en trend i vårt urval och genom dessa specifika påståenden är att äldre kvinnor som inte arbetar myndighetsutövande och som har lång yrkeserfarenhet, är den grupp som har mest positiv inställning och är mest öppen till människor med psykisk ohälsa. Denna indikation tyder på att vår hypotes H2 kan stämma.

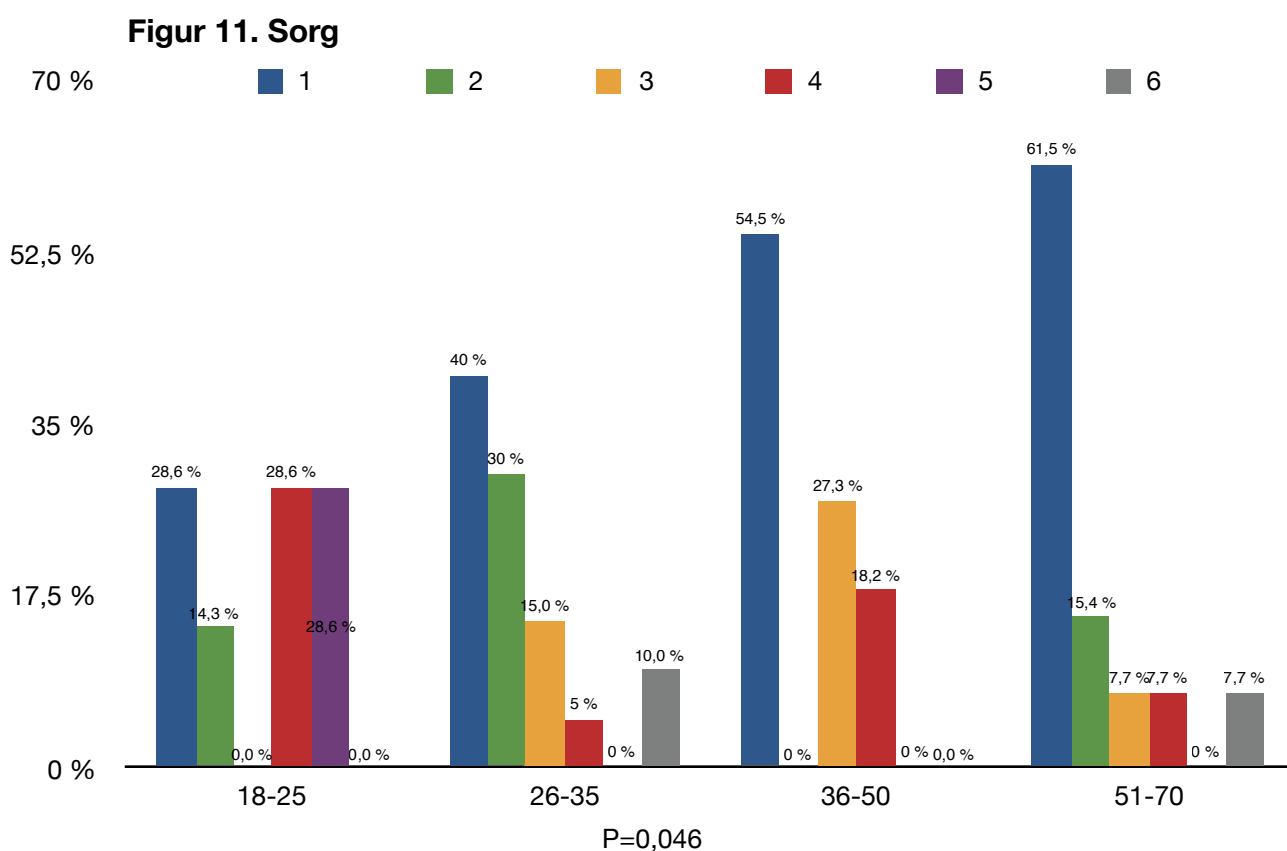
9.5.2 Kunskapsskillnader i relation till övriga bakgrundsvariabler

Denna analys mellan utmärkande *kunskapsvariabler* i relation till kön, ålder och yrkeserfarenhet är endast fokuserad på de statistiskt signifikanta resultaten mellan kunskapsfrågorna och resterande sociodemografiska variabler, det vill säga alla förutom befattning. P-värden av sambandens signifikans redovisades i tabellen i 9.5. Inga kunskapsfrågor hade ett statistiskt signifikant samband till kön, vilket betyder att män och kvinnor i vårt urval inte skiljer sig signifikant i sin kunskap om

psykisk ohälsa. Vårt resultat kan inte säga något om övrig befolknings kunskaper, utan endast våra respondenter.

Ålder

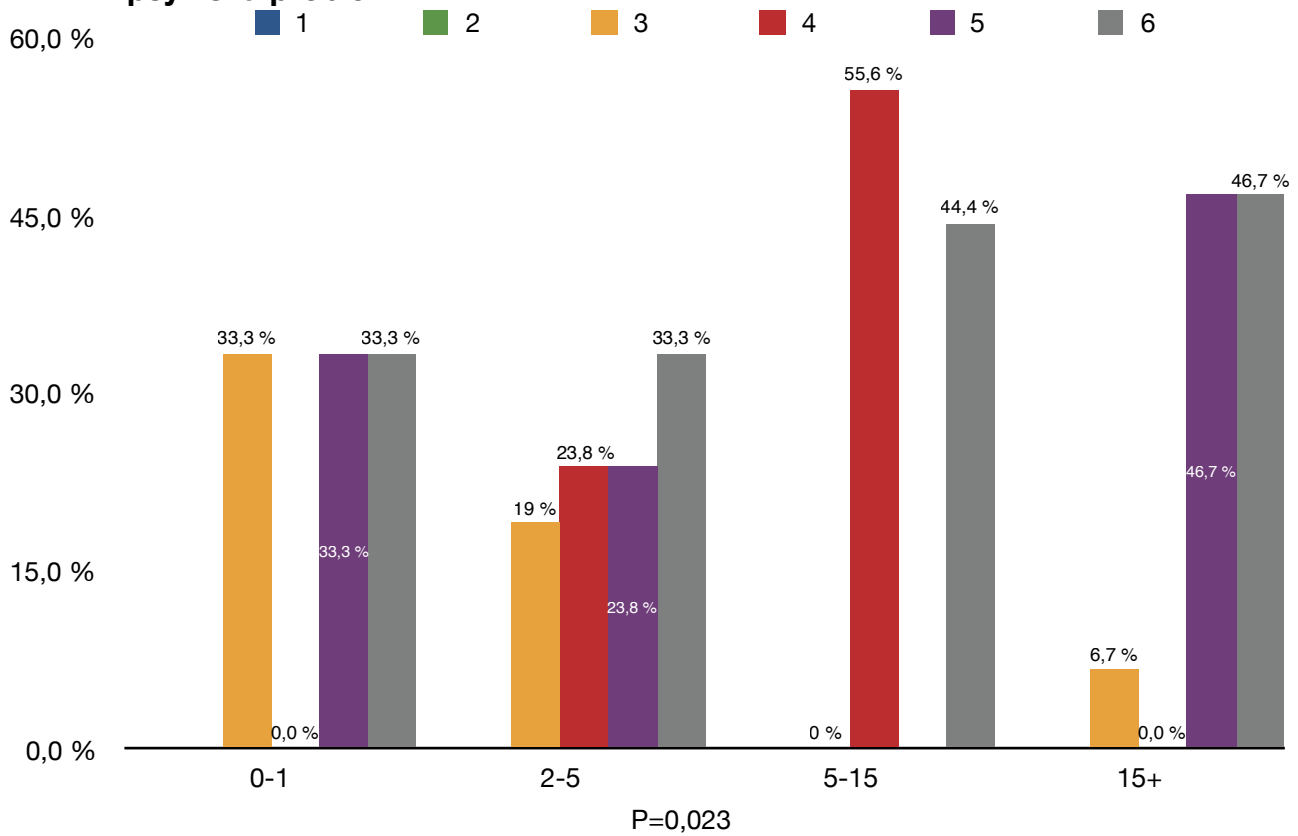
Här visar det sig att kunskapsnivån skiljer sig åt beroende på ålder då den yngsta gruppen svarar betydligt mer osäkert på frågan än vad den äldsta gruppen gör. I det här fallet kan vi se en stigande trend där den ökande åldern medför en högre kunskapsnivå, vilket gör att den äldsta gruppen är den som procentuellt sett svarar mest rätt på kunskapsfråga II, det vill säga att sorg inte är en sjukdom.



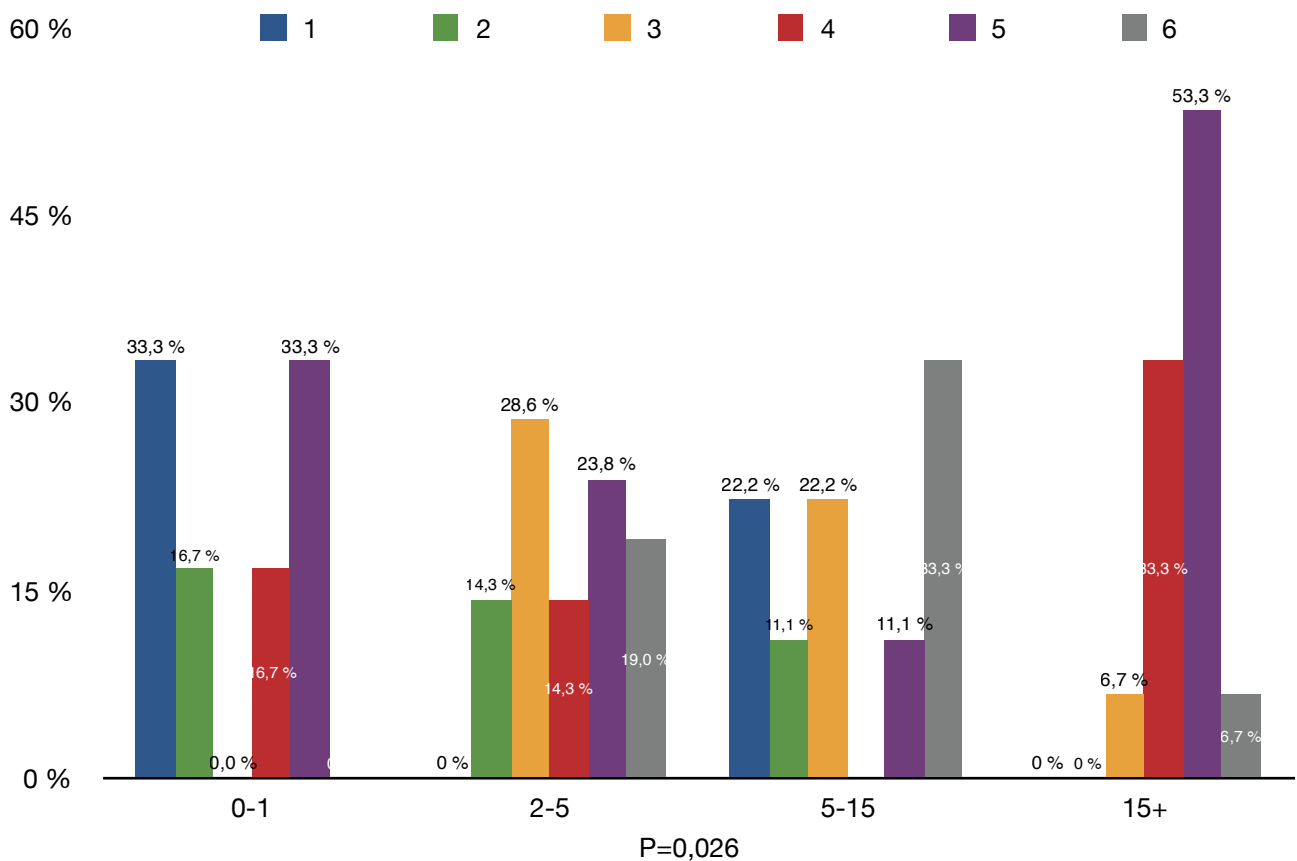
Yrkeserfarenhet

Gällande signifikant skillnad mellan yrkeserfarenhet och kunskap kan vi se att gruppen med störst yrkeserfarenhet besitter större kunskap än den gruppen med minst yrkeserfarenhet. Detta visar våra respondenter med längst yrkeserfarenhet genom att inte vid något tillfälle svara negativt (1-2) på kunskapsfrågorna 3 och 5. Detta kan tyda på att kunskap om behandlingsmetoder är något man lär sig med tidens gång.

Figur 3. Läkemedel kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem



Figur 5. Människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt



Sammanfattningsvis kan vi se att högre ålder och större yrkeserfarenhet är två positiva faktorer gällande hur mycket kunskap man besitter om psykisk ohälsa. Att det är en högre ålder och större yrkeserfarenhet som kan leda till en eventuellt större kunskapsbas hos våra respondenter är inte förvånande då dessa två faktorer ofta går hand i hand. Detta svarar på vår förklarande frågeställning ”*Vilka samband förekommer mellan de övriga bakgrundsvariablerna och kunskapsvariablerna?*”, då vi kan se att dessa två bakgrundsfaktorer faktiskt hänger samman med viss kunskap i vårt urval.

9.6 Samband mellan attityder och kunskaper om psykisk ohälsa

Genom korstabulering analyserade vi slutligen alla samband mellan alla enkätens attitydvariabler och alla kunskapsvariabler för att se hur frågornas svars kategorier förhåller sig till varandra. Korstabulering är ett verktyg inom forskning som syftar till att visa på samband, eller brist på sådana mellan vissa förutbestämda variabler. Genom Chi-Två testet undersökte vi om det eventuellt förekom icke-slumpmässiga samband mellan attityd och kunskapsvariablerna. Vi har funnit signifikans gällande vissa påståenden genom ett Chi-Två test men det är viktigt att nämna att signifikansen är oerhört låg och att man vanligtvis inte hävdar signifikans om inte det finns ett förväntat antal på minst fem respondenter i vart och en av rutorna i tabellen. Man kan möjligen nöja sig med att 80% av rutorna uppfyller detta krav. Vi har valt att göra detta vilket inte är optimalt men det ger oss några möjliga samband att resonera kring. Det kan ifrågasättas om det är korrekt att hävda signifikans i det här fallet då många celler i tabellen har ett lågt antal observationer men vi kan i alla fall se en klar indikation på vissa samband som vi väljer att analysera kring. Som tidigare nämnt i uppsatsen kan vi inte med säkerhet säga att våra påståenden står i signifikanta samband utan vi måste alltid ta hänsyn till att slumpen kan vara den främsta faktorn.

Respektive påståenden och dess P-värde redovisas i tabeller för att synliggöra de skillnader vi sett.

Att vissa svars kategoriers förhållanden utmärker sig, innebär inte direkt att dem står i signifikant samband med attityder och kunskaper. Vi har valt att analysera fyra attityder som inte stod i något samband med några kunskapsvariabler, samt två attityder som stod i ett samband med fyra kunskapsfrågor.

De påståenden som inte stod i något signifikant samband med några kunskapsvariabler är:

C. - attitydfaktor 1

E. - attitydfaktor 1

M. - attitydfaktor 2

R. - attitydfaktor 3

Trots att dessa påståenden tillhör olika teman så kan vi finna en gemensam nämnare, vilken är att alla påståenden talar om vissa organiseringstyper av interventioner som kan införas i samhället för människor med psykisk ohälsa. Genom vårt urval och våra respondenters svar kan vi anta att dessa påståenden inte står i något signifikant samband med kunskapsvariablerna. Vi kan därför inte förklara de här attityderna genom respondenternas kännedom om kunskap om psykisk ohälsa. Vi kan helt enkelt inte se om kunskaperna om psykisk ohälsa, oavsett om den är hög eller låg, påverkar attityderna.

Attitydfaktor 1 - Vidsynthet och pro-integration

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A	P= 0,007						P= 0,019				P= 0,030	
B		P= 0,032				P= 0,052						
C												
D							P=0,017					
E												
F	P= 0,032			P= 0,030							P= 0,005	
G		P= 0,000	P= 0,032				P= 0,020	P=0,005				
H	P= 0,016											
I												P=0,000

Attitydfaktor 2

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
J					P= 0,03			P= 0,000				
K							P= 0,004					
L		P= 0,000			P=0,013				P= 0,002			
M												
N						P= 0,010			P= 0,032			
O						P=0,000					P= 0,038	

Attitydfaktor 3

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
P	P=0,000						P= 0,001		P=0,006			
Q		P= 0,000					P=0,016	P=0,017	P= 0,014			
R												
S	P= 0,023						P= 0,000					
T							P= 0,001					
U											P= 0,000	

Däremot står påstående G och Q i ett *signifikant* samband med så många som fyra kunskapsvariabler var. Dessa påståenden tillhör olika faktorer, G tillhör attitydfaktor 1 och Q attitydfaktor 3 men den gemensamma nämnare vi kan finna här är att båda påståenden rör en form av normalisering av psykisk sjukdom, det vill säga att det inte skall ses som någonting speciellt och annorlunda. Oavsett om man lider av en psykisk sjukdom skall man behandlas som vilken annan människa som helst.

Påstående G står i signifikant samband med kunskapsfrågorna 2,3,7 och 8.

Påstående Q står i signifikant samband med kunskapsfrågorna 2,7,8 och 9.

Vi kan direkt observera att tre av kunskapsfrågorna upprepas i båda sambanden mellan attityderna och det är kunskaperna 2,7 och 8. Trots att kunskapsvariablerna som figurerar i de utmärkande kombinationerna övervägande är homogena då de syftar på specifika sjukdomstillstånd, finns det två påståenden som handlar om förmågan att ge professionella råd samt om läkemedel är en effektiv behandlingsmetod. Eftersom de står i signifikant samband med attitydpåståendena G och Q kan vi anta att dessa kunskapsområden är betydelsefulla för att förstå attityderna. Vi kan förstå attitydpåståendena G och Q genom att de talar om allvaret av psykisk sjukdom, det vill säga om psykiska sjukdomar skall betraktas som något speciellt avvikande som i sin tur ska leda till isolering. Man skulle kunna resonera kring att en högre kunskapsnivå om psykiska sjukdomar och vilka behandlingar som finns gör att attityderna till problematiken blir mer öppna och där problematiken inte blir särskilt avvikande, utan snarare en hälsoproblematik likt många andra.

Korstabeller med tillhörande Chi-Två test för de valda sambanden redovisas nedan för att synliggöra hur påståendens kategorier står i relation till varandra och hur stor andel som svarat i de olika svarskategorierna. Med hjälp av korstabellen kan man se hur attityden och kunskapen hänger samman. Respondentens uppfattning (valt svarsalternativ på ett påstående om attityd) står i samband med mängden kunskap (valt svarsalternativ på påståendet om kunskapen) .

G. Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst

2. Om jag hade en vän med psykiska problem, vet jag vilket råd jag skulle ge honom/henne för att få professionell hjälp

1 Instämmer inte alls - 6 instämmer helt

		1	2	3	4	5	6	Totalt
1	Antal svarande	0	1	0	0	0	1	2
	Andel i procent	0,0 %	2,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	3,9 %
2	Antal svarande	0	0	0	0	3	3	6
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,9 %	5,9 %	11,8 %
3	Antal svarande	0	0	0	0	3	3	6
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,9 %	5,9 %	11,8 %
4	Antal svarande	0	0	1	2	1	0	4
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	2,0 %	3,9 %	2,0 %	0,0 %	7,8 %
5	Antal svarande	0	0	0	0	3	7	10
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,9 %	13,7 %	19,6 %
6	Antal svarande	0	0	2	0	5	16	23
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	3,9 %	0,0 %	9,8 %	31,4 %	45,1 %
Totalt antal svarande		0	1	3	2	15	30	51
Total andel i procent		0,0 %	2,0 %	5,9 %	3,9 %	29,4 %	58,8 %	100 %

G. Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst

3. Läkemedel kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem

1 Instämmer inte alls - 6 instämmer helt

		1	2	3	4	5	6	Totalt
1	Antal svarande	0	0	0	0	2	0	2
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,9 %	0,0 %	3,9 %
2	Antal svarande	0	0	0	2	1	3	6
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,9 %	2,0 %	5,9 %	11,8 %
3	Antal svarande	0	0	1	1	3	1	6
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	2,0 %	2,0 %	5,9 %	2,0 %	11,8 %
4	Antal svarande	0	0	3	1	0	0	4
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	5,9 %	2,0 %	0,0 %	0,0 %	7,8 %
5	Antal svarande	0	0	0	2	4	4	10
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,9 %	7,8 %	7,8 %	19,6 %
6	Antal svarande	0	0	3	4	4	12	23
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	5,9 %	7,8 %	7,8 %	23,5 %	45,1 %
Totalt antal svarande		0	0	7	10	14	20	51
Total andel i procent		0,0 %	0,0 %	13,7 %	19,6 %	27,5 %	39,2 %	100 %

G. Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst

7. Schizofreni

1 Instämmer inte alls - 6 instämmer helt

		1	2	3	4	5	6	Totalt
1	Antal svarande	0	0	0	0	0	2	2
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,9 %	3,9 %
2	Antal svarande	0	0	0	0	0	6	6
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	11,8 %	11,8 %
3	Antal svarande	0	0	0	0	2	4	6
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,9 %	7,8 %	11,8 %
4	Antal svarande	0	0	0	0	1	3	4
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	5,9 %	7,8 %
5	Antal svarande	0	0	0	0	0	10	10
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	19,6 %	19,6 %
6	Antal svarande	0	0	0	0	0	23	23
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	45,1 %	45,1 %
Totalt antal svarande		0	0	0	0	3	48	51
Total andel i procent		0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,9 %	94,1 %	100 %

G. Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst

8. Bipolärt syndrom (mano-depressiv sjukdom)

1 Instämmer inte alls - 6 instämmer helt

		1	2	3	4	5	6	Totalt
1	Antal svarande	0	0	0	0	1	1	2
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	2,0 %	3,9 %
2	Antal svarande	0	0	0	0	0	6	6
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	11,8 %	11,8 %
3	Antal svarande	0	0	0	0	2	4	6
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,9 %	7,8 %	11,8 %
4	Antal svarande	0	0	0	1	2	1	4
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	3,9 %	2,0 %	7,8 %
5	Antal svarande	0	0	0	0	0	10	10
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	19,6 %	19,6 %
6	Antal svarande	0	0	1	0	0	22	23
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	2,0 %	0,0 %	0,0 %	43,1 %	45,1 %
Totalt antal svarande		0	0	1	1	5	44	51
Total andel i procent		0,0 %	0,0 %	2,0 %	2,0 %	9,8 %	86,3 %	100 %

Q. Människor med psykisk sjukdom skall inte behandlas som utstötta från samhället

2. Om jag hade en vän med psykiska problem vet jag vilket råd jag skulle ge honom/henne för att få professionell hjälp

1 Instämmer inte alls - 6 instämmer helt

		1	2	3	4	5	6	Totalt
1	Antal svarande	0	0	0	0	0	1	1
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	2,0 %
2	Antal svarande	0	0	0	0	1	0	1
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	0,0 %	2,0 %
3	Antal svarande	0	0	0	0	1	0	1
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	0,0 %	2,0 %
4	Antal svarande	0	0	0	2	0	0	2
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,9 %	0,0 %	0,0 %	3,9 %
5	Antal svarande	0	1	2	0	3	3	9
	Andel i procent	0,0 %	2,0 %	3,9 %	0,0 %	5,9 %	5,9 %	17,6 %
6	Antal svarande	0	0	1	0	10	26	37
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	2,0 %	0,0 %	19,6 %	51,0 %	72,5 %
Totalt antal svarande		0	1	3	2	15	30	51
Total andel i procent		0,0 %	2,0 %	5,9 %	3,9 %	29,4 %	58,8 %	100 %

Q. Människor med psykisk sjukdom skall inte behandlas som utstötta från samhället

7. Schizofreni

1 Instämmer inte alls - 6 instämmer helt

		1	2	3	4	5	6	Totalt
1	Antal svarande	0	0	0	0	0	1	1
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	2,0 %
2	Antal svarande	0	0	0	0	0	1	1
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	2,0 %
3	Antal svarande	0	0	0	0	0	1	1
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	2,0 %
4	Antal svarande	0	0	0	0	1	1	2
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	2,0 %	3,9 %
5	Antal svarande	0	0	0	0	2	7	9
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,9 %	13,7 %	17,6 %
6	Antal svarande	0	0	0	0	0	37	37
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	72,5 %	72,5 %
Totalt antal svarande		0	0	0	0	3	48	51
Total andel i procent		0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,9 %	94,1 %	100 %

Q. Människor med psykisk sjukdom skall inte behandlas som utstötta från samhället

8. Bipolärt syndrom (mano-depressiv sjukdom)

1 Instämmer inte alls - 6 instämmer helt

		1	2	3	4	5	6	Totalt
1	Antal svarande	0	0	0	0	1	1	2
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	2,0 %	3,9 %
2	Antal svarande	0	0	0	0	0	6	6
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	11,8 %	11,8 %
3	Antal svarande	0	0	0	0	2	4	6
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,9 %	7,8 %	11,8 %
4	Antal svarande	0	0	0	1	2	1	4
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	3,9 %	2,0 %	7,8 %
5	Antal svarande	0	0	0	0	0	10	10
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	19,6 %	19,6 %
6	Antal svarande	0	0	1	0	0	22	23
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	2,0 %	0,0 %	0,0 %	43,1 %	45,1 %
Totalt antal svarande		0	0	1	1	5	44	51
Total andel i procent		0,0 %	0,0 %	2,0 %	2,0 %	9,8 %	86,3 %	100 %

Q. Människor med psykisk sjukdom skall inte behandlas som utstötta från samhället

9. Depression

1 Instämmer inte alls - 6 instämmer helt

		1	2	3	4	5	6	Totalt
1	Antal svarande	0	0	0	0	0	1	1
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	2,0 %
2	Antal svarande	0	0	0	0	1	0	1
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	0,0 %	2,0 %
3	Antal svarande	0	0	0	0	1	0	1
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	0,0 %	2,0 %
4	Antal svarande	0	0	0	2	0	0	2
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,9 %	0,0 %	0,0 %	3,9 %
5	Antal svarande	0	1	2	0	3	3	9
	Andel i procent	0,0 %	2,0 %	3,9 %	0,0 %	5,9 %	5,9 %	17,6 %
6	Antal svarande	0	0	1	0	10	26	37
	Andel i procent	0,0 %	0,0 %	2,0 %	0,0 %	19,6 %	51,0 %	72,5 %
Totalt antal svarande		0	1	3	2	15	30	51
Total andel i procent		0,0 %	2,0 %	5,9 %	3,9 %	29,4 %	58,8 %	100 %

10. Diskussion

Vårt samlade resultat av undersökningen gav oss en betydelsefull bild av hur attityder om människor med psykiska sjukdomar och tillstånd, samt hur kunskap om psykisk ohälsa såg ut i vårt urval. Om resultaten är en produkt utav socionomernas egna attityder eller om de blev påverkade utifrån kan vi inte veta eller ta reda på, men resultaten kan studeras utifrån olika perspektiv. Resultaten var tillfredställande då attityderna bland våra respondenter inte visade på några stigmatiserande drag. Respondenterna visade på gynnsamma attityder vid alla påståenden som rörde attityder. Utifrån Katz (1960) modell kan detta förklaras med att positiva attityder uppfyller en stark funktion för en socionom och att detta kan bero på arbetets natur samt individens egna värderingar. Resultaten kan förstås utifrån Katz (1960) personförsvarsfunktion där det är viktigt för individen att skydda sig gentemot omvärlden. En individ skulle utifrån detta tänkas uppvisa en önskvärd attityd på en arbetsplats för att försäkra sig beröm och undvika kritik. Utifrån personförsvarsfunktionen kan man spekulera kring om det generellt sätt finns en osäkerhet kring attityderna men att osäkerheterna kan överkommas genom omvärldens påverkan, såväl som till positivt som negativt. Trots att attityderna från början är positiva eller negativa så blir den attityd man uppvisar till sist en sanning då personförsvarsfunktionen startar. Respondenternas positiva attityder kan möjligen ha som funktion att skydda dem från en tveksam inställning till människor med psykisk ohälsa vilket de själva inte kan eller vill acceptera med tanke på deras personliga värderingar.

Enligt Katz (1960) teori kan vi anta att våra respondenters övervägande positiva attityder kan uppfylla skilda funktioner för olika respondenter. Resultaten om attityder kan diskuteras utifrån ett perspektiv med fokus på normaliseringen som råder inom branschen. Frågan rör skillnaden mellan det ontologiska och moraliska läget kring attityder. Om målet är att passa in i samhället agerar människor på ett specifikt sätt, vars konsekvenser kan vara stigmatiserande för dem som inte innefattas av samhällsnormen. Samhällsnormen, vilket är det normala eller godtagbara beteendet som förväntas i samhället (Nationalencyklopedin, 2017). Olson et al. (2001) nämner att i socialpsykologi är det allmänt accepterat att attityder uppkommer genom den enskildes erfarenheter. Dock uppmärksammar författarna en hypotes där attityder inte bara är något man lär sig utan även influeras av biologiska faktorer. Detta genom att förklara att biologiska faktorer förmodligen har en måttlig påverkan på personliga erfarenheter. Weiss (1994) gjorde en longitudinell studie som visat

att attityderna gentemot människor med psykisk ohälsa förblev mer eller mindre konstanta sedan tidig barndom.

Vår mer nyanserade analys beträffande skillnader, påvisar att hypotesen H1 är korrekt när vi tittar på resultatet gällande påstående L, med $P=0,021$. Genom vår tolkning av resultaten uppfattas myndighetsutövarna som mer oroliga för att bo i samma område som psykiskt sjuka människor än sina icke-myndighetsutövande kollegor. En möjlig tolkning av detta är att myndighetsutövarna har mindre direktkontakt med den psykosociala delen av sina brukare och därmed inte har särskilt stora erfarenheter av hur dessa människors beteende påverkas av sin psykiska sjukdom. Samtidigt är det viktigt att nämna att myndighetsutövarna fortfarande ställer sig positiva till dessa människor och samtidigt har tillfredställande kunskaper om psykisk ohälsa precis som deras icke-myndighetsutövande kollegor.

Vi finner stöd i Holms tolkning av Säljös och Bergqvists (1993) studie om att arbetsmiljö och interna regler, normer samt policies eventuellt kan ha påverkat hurdana socionomernas attityder skulle vara. Myndighetsutövning innebär inte bara mindre direktkontakt med klienten utan även med kollegor och dess behandlande arbete. Även Jung et al (2017) utförde en studie på personal inom hälsovård inom tre olika arbetsmiljöer. Ett lokalt förvaltningskontor, en plats för människor att umgås samt en samlingsplats med flertalet aktiviteter. Forskarna fann att de arbetande på platsen för umgänge visade större sociala restriktioner. De visade även mindre intresse av att arbeta med psykisk ohälsa än de övriga grupperna. Detta ger stöd till att skillnader kan förekomma inom olika områden trots samma bransch. Resultatet kan kopplas till Katzs (1960) funktionella teoretiska förklaring att en positiv attityd kan uppfylla en större funktion för icke-myndighetsutövare än myndighetsutövarna på grund av deras mer frekventa kontakt med den psykosociala dimensionen hos klienter.

Eack och Newhill (2008) fann exempelvis att socialarbetare var mer influerade av frustration gentemot brukare än system. Våra resultat där skillnader uteblev mellan olika yrkesgrupper finner stöd i ovan nämnda studie. Detta skulle kunna tyda på att det inte är arbetsmiljön som påverkar attityderna utan snarare brukaren. Om vi funnit skillnader i attityderna i vårt urval mellan yrkesgrupperna skulle det snarare kunna tolkas genom en eventuell frustration på grund av arbetsbörda och dylikt som även dessa forskare har påpekat. Frustration relaterat till brukarna kan ligga i deras eventuella återfall och problematiska beteende. Ett tema i diskussionen utgör även

eventuella kommunikationssvårigheter i mötet mellan de professionella och brukarna, särskilt gällande att diskutera symptom och behandlingsmetoder samt hur problemen som följer med brukarens psykiska ohälsa skall hanteras.

Våra respondenter visar på tillfredställande kunskap om psykisk ohälsa vilket är förtroendeingivande då de arbetar inom en hjälpande bransch vilket besvarar vår andra övergripande frågeställning, det vill säga hur kunskapen ser ut i vårt urval. Dock kan vi observera ett mindre homogent mönster gällande kunskaperna i jämförelse med attityderna. Åtta av tolv kunskapsfrågor besvarades med mer än 50% rätta svar, men sedan observerade vi en osäkerhet gällande de fyra sista kunskapsfrågorna, 5,6, 11 och 12. Detta kan tyda på att det kan behövas mer kunskap inom dessa områden. Vi kan dock inte veta om större kunskap inom dessa områden hade påverkat respondenternas attityder då attityderna redan är gynnsamma. Möjligtvis gör ytterligare kunskap en skillnad i det dagliga bemötandet.

Kubiak et al. (2011) fann exempelvis i sin studie om stigma att studerande inom socialt arbete höll högre nivåer av stigma gentemot klienter som var nikotinberoende än de som led av depression. Även Ahmedani et al. (2011) fann liknande resultat men då även med läkarstuderande som visade samma resultat. Däremot skilde varken läkarstuderande eller studerande inom socialt arbete sig i sin vilja att behandla patienter som drabbats av nikotinberoende, alkoholberoende eller depression. Ytterligare fann forskarna i studien att kön hade betydelse i vilken grad behandlarna var villiga att utföra en behandling, det visade att kvinnor var mer villiga än män. I vårt urval fann vi dock inga signifikanta skillnader i attityder gentemot psykisk ohälsa i förhållande till kön. Det är som tidigare påpekat inte omöjligt att övriga bakgrundsvariabler kan förklara varför attityderna ser olika ut.

Vid analyserna i jämförelse med befattningen hos respondenterna skilde sig resultaten i statistisk bemärkelse i två kunskapsfrågor. Dessa var påstående 2 med $P=0.025$ och fråga 10 med $P=0.039$. Icke-myndighetsutövare kan på grund av sitt aktiva arbete med behandling av bland annat människor som lider av psykisk ohälsa, förstås att med större sannolikhet kunna ge professionella råd. Sannolikt har de mer kunskap om psykiska besvär och dess benämningar, detta då de möter brukare med olika svårigheter i sitt dagliga arbete som nödvändigtvis inte är skarpt medicinskt definierade. De här resultaten överensstämmer med hypotes H3.

När vi inkluderat övriga bakgrundsvariabler i analysen ser vi indikationer på att våra hypoteser H2 och H4 stämmer. Corrigan och Watson (2007) fann att kvinnor är mindre benägna att acceptera stigma än män, vilket även vi fann i vår analys och som stödjer vår hypotes H2. Ändock har vi inte funnit någon påvisad skillnad mellan män och kvinnor i vårt urval gällande kunskap. Liknande skillnader ser vi även gällande äldre grupper med längre yrkeserfarenhet än de yngre med kortare yrkeserfarenhet. Även Jung et al (2017) studie visade på att en kortare yrkeskarriär och yngre ålder kan stå i samband med mer negativa attityder i tematiken. Utifrån vår teoretiska ram kan detta förklaras med att positiva attityder uppfyller en viktigare funktion för äldre icke-myndighetsutövande kvinnor med större yrkeserfarenhet. Detta då dessa möjligen har ett behov och en förväntning på sig att framstå som lojala representanter inför sin arbetsplats samt som förebilder för sina yngre kollegor. Att kvinnor visar på större benägenhet att uttrycka mer gynnsamma attityder mot människor med psykisk ohälsa samt förmågan att acceptera olikheter kan bero på olika nivåer av empati, som i detta fall är högre i jämförelse med män. Hänsyn bör dock tas till det faktum att vi haft betydligt färre män i urvalet och att det kan förklara resultatens fördelning. Hade fördelningen varit utjämnad efter kön hade bilden kanske sett annorlunda ut. Hade vi valt att tolka våra resultat avseende den ojämna fördelningen av respondenter hade vi inte kunnat analysera något alls om varför kunskapsnivåerna skiljer sig. Beträffande kunskap inom ämnesområdet försvinner skillnaderna mellan kvinnor och män, vilket vi kan tolka som att kvinnor i vårt urval anses vara något mer accepterande gentemot människor som lider av en psykisk problematik än männen, trots att båda grupper besitter samma kunskap. Vi kan trots skillnaderna inte påstå att den ena gruppen bemöter klienter mer gynnsamt då skillnaden i svaren är små och urvalet så litet att en generalisering är, om inte omöjlig så alltför spekulativ.

Vår hypotes H5 testades när vi såg att majoriteten av attitydfrågorna - 17 stycken, visade sig sig stå i icke-slumpmässiga samband med elva kunskapsfrågor. Kunskap om psykisk ohälsa har onekligen visat sig vara icke-slumpmässigt kopplad till attityderna i vårt urval vilket kan betyda att dessa två inte sällan går hand i hand. Rubio-Valera et al (2016) fann att social kontakt samt utbildning hade en positiv inverkan på attityder till människor med psykisk ohälsa hos studenter inom socialt arbete. Även Jensen et al (2017) ser att kunskap kan vara en skyddande faktor vid upprätthållandet av attityder. Vi kan inte urskilja vilka faktorer som påverkar vad som gör att attityderna ser ut som dem gör, utan vi endast kan se smärre samband i just vårt urval. Vi kan inte heller urskilja vad som är en bra attityd och vad som är en god kunskapsnivå vilket gör att vi varken kan förkasta eller bekräfta hypotes H5. Exempelvis förkastar våra fyra påståenden *C*, *E*, *M* och *R* hypotes H5 då de inte alls

visat på något samband med kunskapsfrågorna. Däremot bekräftar majoriteten av resultatet vår H5 vilket gör att trots att vi kan se en indikation till att H5 stämmer så vågar vi varken bekräfta eller förkasta. Detta beror på metodologiska begränsningar som endast låter oss se att det finns samband.

Vi kan betrakta påstående *C*, *E*, *M* och *R* som utomstående och oberoende av införskaffande av kunskap. De här attityderna kan ha byggts upp utifrån kriterier av en personlig natur i och med att vi inte kunnat observera signifikanta samband tillsammans med kunskap. Högberg (2010) menar exempelvis att man kan ha positiva attityder på grund av sina personliga erfarenheter och inte enbart efter kunskap. Han menar att de professionella kan ha samma stigmatiserande attityder som exempelvis den allmänna befolkningen trots sin kunskap.

Å andra sidan stod attitydfrågorna *G* och *Q*, i ett samband med så många som fyra kunskapsfrågor vardera. De kunskapsfrågor som stod i relation till ovan nämnda attitydfrågor och dessutom upprepades handlar främst om kunskap som berör väldefinierade sjukdomskategorier samt förmågan att ge professionella råd till dem som behöver hjälp. För att en människa skall kunna ha såpass accepterande attityder som man skulle kunna tolka att höga svarsalternativ på dessa påståenden innebär, så kan man förutsätta att just konkreta kunskaper inom ämnesområdet kan behövas. Svensson och Hansson (2016) fann i sin studie genom sitt urval av 1027 anställda inom offentliga tjänster i Sverige, att cirka 50% av respondenterna kunde identifiera depression men att färre än 40% av respondenterna kunde identifiera psykos. En högre grad av kunskap om psykisk ohälsa stod i samband med mindre stigma och mindre socialt avstånd. Detta sågs främst gentemot människor som led av depression. Forskarna fann dessutom att ju högre grad av kunskap om psykisk ohälsa som existerade, desto mer positiva attityder och mindre önskan om ett socialt avstånd till de som lider av depression, skapades. Forskarna i studien påpekade att skillnader mellan psykos och depression är något man bör ta i beaktande vid anti-stigmatisering. Även vi har funnit att de kunskapsfrågorna som berörde de väldefinierade psykiska sjukdomarna och tillstånden hade en särskild relevans när de sattes i samband med attityder inom området vidsynhet, pro-integration samt rädsla och undvikande.

Svaren på frågorna om psykiska sjukdomar såsom schizofreni, bipolaritet och depression i vårt urval var betydligt mer eniga. Även Nordt, Rössler och Lauber (2006) har funnit att en av elva psykiatriker och psykologer, och varje tredje sjuksköterska och terapeut ansåg att grava depressioner var en kris, det vill säga en normal reaktion på en svår livssituation. I studien kom

dock forskarna fram till att bättre kunskap inte stod i samband med färre stereotyper, och inte heller förstärkte det önskan att nära interagera med människor som lider av psykisk ohälsa.

De signifikanta samband vi fått mellan vissa attityder och kunskaper betyder inte nödvändigtvis att mer kunskap leder till en mer gynnsam attityd. Det kan snarare visa på att större kunskap inom ett specifikt område kan stå i ett samband med en mer förutsägbar attityd. Vidare, trots att vi konstaterat att våra respondenter skulle gynnas av större kunskap inom ämnet har vi konstaterat att deras attityder redan är gynnsamma. Vi kan därför spekulera om att det finns skillnad på kunskap och kunskap. Utifrån Katz (1960) funktionella teoretiska förklaring hade detta inneburit att inte all kunskap bidrar lika mycket till att en attityd ska förändras. Den kunskap som anses kunna bidra till en förändring av attityden är just den kunskapen som av den enskilde anses vara direkt relevant och där ett personligt eller yrkesmässigt engagemang finns.

Alla påvisade resultat ska på grund av vår urvalsmetod samt typen av data, men även antalet deltagare enbart tas med en betydlig osäkerhet och snarast i ett illustrativt syfte just för detta urval. Även de enstaka sambanden mellan olika variabler som visat sig vara statistiskt signifikanta, det vill säga icke-slumpmässiga bör tas med försiktighet och enbart tolkas i relation till de specifika enkätfrågorna, det vill säga ska inte generaliseras.

Grey (2002) påpekar att ens beteende inte alltid överensstämmer med angivna attityder och att det därför blir viktigt att undersöka även rapporterat och avsett beteende, förutom enbart attityder och kunskaper om psykisk ohälsa. Detta i syfte till att skaffa ytterligare information om hur det faktiskt ser ut i relationen: attityd- handling-stigma. Man skulle även till exempel kunna undersöka om synen på människor som lider av psykisk ohälsa skiljer sig åt beroende på socionomernas ytterligare bakgrundsfaktorer. Har deras etnicitet, familjeförhållanden och trosuppfattning signifikant betydelse? Likaså skulle man kunna undersöka hur de som lider av psykisk ohälsa uppfattar stigmatisering och utomståendes attityder, beroende på deras egna bakgrundsfaktorer. Förslag till vidare forskning är att man kan jämföra socionomers attityder med en annan yrkesgrupp i samhället som exempelvis programmerare, poliser eller advokater. Detta för att se om den regelbundna kontakten med målgruppen har så stor betydelse i relationen till en gynnsam attityd som man skulle kunna tro.

11. Referenslista

Acker G.M. (2010) The Challenges in Providing Services to Clients with Mental Illness: Managed Care, Burnout and Somatic Symptoms Among Social Workers Community. *Mental Health Journal*, 46:591–600. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19946797>

Ahmedani B.K. (2011) Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *Journal of Social Work Values Ethics*, 8(2): 4-1–4-16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3248273/>

Ahmedani B.K. Kubiak S.P., Rios-Bedoya C.F., Mickus M. & Anthony J.C. (2011) Willingness to treat drug dependence and depression: comparisons of future health professionals. *Substance abuse and rehabilitation*, 2(1):43-51. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21731413>

Ajzen I. (2005) *Attitudes, personality and behaviour* (2nd edition), Maidenhead, Berkshire, England; New York: Open University Press
https://books.google.se/booksid=dmJ9EGEy0ZYC&printsec=frontcover&hl=sv&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false

Akademikerförbundet. (2016). *Etik i socialt arbete: etisk kod för socialarbetare*. Stockholm: Akademikerförbundet.

Angermeyer M.C. & Dietrich S. (2006) Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3):163-79. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16466402>

Araten-Bergman T. & Werner S. (2017) Social workers' attributions towards individuals with dual diagnosis of intellectual disability and mental illness. *Journal of intellectual disability research*, 61(2):155-167 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27283246>

Banerjee A. & Chaudhury S. (2010) Statistics without tears: Populations and samples. *Industrial Psychiatry Journal*, 19(1): 60–65. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3105563/>

Barmark, M. & Djurfeldt, G. (2015) *Statistisk verktyglåda 0: att förstå och förändra världen med siffror*, Lund : Studentlitteratur

Björkman, T., Angelman T. & Jönsson M. (2008), Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22:170–177. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x/full>

Boone H.N & Boone D.A (2012) Analyzing Likert data *Journal of extension*, 50:2 http://wiki.biologyscholars.org/@api/deki/files/2002/=Likert_Scale_Analysis.pdf

Bryman A. (2008) *Samhällsvetenskapliga metoder*, Liber AB Malmö

Bryman A. (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*, Liber AB Malmö

Corrigan P.W. & Watson A. C. (2007) The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community mental health journal*, 43(5):439-58
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17876705

Covarrubias I & Han M. (2011) Mental health stigma about serious mental illness among MSW students: social contact and attitude. *Social Work*, 56(4):317-25 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22308664>

Cremonini V., Pagnucci N, Giacometti F & Rubbi I. (2018) Health Care Professionals Attitudes Towards Mental Illness: Observational Study Performed at a Public Health Facility in Northern Italy. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1):24-30 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/29413068/>

Djurfeldt G., Larsson R. & Stjärnhagen O. (2010) *Statistisk verktygslåda 1 - samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*, Lund : Studentlitteratur

Eack S. & Newhill C. (2008) What Influences Social Workers' Attitudes Toward Working With Clients With Severe Mental Illness?. *Journal of Contemporary Social Services*, 89 (3):418-427
<http://www.familiesinsocietyjournal.org/doi/abs/10.1606/1044-3894.3767?code=afcf-site>

Edling C. & Hedström P. (2003). *Kvantitativa metoder: Grundläggande analysmetoder för samhälls- och beteendevetare*. Lund: Studentlitteratur

Edling C. & Hedström P. (2006). Kvantitativa metoder: Grundläggande analysmetoder för samhälls- och beteendevetare. Lund: Studentlitteratur

Ewalds-Kvist B., Högberg T. & Lützén K. (2013) Student nurses and the general population in Sweden: Trends in attitudes towards mental illness. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67(3):164-170
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22747110>

Folkhälsomyndigheten – hälsorapporten (2017)

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/nedsatt-psykiskt-valbefinnande/>

Folkhälsomyndigheten – hälsorapporten (2017)

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/cc89748e004743c39ff4c03fec24c570/folkhalsan-i-sverige-2016-16005.pdf>

Goffman, E. (2007). Stigma: Den avvikandes roll och identitet (Matz, R., Red.). Stockholm: Nordstedts. (Originalarbete publicerat 1963)

Gonçalves A.M. (2017) Attitudes of professionals of the Network of Psychosocial Attention to mental illness. *Northeast Network Nursing Journal*, 18(5):647-54 <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2768>

Grey A J (2002) Stigma in psychiatry. *Journal of The Royal Society of Medicine*, 95(2): 72–76.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1279314/>

Hansson L., Jormfeldt H, Svedberg P, & Svensson B. (2013) Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness?. *The International Journal of Social Psychiatry*, 59(1):48-54

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21954319>

Haq, M (2014). A comparative analysis of qualitative and quantitative research methods and a justification for use of mixed methods in social research. Annual PhD Conference, University of Bradford Business School of Management.

[https://www.researchgate.net/publication/](https://www.researchgate.net/publication/288829287_A_Comparative_Analysis_of_Qualitative_and_Quantitative_Research_Methods_and_a_Justification_for_Adopting_Mixed_Methods_in_Social_Research)

[288829287_A_Comparative_Analysis_of_Qualitative_and_Quantitative_Research_Methods_and_a_Justification_for_Adopting_Mixed_Methods_in_Social_Research](https://www.researchgate.net/publication/288829287_A_Comparative_Analysis_of_Qualitative_and_Quantitative_Research_Methods_and_a_Justification_for_Adopting_Mixed_Methods_in_Social_Research)

Hjärnkoll (2013) Riksförbundet Hjärnkoll 2013. Psykisk ohälsa - attityder, kunskap, beteende - Slutrapport från befolkningsundersökningar genomförda under perioden 2009-2013. Sverige. Region Västerbotten. <http://www.nsph.se/wp-content/uploads/2014/09/Rapport-befolkningsundersokning-Hjarnkoll-27-nov-2013.pdf>

Holm U. (2002) Empathy and professional attitude in social workers and non-trained aides *.International Journal of Social Welfare*, 11(1):66–75
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-2397.00197/full>

Hugo M. (2001) Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder *Journal of psychiatric and mental health nursing* 8: 419–425
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1351-0126.2001.00430.x/full>

Högberg T., Magnusson A., Ewertzon M. & Lütznén K. (2008) Attitudes towards mental illness in Sweden: adaptation and development of the Community Attitudes towards Mental Illness questionnaire. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 17(5):302-10 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18789039>

Högberg T. (2010) 'Not in my backyard' : Public attitudes towards mental illness and people with mental illness living in Sweden. Karolinska institutet, Stockholm
<https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/38110?locale-attribute=sv>

Jensen K.B., Vendsborg P, Hjorthøj C, & Nordentoft M (2017) Attitudes towards people with depression and schizophrenia among social service workers in Denmark. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(3):165-170 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28125326>

Johansson, Klara. 2017. *Utmattningssyndrom*. Vårdguiden. <https://www.1177.se/Jamtland-Harjedalen/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Utmattningssyndrom/> (Hämtad 2018-03-13)

Jung W., Choi E, Yu J, Park D.H, Ryu S.H' & Ha J.H. (2017) Attitudes toward the mentally ill among community health-related personnel in South Korea. *Indian Journal of Psychiatry*, 59(3): 328-332 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29085092>

Katz D. (1960) The functional approach to the study of attitudes *Public Opinion Quarterly*, 24(2), 163-204 Hämtad från: http://psych.colorado.edu/~chlo0473/teaching/2015_F/articles

Kubiak S.P., Ahmedani B.K, Rios-Bedoya C.F & Anthony J.C. (2011) Stigmatizing Clients with Mental Health Conditions: An Assessment of Social Work Student Attitudes. *Social work in mental health*, 9(4):253-271 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21779152>

Körner, S. & Wahlgren, L. (2005). Statistiska metoder. Lund: Studentlitteratur

McHugh M. (2013) The Chi-square test of independence *Biochemia Medica (Zagreb)*; 23(2): 143–149 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3900058/>

Nationalencyklopedin Nationalencyklopedin,(2017) norm.
<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/norm> (hämtad 2017-12-11)

Nationalencyklopedin,(2017) explorativ.
Hämtad från: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/explorativ> (hämtad 2017-12-15)

Newhill C.E & Korr W.S (2004) Practice with people with severe mental illness: rewards, challenges, burdens. *Health Social Work*, 29(4):297-305 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15575457>

Nordt C., Rössler W. & Lauber C. (2006) Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4): 709–714
<https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/32/4/709/1934707>

Olson J.M., Vernon P.A., Harris J.A. & Jang K.L. (2001) The heritability of attitudes: a study of twins. *Journal of Pers Social Psychology*, 80(6):845-60 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11414369>

Ozer U., Varlik C., Ceri V., Ince B, & Arslan-Delice M. (2017) Change starts with us: stigmatizing attitudes towards mental illnesses and the use of stigmatizing language among mental health professionals. *Dusunen Adam. The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 30:224-232
<https://doi.org/10.5350/DAJPN2017300306>

Padget D. (2017) Qualitative methods in social work research (3rd edition). Los Angeles:SAGE
<https://books.google.se/books?hl=en&lr=&id=M32zDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=quantitative+method+social+work&ots=>

Odt490gB4j&sig=3asMX3qNssZ0rGa5ttCTrbiJdfE&redir_esc=y#v=onepage&q=quantitative%20method%20social%20work&f=true

Ponizovsky A.M., Shvarts S., Sasson R. & Grinshpoon A.(2008) Mental Health Knowledge and Attitudes Among Social Workers Employed in a Supported Education Program for Adult Students with Schizophrenia, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 11:3, 279-294.
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/%2010.1080/15487760802186451>

Blom, Pernilla. 2018.. *Ångest. Oro. Generell ångestsjukdom. Generaliserat ångestsyndrom. GAD. Praktisk Medicin.* <https://www.praktiskmedicin.se/sjukdomar/angest-oro-generell-angestsjukdom-general/> (Hämtad 2017-11-05).

Blom, Pernilla. 2018. *Panikattack. Panikångest. Paniksyndrom.* Praktisk Medicin. <https://www.praktiskmedicin.se/sjukdomar/panikattack-panikangest-paniksyndrom/> (Hämtad 2017-11-05).

Rao H., Mahadevappa H., Pillay P., Sessay M., Abraham A. & Luty J. (2009) A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3):279-284.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2008.01369.x/full>

Rubio-Valera M., Aznar-Lou I., Vives-Collet M., Fernández A., Gil-Girbau M. & Serrano-Blanco A. (2016) Reducing the Mental Health–Related Stigma of Social Work Students. A Cluster RCT. *Research on social work practice*, 28(2):164-172 <http://journals.sagepub.com/doi/abs/%20%2010.1177/1049731516641492>

SFS 2017:590. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet

SFS 1986:223). *Förvaltningslag*. Stockholm: Justitiedepartementet

Schomerus G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G. & Angermeyer, M. C. (2012), Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125: 440–452.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x/abstract>

Smith J.D. (2017) A Comparison of Provider Attitudes Toward Serious Mental Illness Across Different Health Care Disciplines. *Stigma and Health* 2(4): 327–337
<http://psycnet.apa.org/record/2016-55077-001>

Stein D.J., Phillips K.A., Bolton D., Fulford K.W.M, Sadler J.Z. & Kendler K.S. (2010) Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychological medicine*, 40(11):1759-1765 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3101504/>

Stuber J.P., Rocha A., Christian A. & Link B.G. (2014) Conceptions of mental illness: attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiatric Services (Washington D. C.)*, 65(4): 490-7 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24430508>

Svensson B. & Hansson L. (2016) How mental health literacy and experience of mental illness relate to stigmatizing attitudes and social distance towards people with depression or psychosis: A cross-sectional study. *Nordic Journal of psychiatry*, 70(4):309-13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26643359>

Thornicroft G., Rose D., Kassam A. & Sartorius N. (2007). Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*, 190 (3): 192-193 <http://bjp.rcpsych.org/content/190/3/192>

Zellman K.T., Madden E.E. & Aguiniga D.M. (2014) Bachelor of Social Work Students and Mental Health Stigma: Understanding Student Attitudes. *Journal of Social work education*, 50(4):660-677 <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10437797.2014.947900?journalCode=uswe20>

Yeh M., Jewell R.D. & Thomas V.L. (2017) The Stigma of Mental Illness: Using Segmentation for Social Change. *Journal of Public Policy & Marketing*, 36 (1):97-116 <http://journals.ama.org/doi/abs/10.1509/jppm.13.125?code=amma-site>

Yuan Q., Picco L., Chang S., Abdin E., Chua B.Y., Ong S., Yow K.L., Chong S.A. & Subramaniam M. (2017) Attitudes to mental illness among mental health professionals in Singapore and comparisons with the general population. *PLoS ONE* 12(11) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187593>

Weiss M.F. (1994) Children's attitudes toward the mentally ill: an eight-year longitudinal follow-up. *Psychological reports*, 74(1):51-6 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8153235/>

12. Bilagor

12.1 Påståenden

Attitydfaktor 1 - Vidsynthet och pro-integration

A. Lokalbefolkningen bör acceptera att en psykiatrisk verksamhet utlokaliseras till deras bostadsområde för att tillgodose samhällets behov

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

C. Utlokalisering av en psykiatrisk verksamhet till ett bostadsområde utgör ingen fara för lokalbefolkningen

D. Psykiatriska verksamheter bör inte förläggas till bostadsområden

E. Att ha människor med en psykisk sjukdom boende i ett bostadsområde må hända vara bra för dem, men riskerna för lokalbefolkningen blir i så fall alltför stora

F. Lokalbefolkningen har goda skäl att motarbeta utlokalisering av psykiatrisk verksamhet till deras bostadsområde

G. Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst

H. Vi måste inta en mer tolerant inställning till människor i vårt samhälle som lider av en psykisk sjukdom

I. Människor med en psykisk sjukdom är mycket mindre farliga än vad de flesta människor tror

Attitydfaktor 2 - Rädsla och undvikande

J. Det är bäst att undvika människor som har en psykisk sjukdom

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

L. Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde

M. Det bästa sättet att omhänderta människor med en psykisk sjukdom är att låsa in dem

N. Den lokala befolkningen behöver inte vara rädd för de människor som besöker deras närområde för att få psykiatrisk vård

O. Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre

Attitydfaktor 3 - Inställning till samhällsbaserad psykiatri

P. Den bästa behandlingen för människor med en psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället

Q. Människor med en psykisk sjukdom ska inte behandlas som utstötta från samhället

R. Så långt det är möjligt bör psykiatrisk verksamhet bedrivas i öppna vårdformer

S. Ingen har rätt att utestänga människor med psykisk sjukdom från deras grannskap

T. Människor med en psykisk sjukdom bör isoleras från resten av samhället

Högbergs utomstående attitydfaktor:

U. Jag skulle hellre vilja ha en kvinna som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne, än en man som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne

Kunskapsfaktorer:

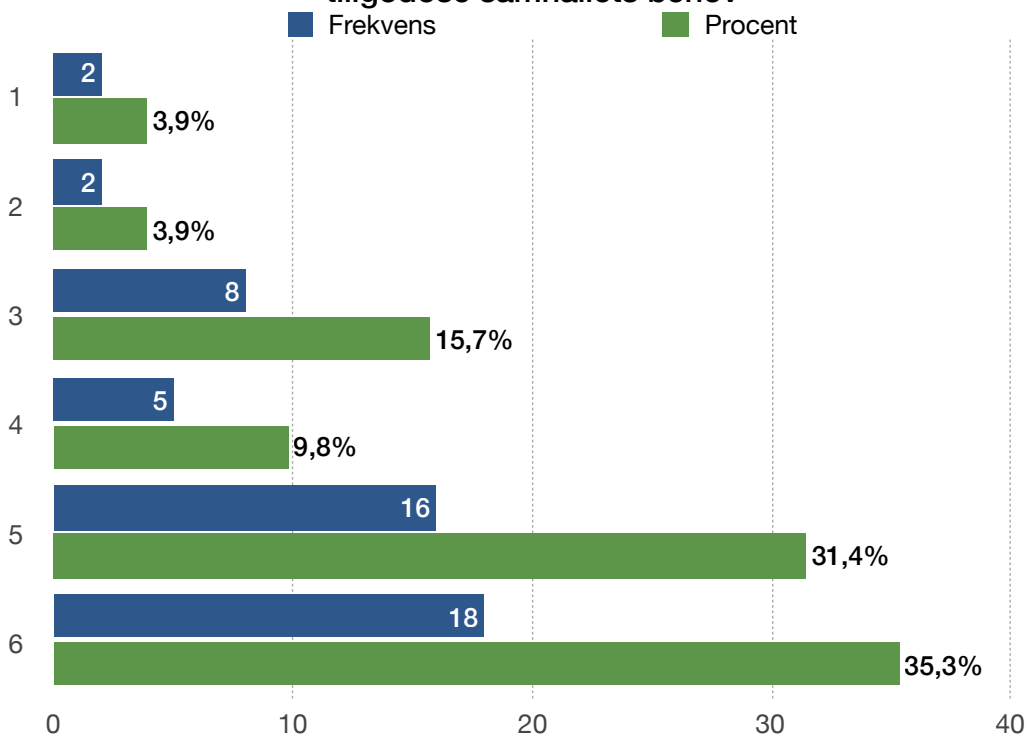
1. De flesta människor med psykiska problem vill ha ett lönearbete
2. Om jag hade en vän med psykiska problem, vet jag vilket råd jag skulle ge honom/henne för att få professionell hjälp
3. Läkemedel kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem
4. Psykoterapi (t.ex. kognitiv terapi eller stödsamtal) kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem
5. Människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt
6. De flesta människor med psykiska problem får professionell hjälp inom sjukvården
7. Schizofreni
8. Bipolärt syndrom (mano-depressiv sjukdom)
9. Depression
10. Stress
11. Sorg
12. Alkohol-och drogmissbruk

12.2 Diagram

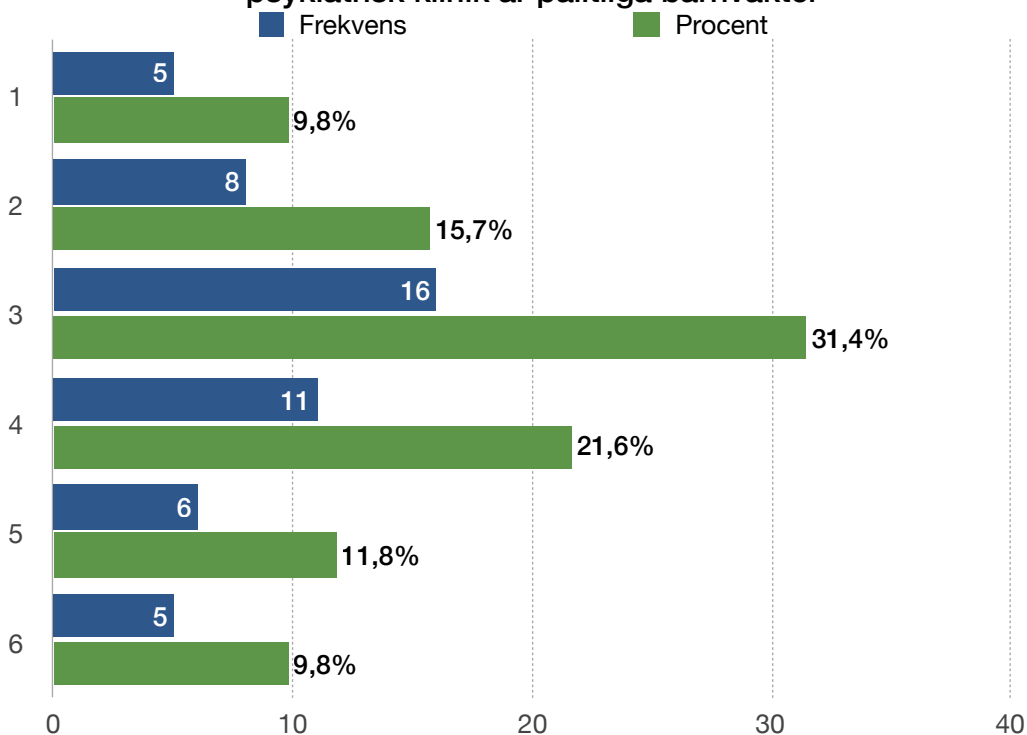
12.2 Diagram tillhörande kapitel 9.1

Attitydfaktor 1 -Vidsynthet och pro-integration

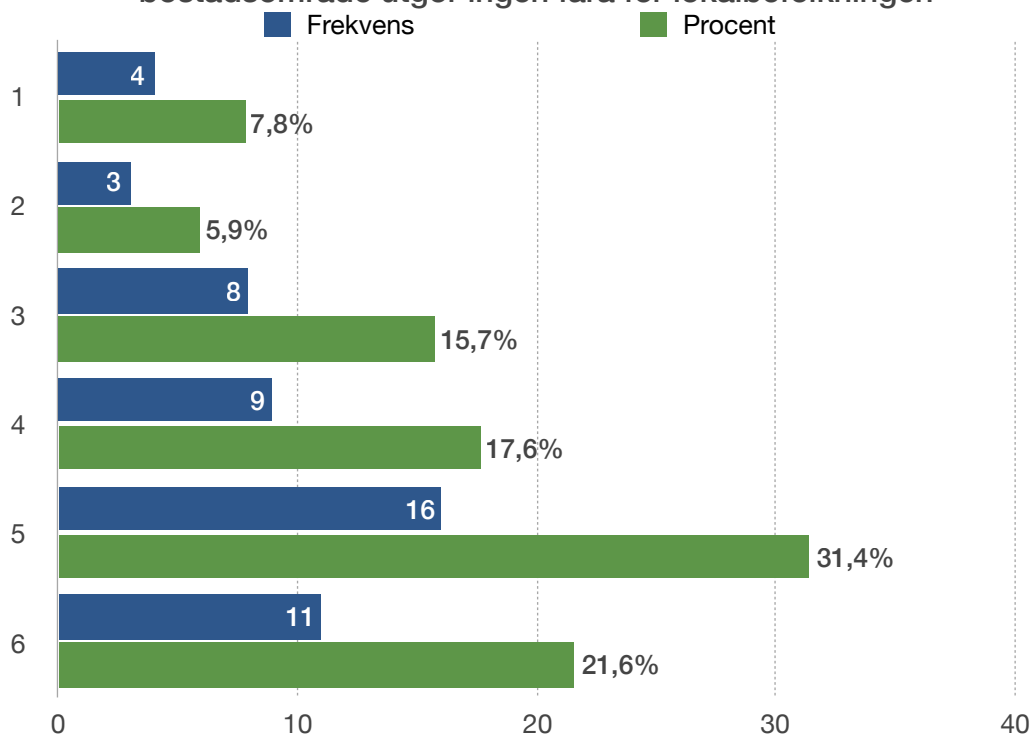
A. Lokalbefolkningen bör acceptera att en psykiatrisk verksamhet utlokaliseras till deras bostadsområde för att tillgodose samhällets behov



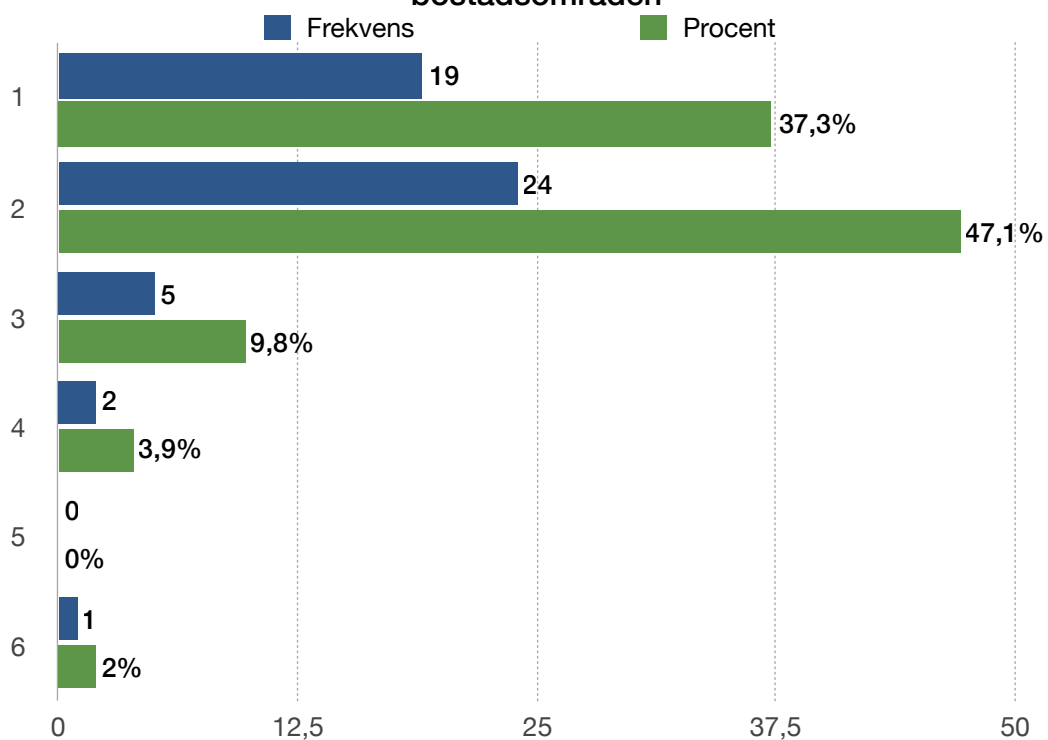
B. De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter



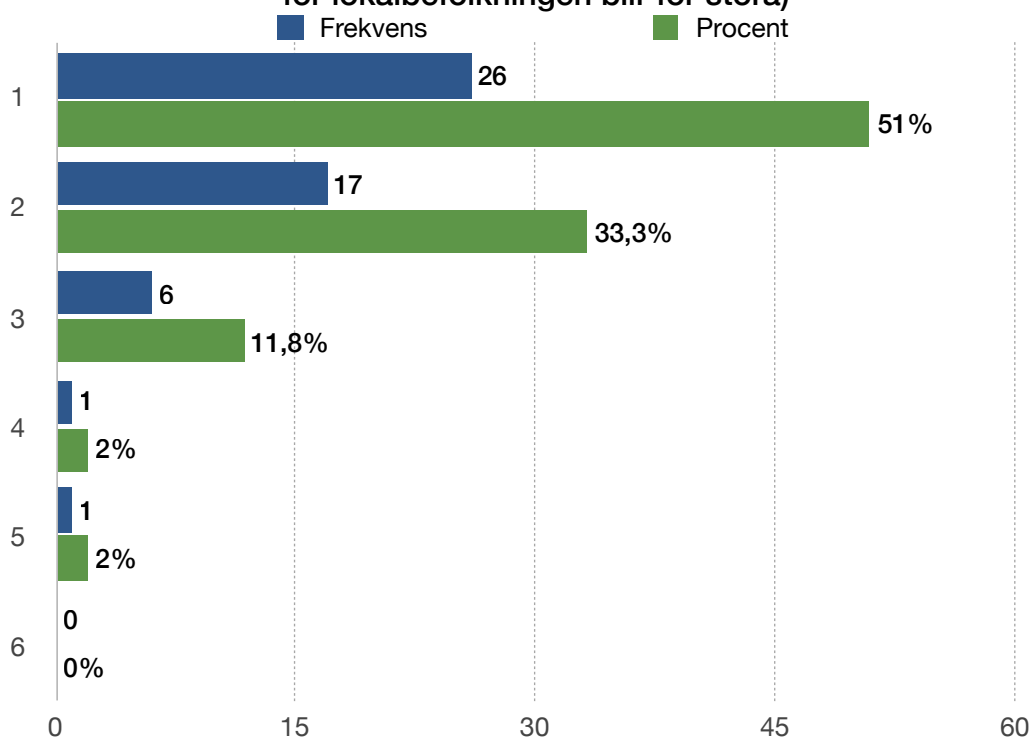
C. Utlokalisering av en psykiatrisk verksamhet till ett bostadsområde utgör ingen fara för lokalbefolkningen



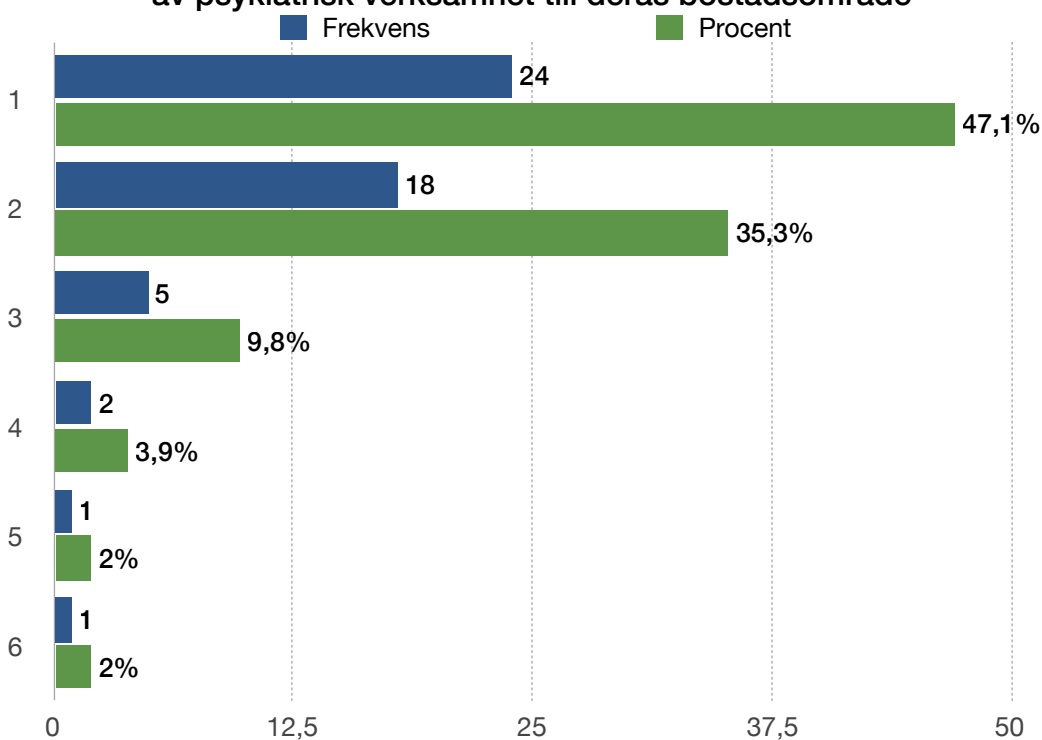
D. Psykiatriska verksamheter bör inte förläggas till bostadsområden



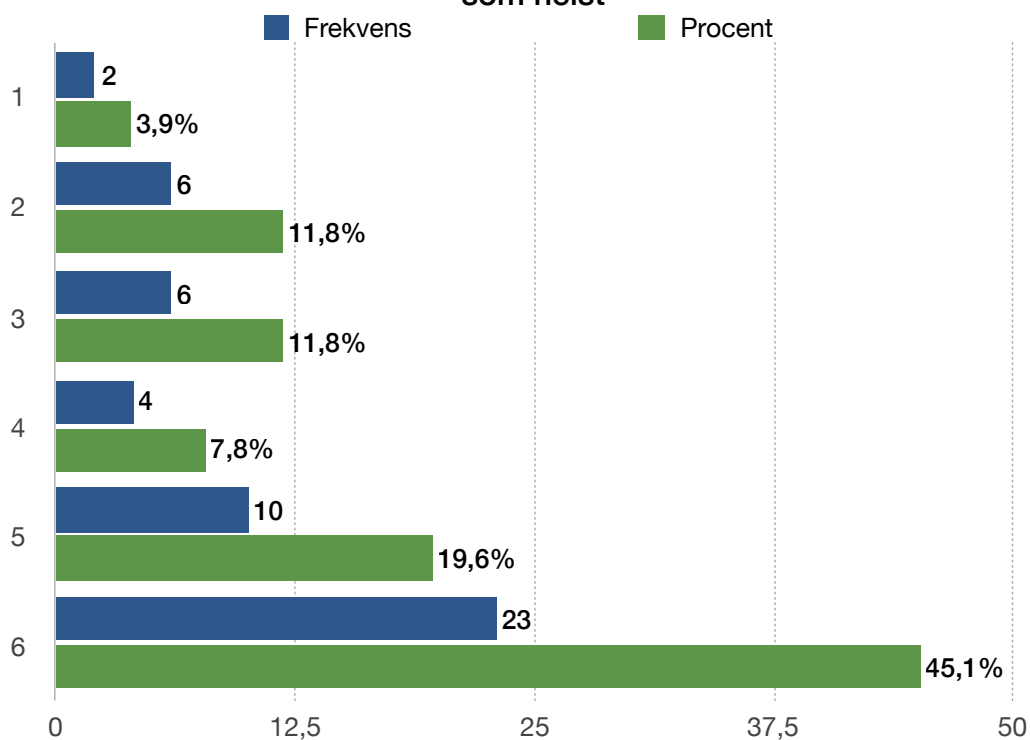
E. Att ha människor med en psykisk sjukdom boende i ett bostadsområde (vilket måhända vara bra för dem men riskerna för lokalbefolkningen blir för stora)



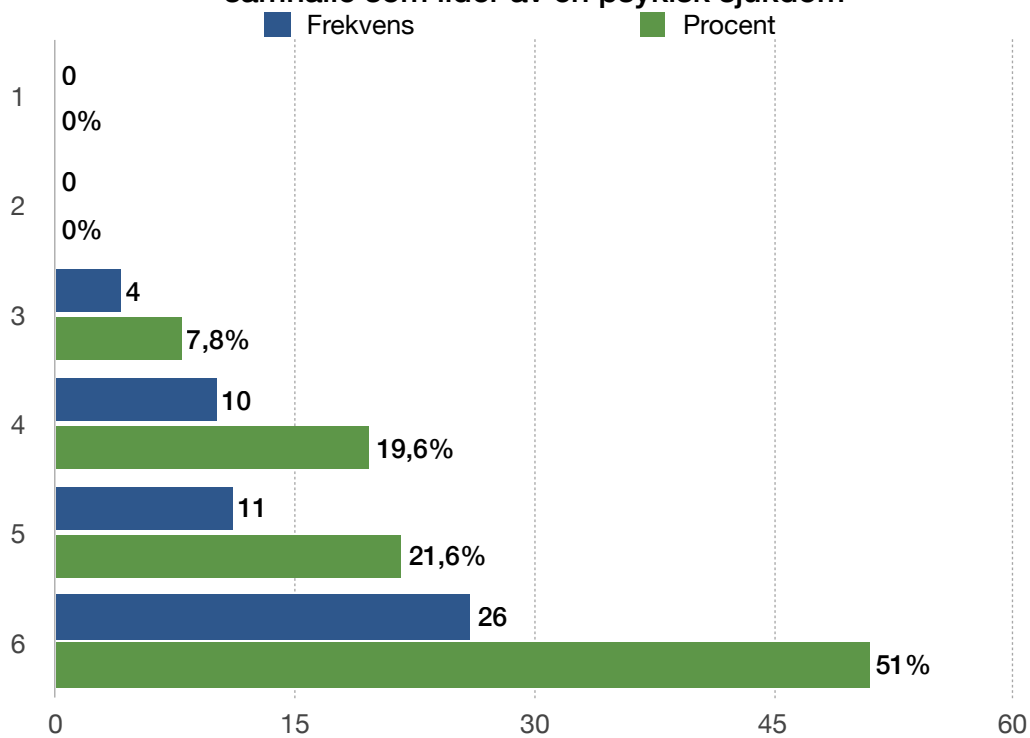
F. Lokalbefolkningen har goda skäl att motarbeta utlokalisering av psykiatrisk verksamhet till deras bostadsområde



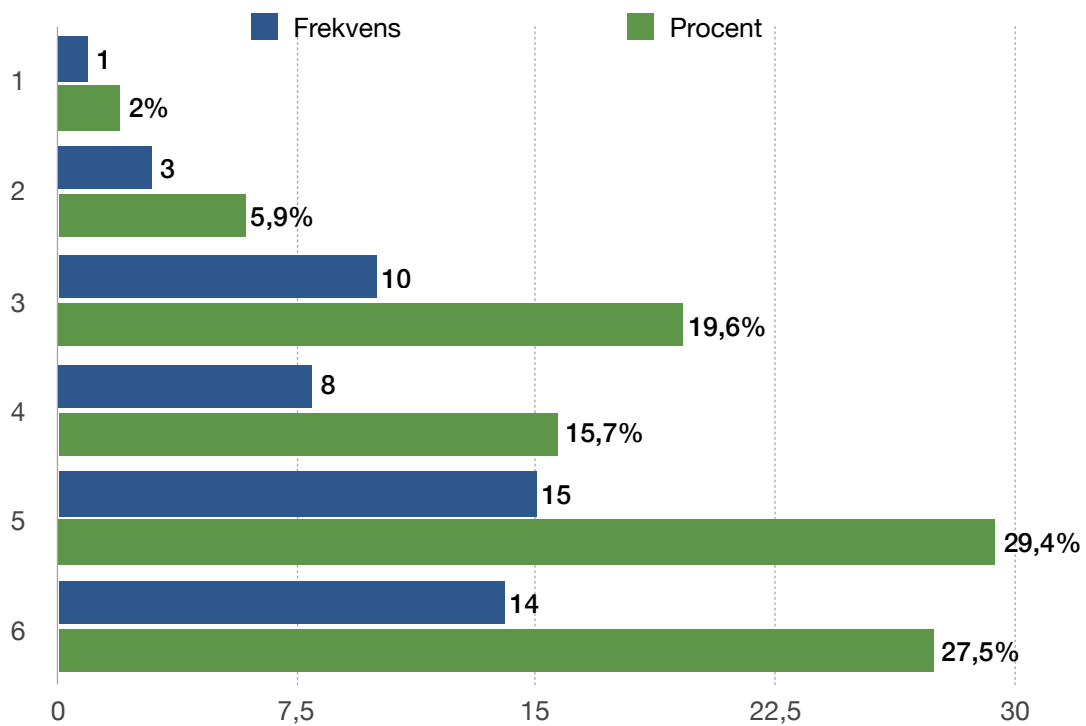
G. Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst



H. Vi måste inta en mer tolerant inställning till människor i vårt samhälle som lider av en psykisk sjukdom

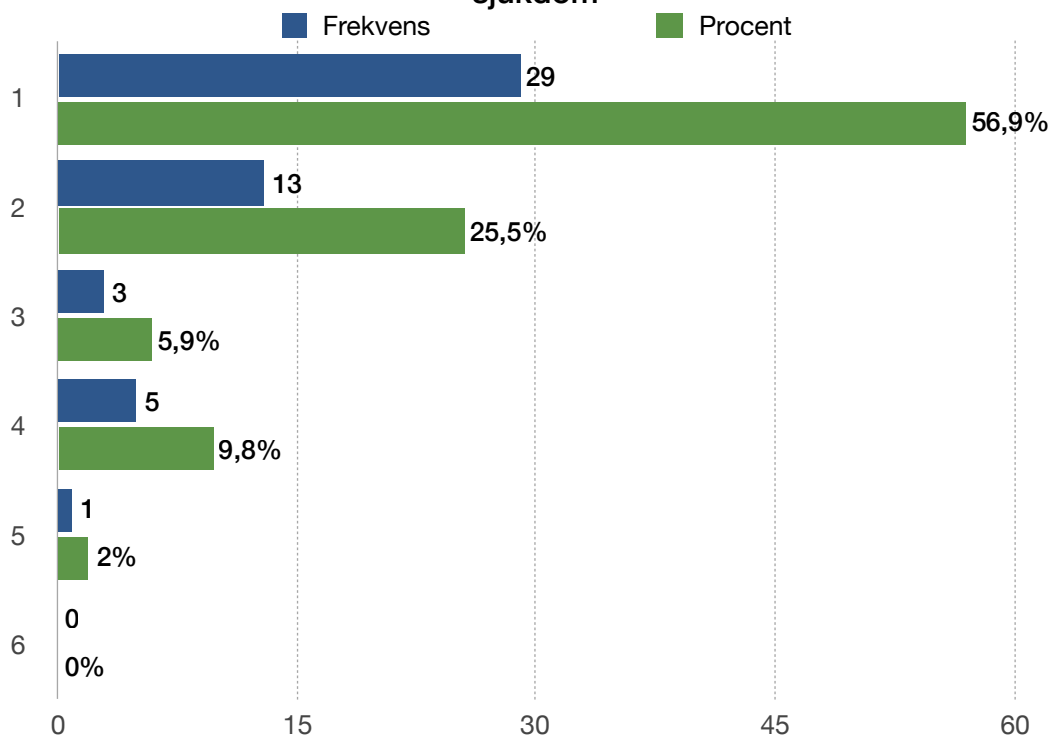


I. Människor med en psykisk sjukdom är mycket mindre farliga än vad de flesta människor tror

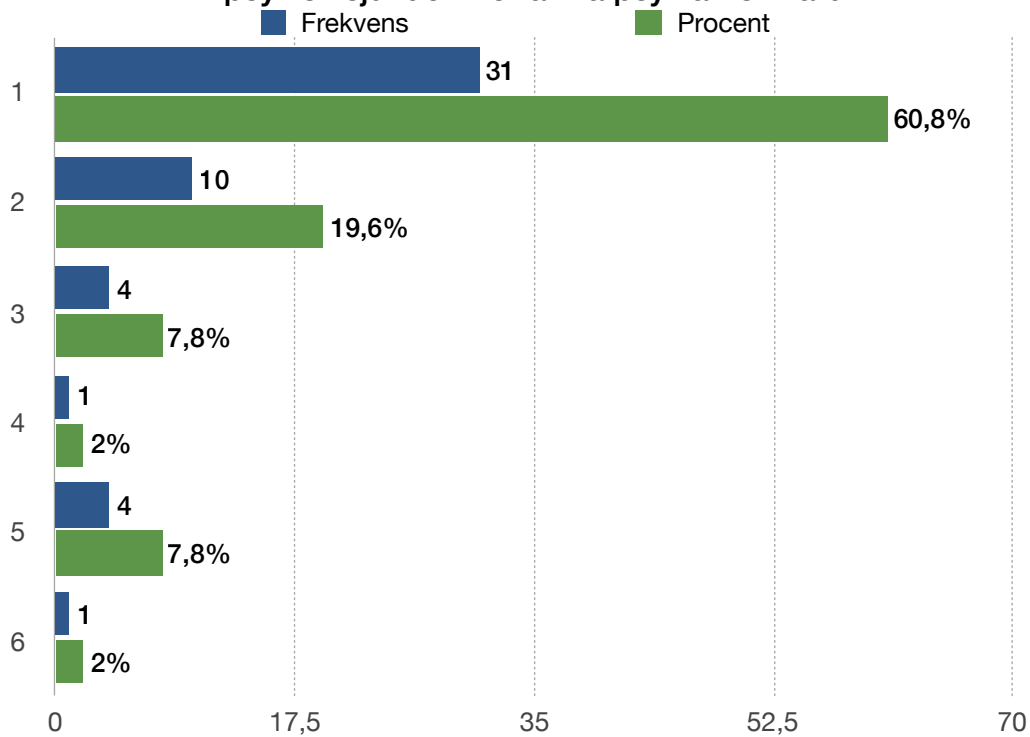


Attitydfaktor 2 - Rädsla och undvikande

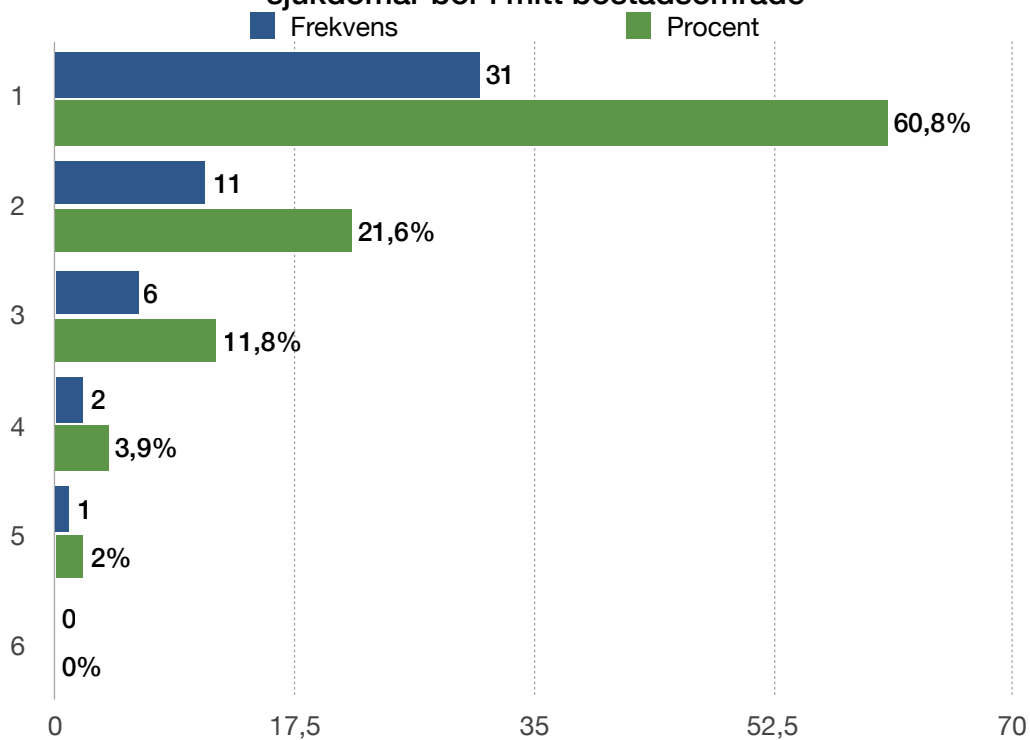
J. Det är bäst att undvika människor som har en psykisk sjukdom



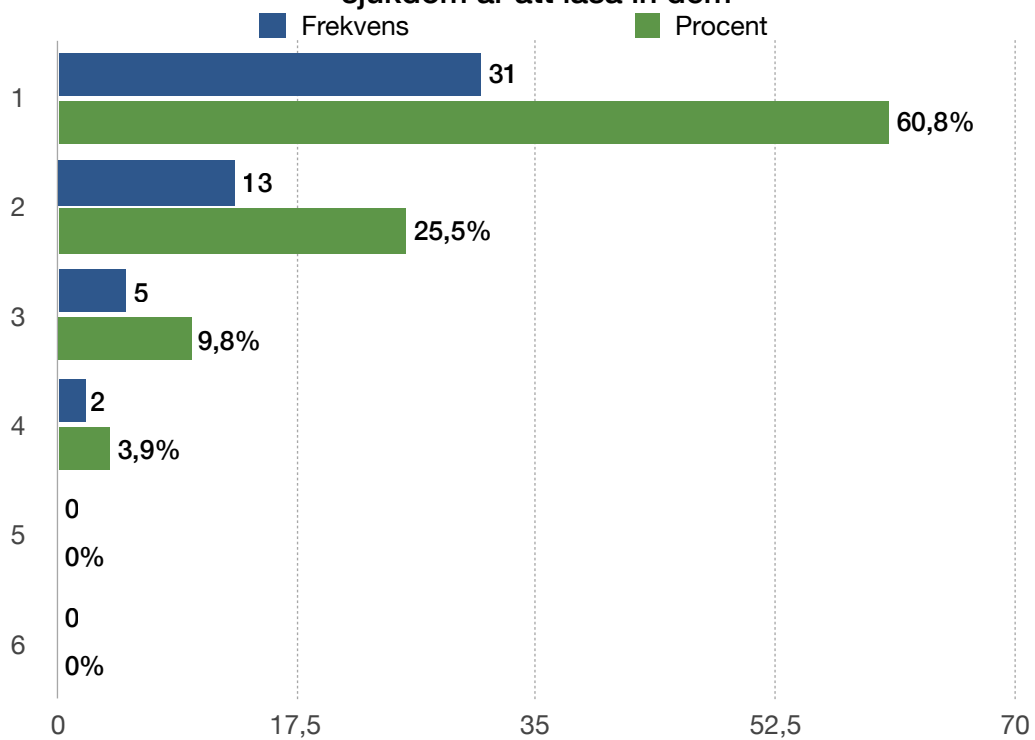
K. Jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom för att få psykiatrisk vård



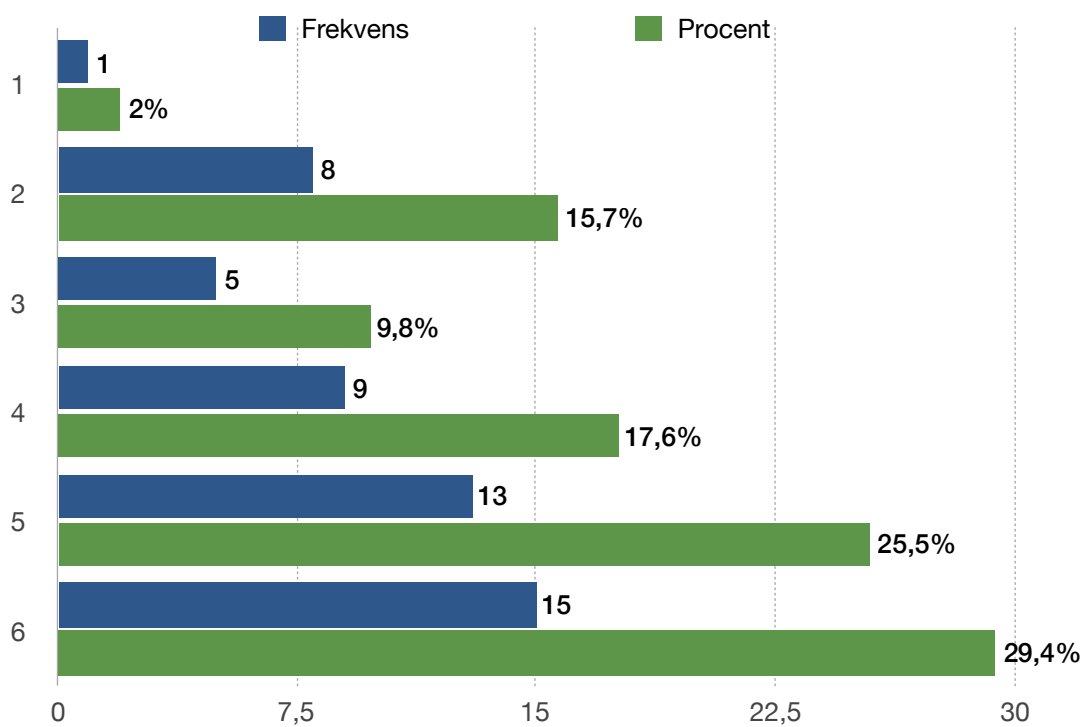
L. Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde



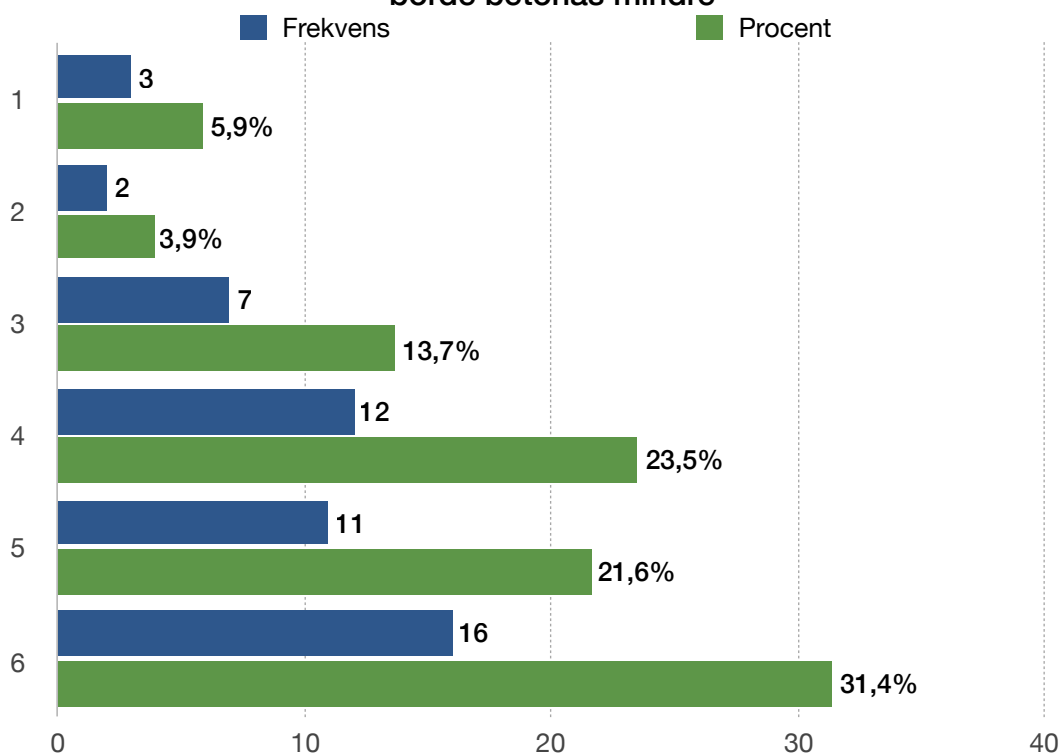
M. Det bästa sättet att omhänderta människor med en psykisk sjukdom är att låsa in dem



N. Den lokala befolkningen behöver inte vara rädd för de människor som besöker deras närområde för att få psykiatrisk vård

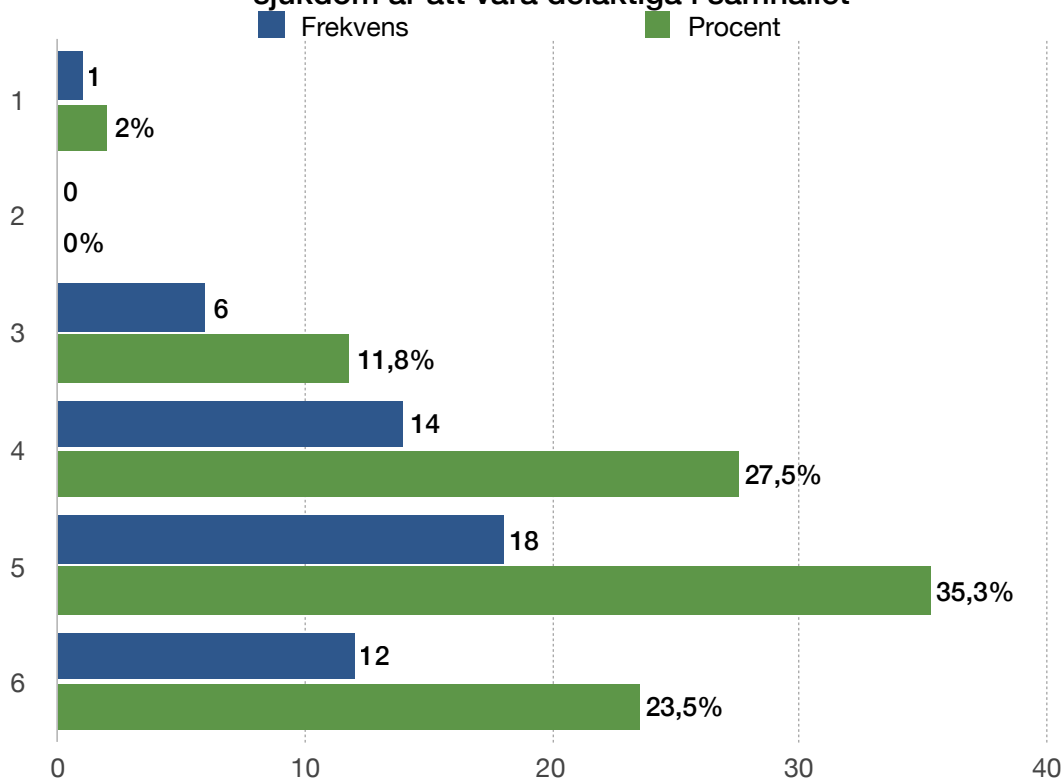


O. Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre

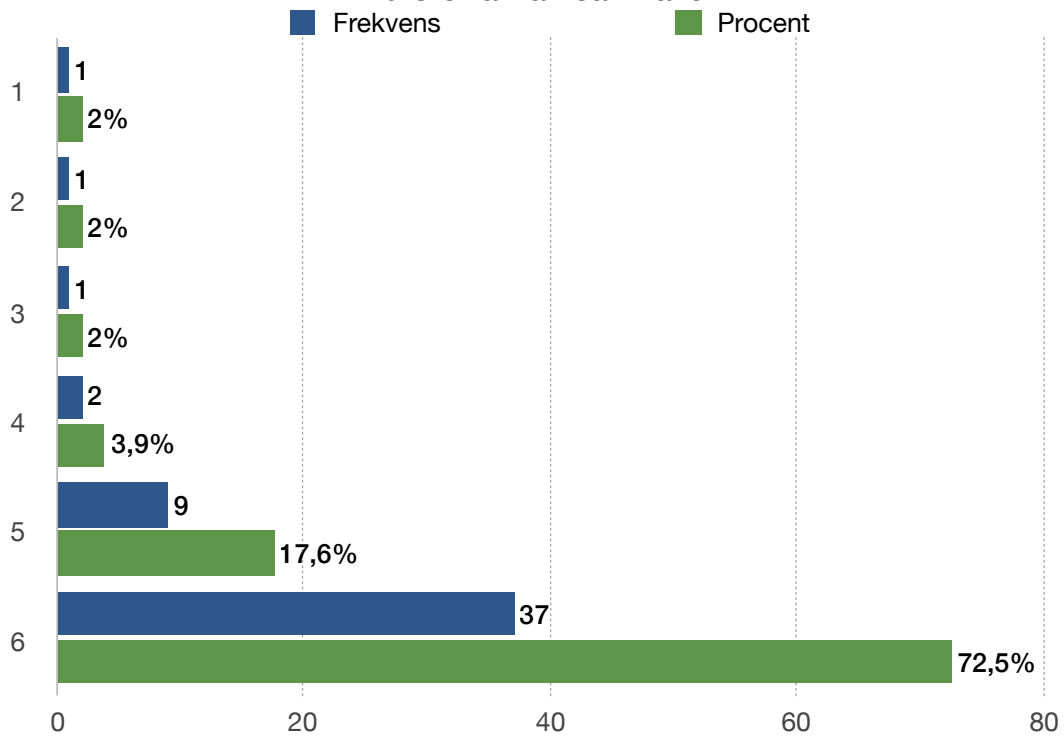


Attitydfaktor 3 - Inställning till samhällsbaserad psykiatri

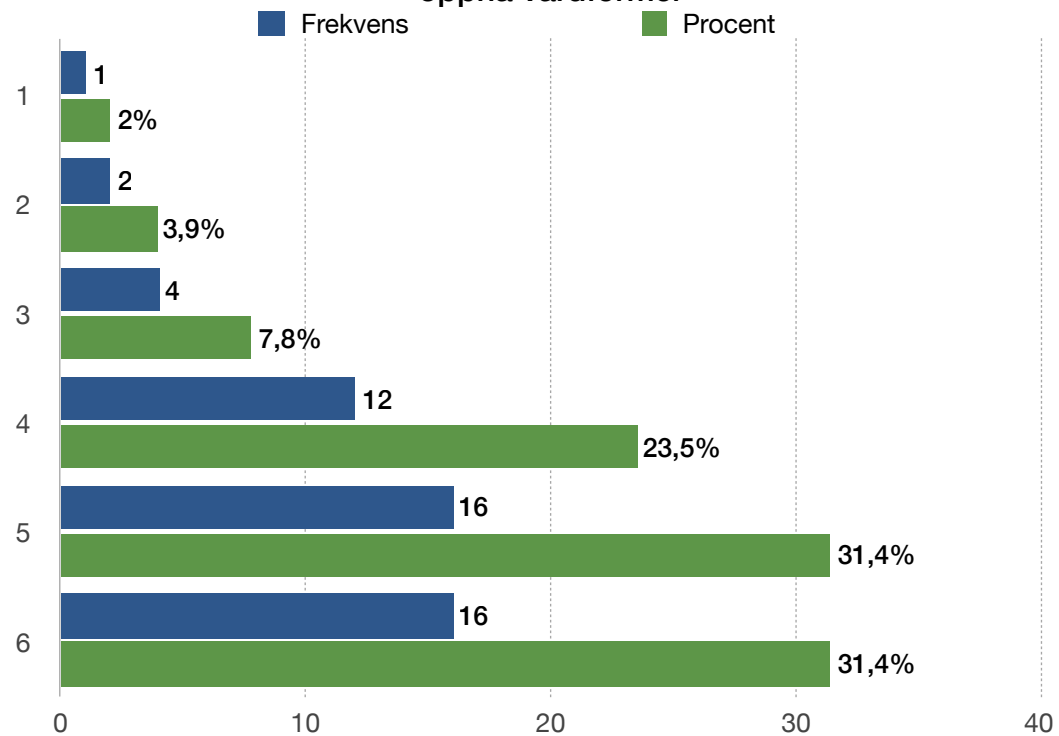
P. Den bästa behandlingen för människor med en psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället



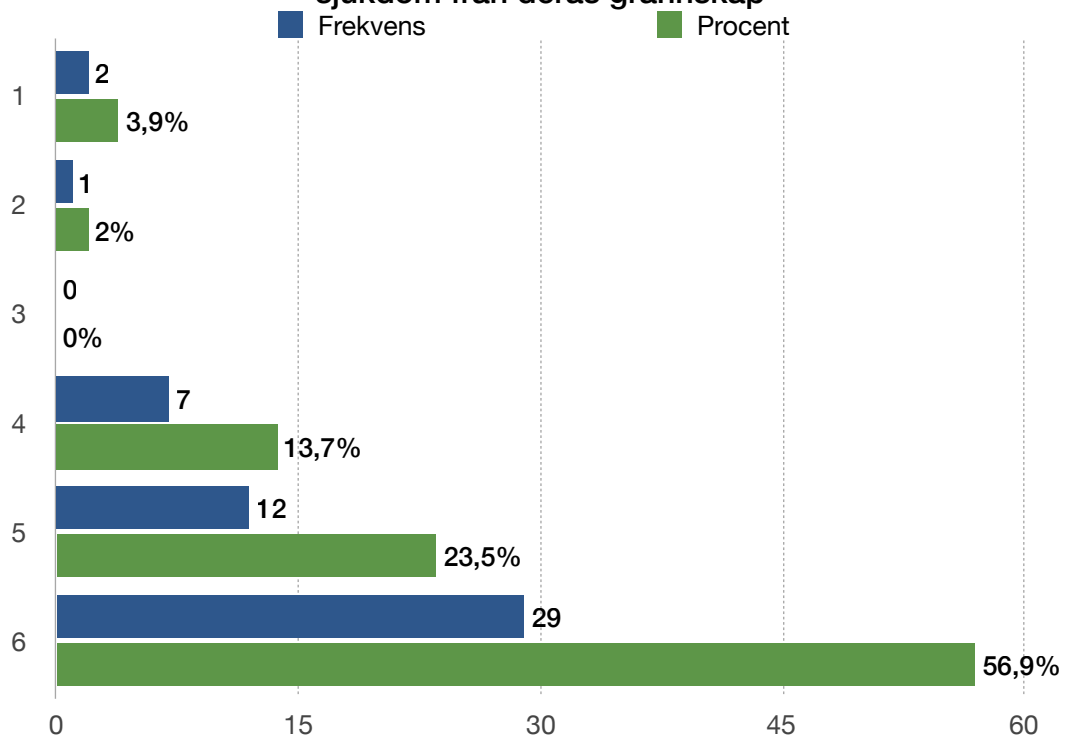
Q. Människor med en psykisk sjukdom ska inte behandlas som utstötta från samhället



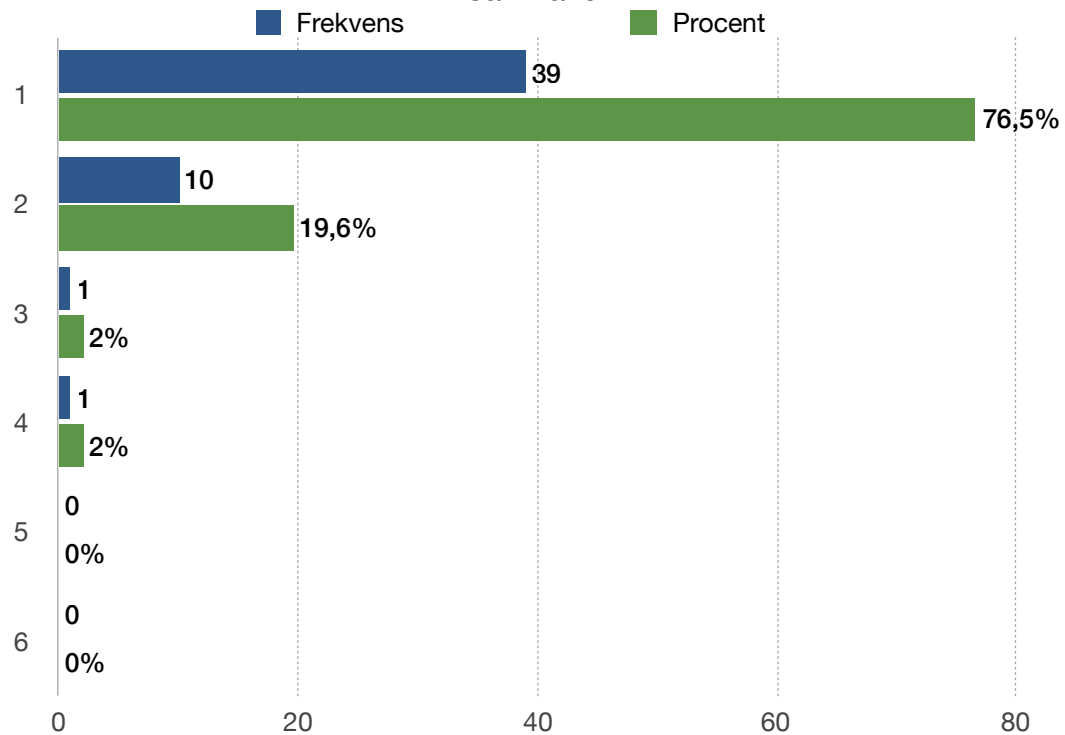
R. Så långt det är möjligt bör psykiatrisk verksamhet bedrivas i öppna vårdformer



S. Ingen har rätt att utestänga människor med en psykisk sjukdom från deras grannskap

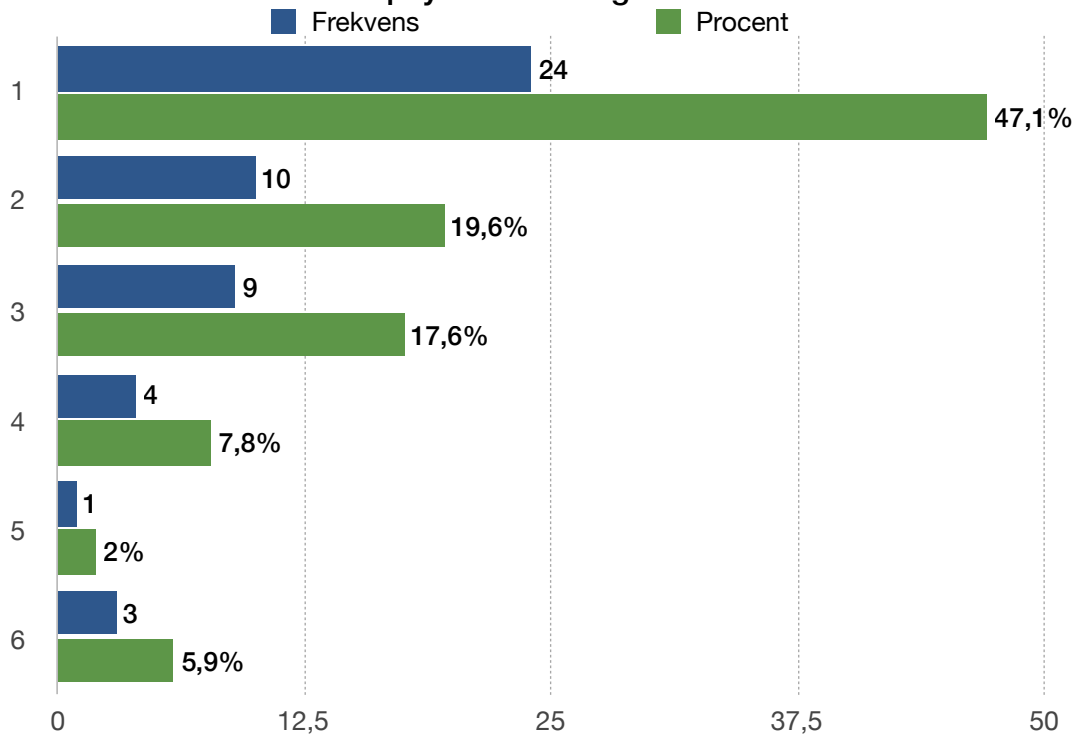


T. Människor med en psykisk sjukdom bör isoleras från resten av samhället



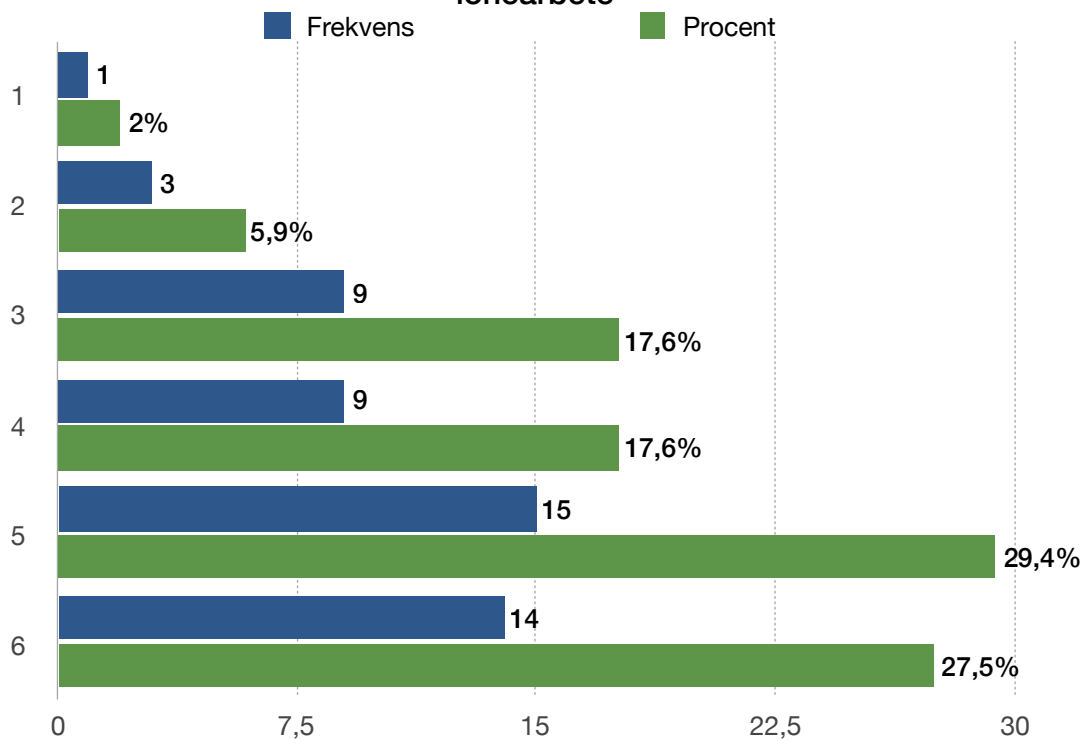
Högbergs utomstående attitydfaktor

U. Jag skulle hellre ha en kvinna som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne, än en man som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne

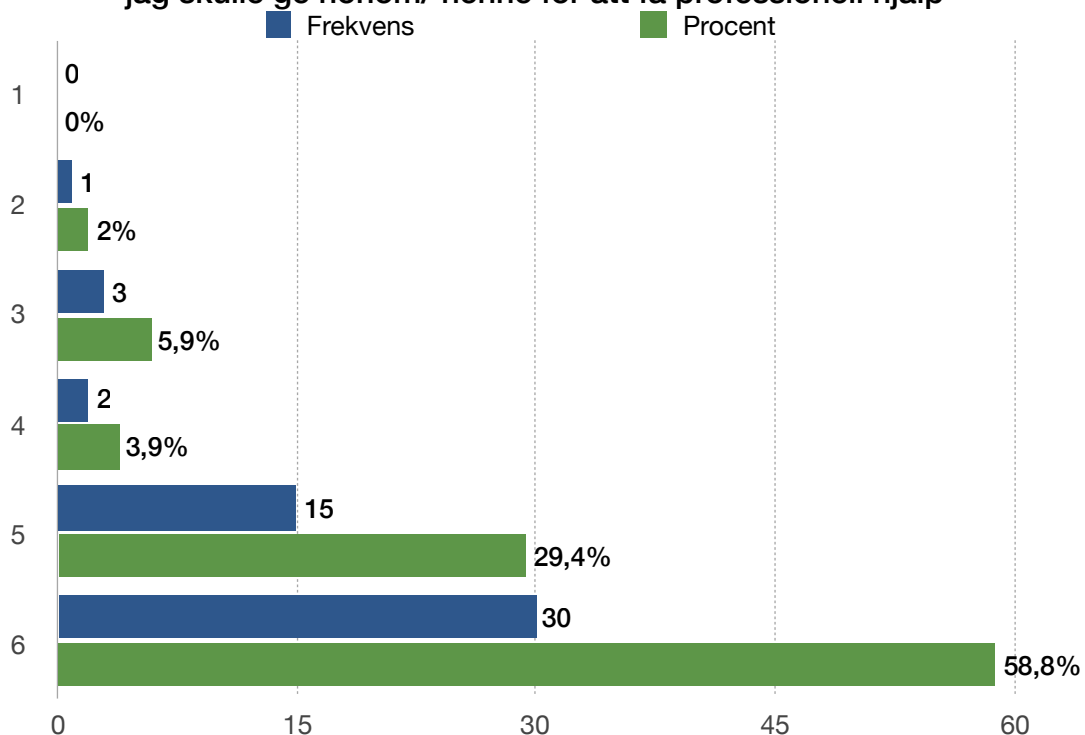


12.3 Diagram tillhörande kapitel 9.2

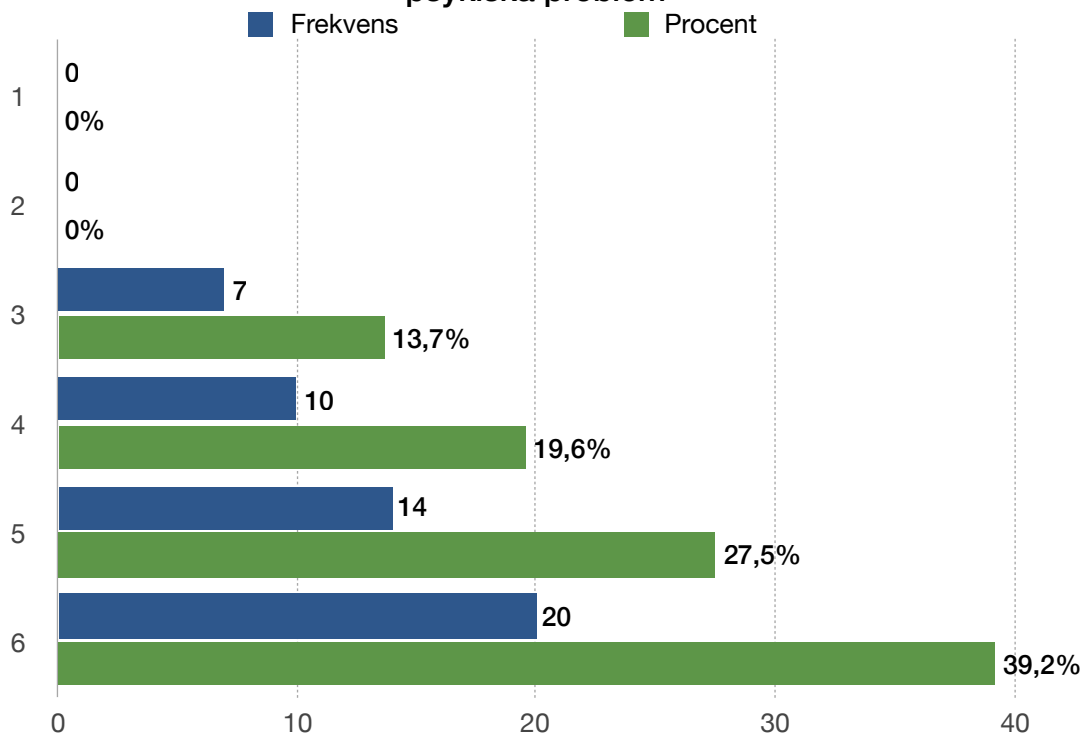
1. De flesta människor med psykiska problem vill ha ett lönearbete



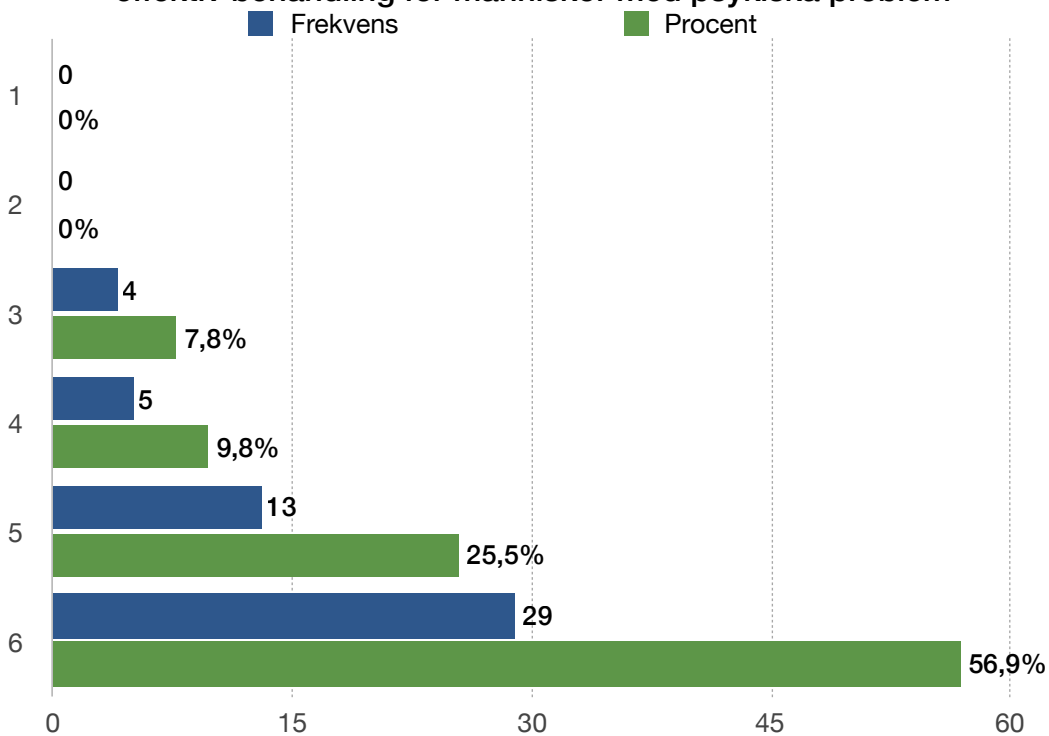
2. Om jag hade en vän med psykiska problem, vet jag vilket råd jag skulle ge honom/ henne för att få professionell hjälp



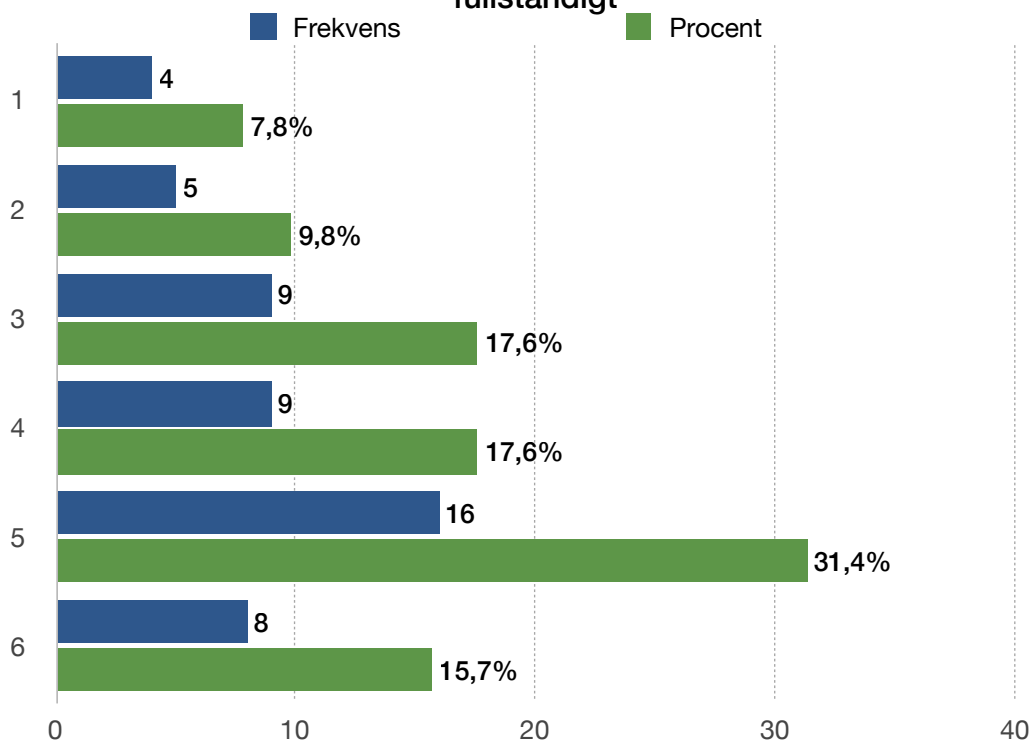
3. Läkemedel kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem



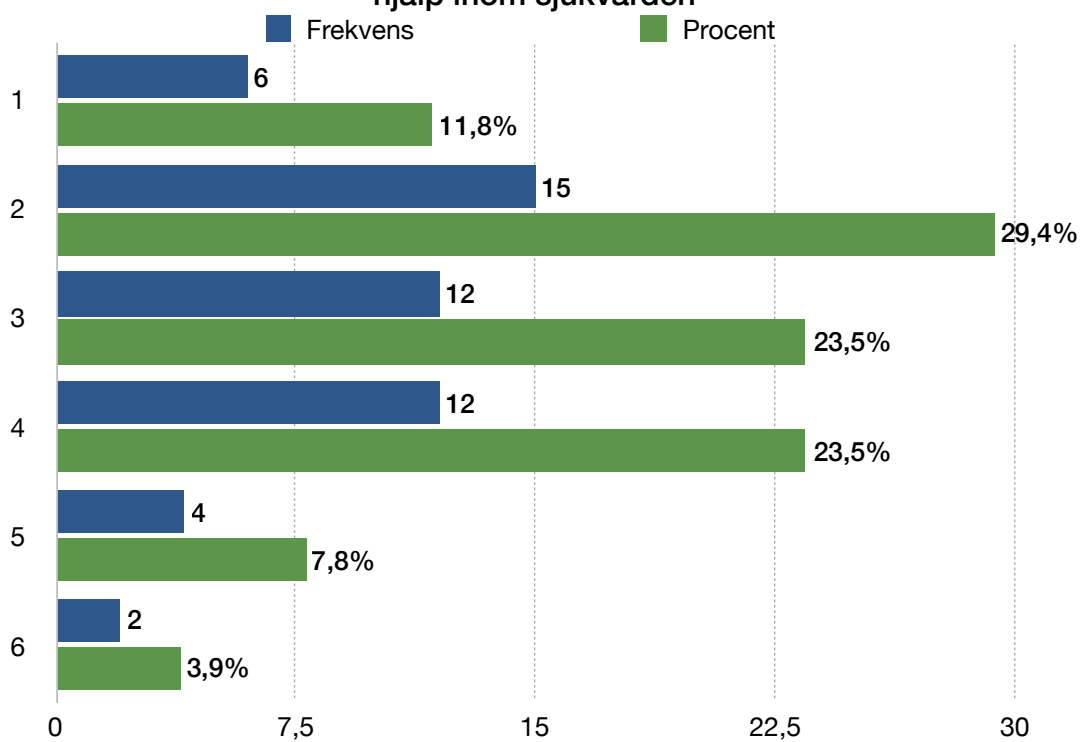
4. Psykoterapi (t.ex. kognitiv terapi eller stödsamtal) kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem



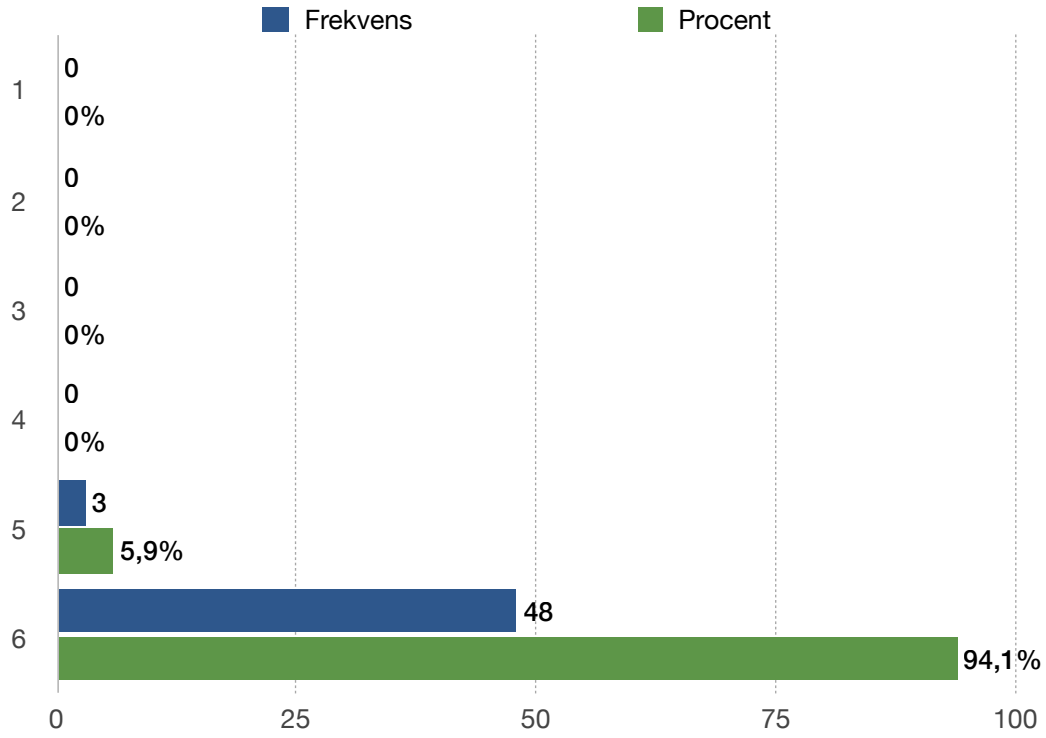
5. Människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt



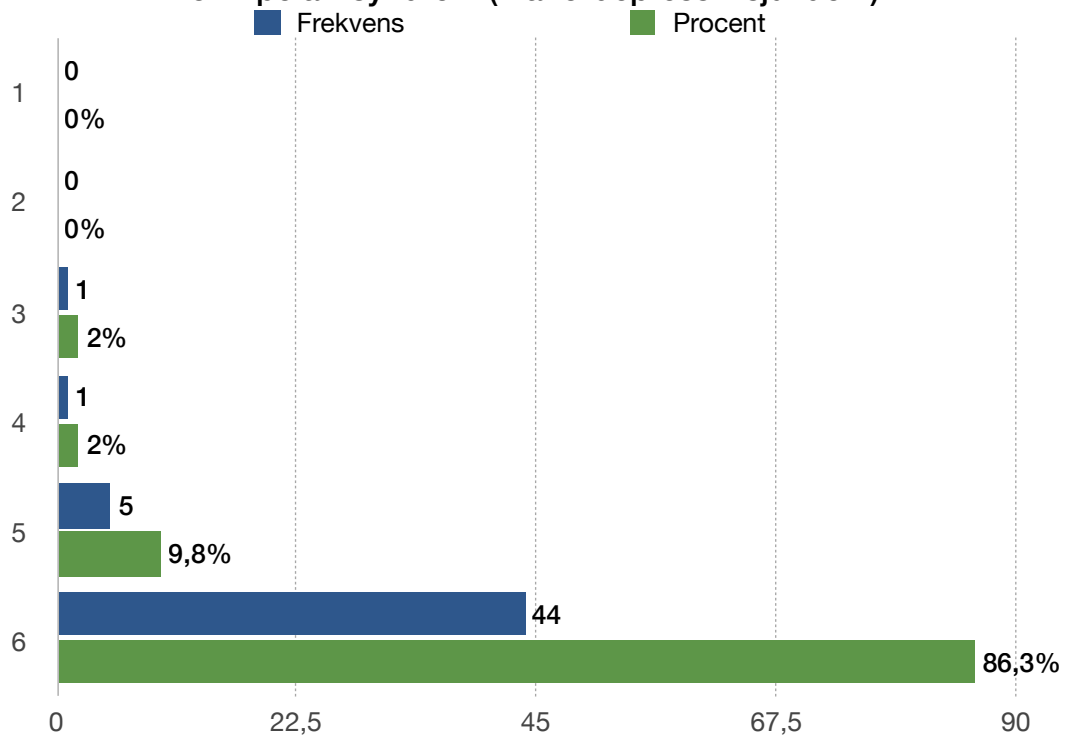
6. De flesta människor med psykiska problem får professionell hjälp inom sjukvården



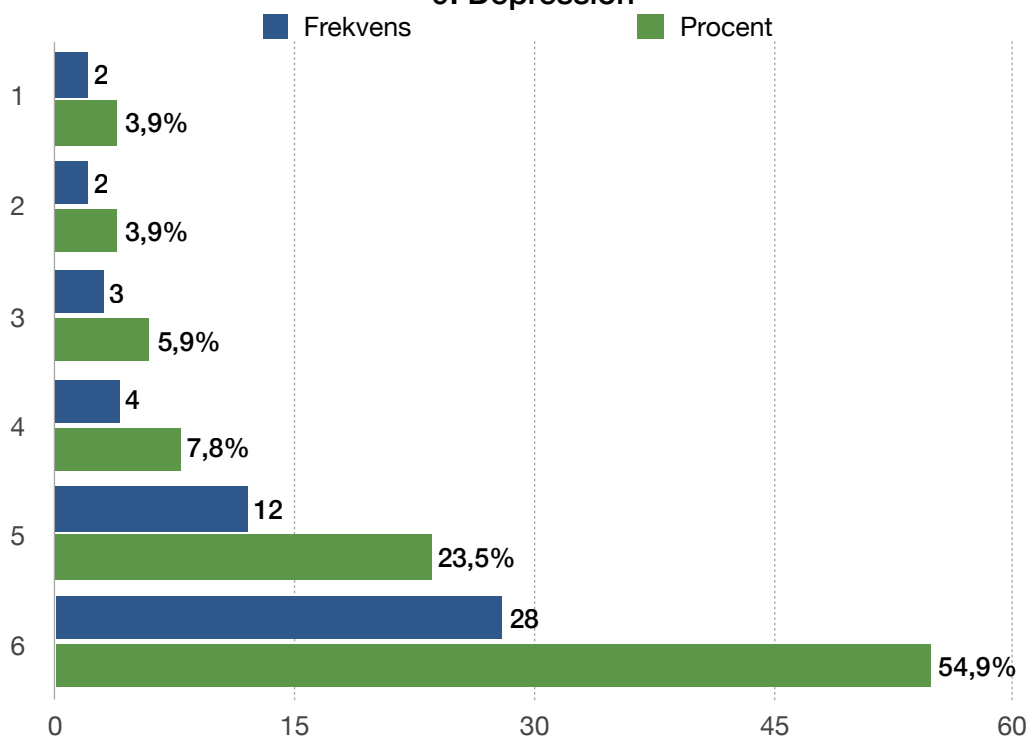
7. Schizofreni



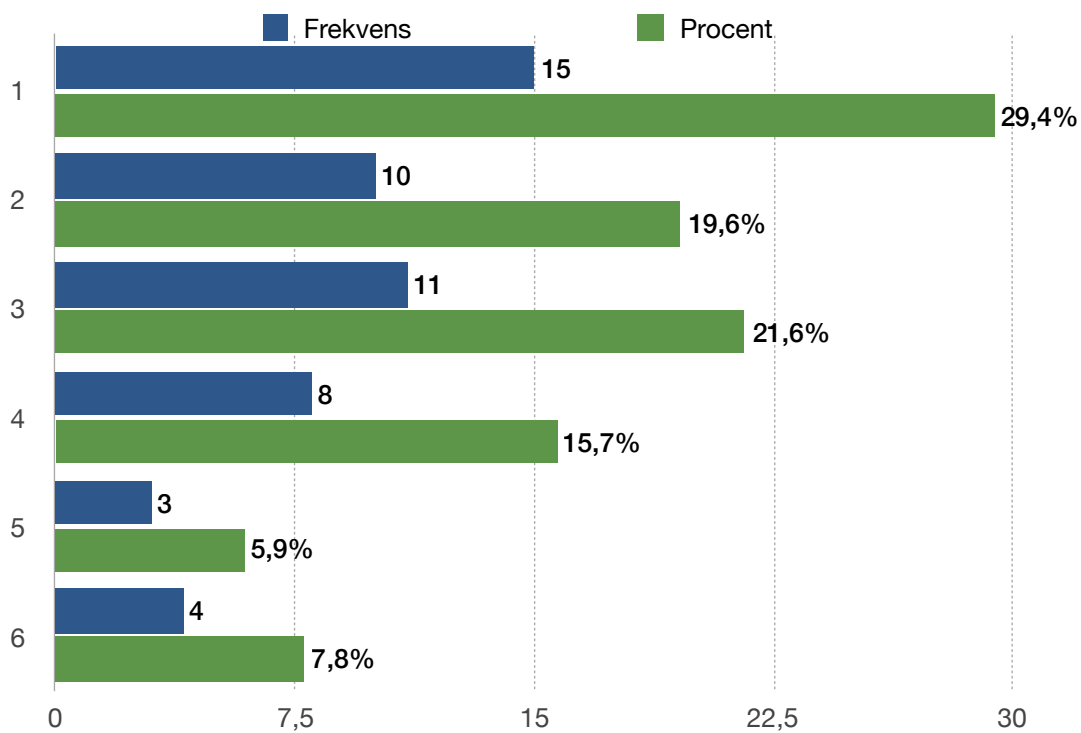
8. Bipolärt syndrom (mano-depressiv sjukdom)



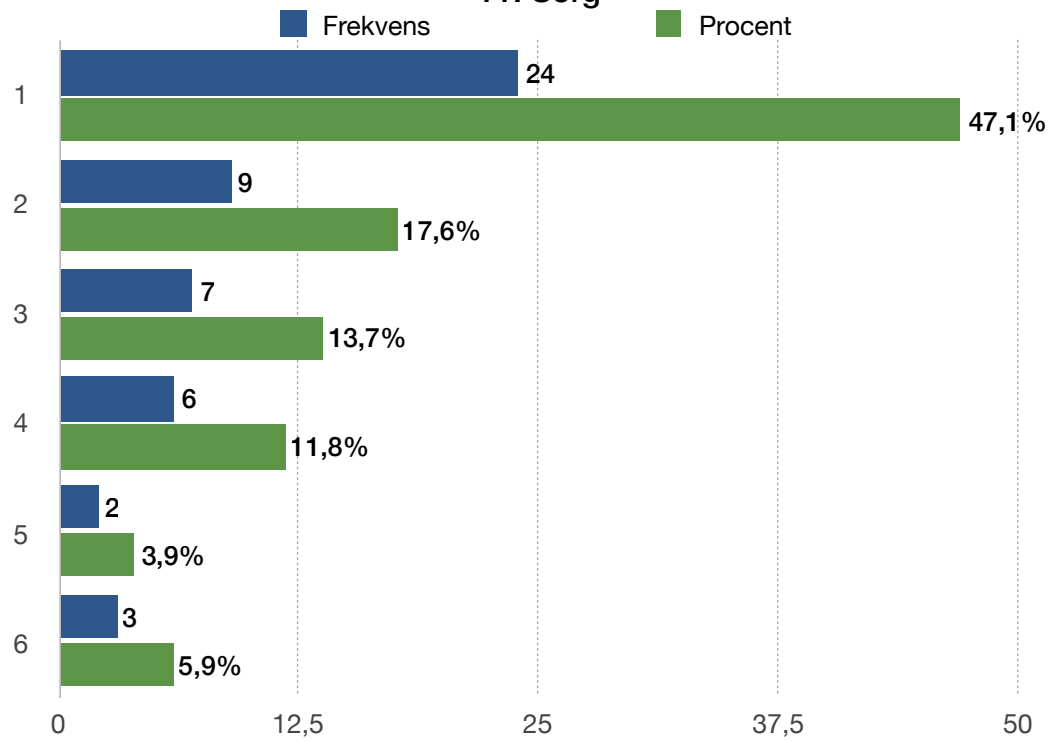
9. Depression



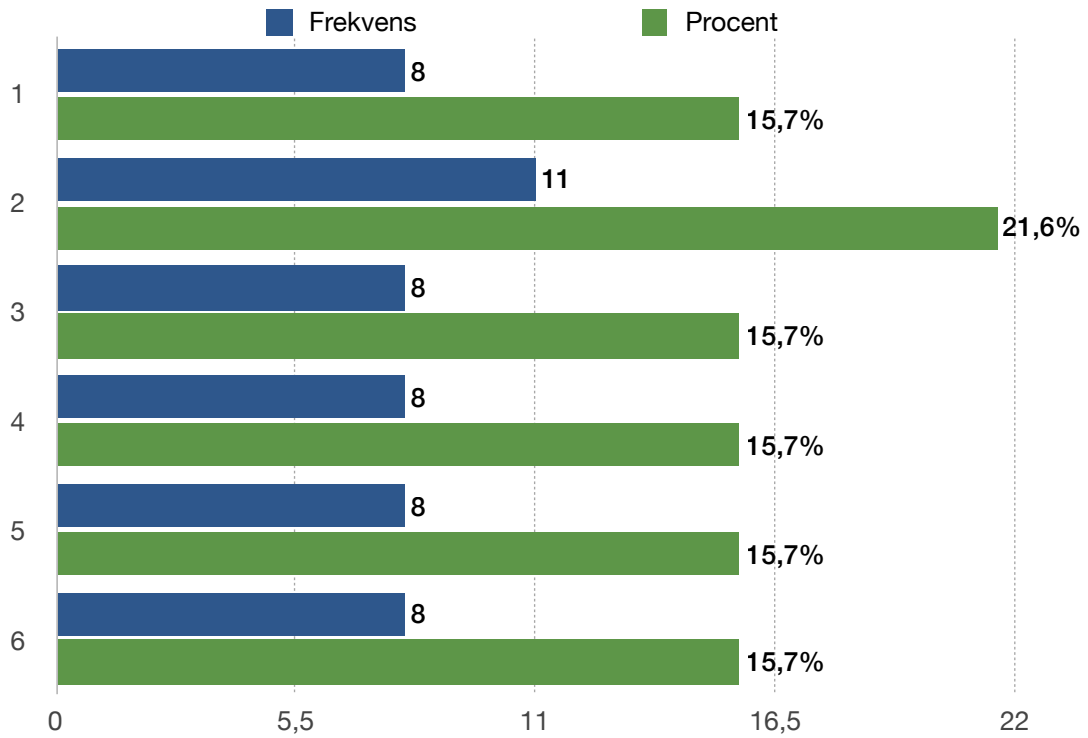
10. Stress



11. Sorg



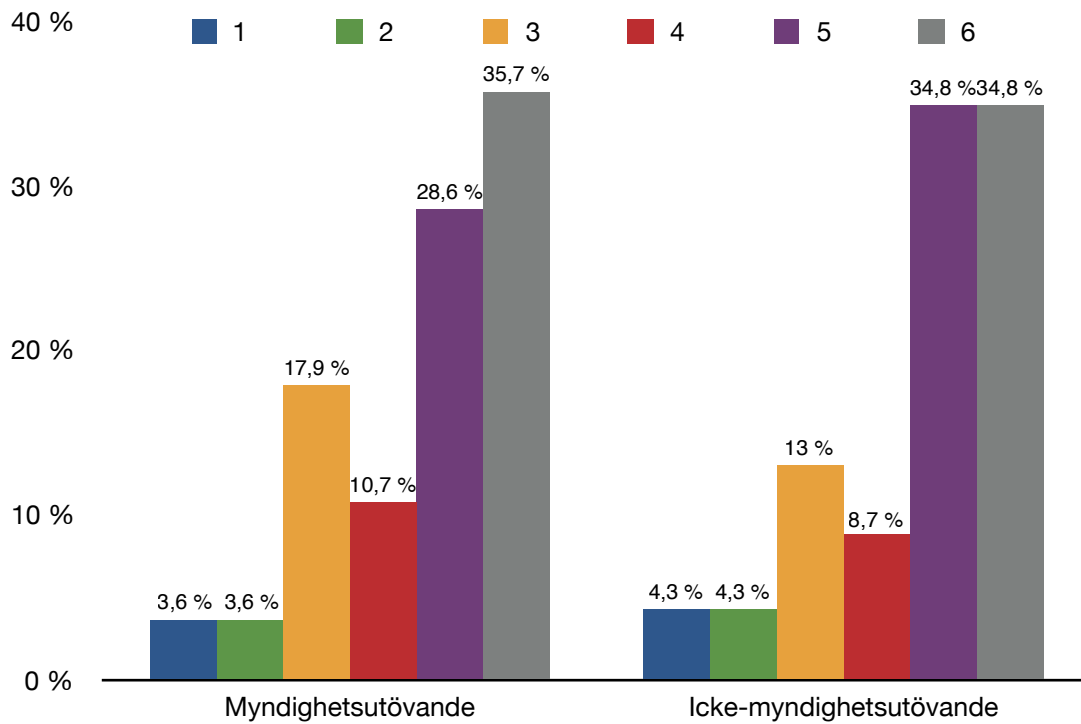
12. Alkohol och missbruk



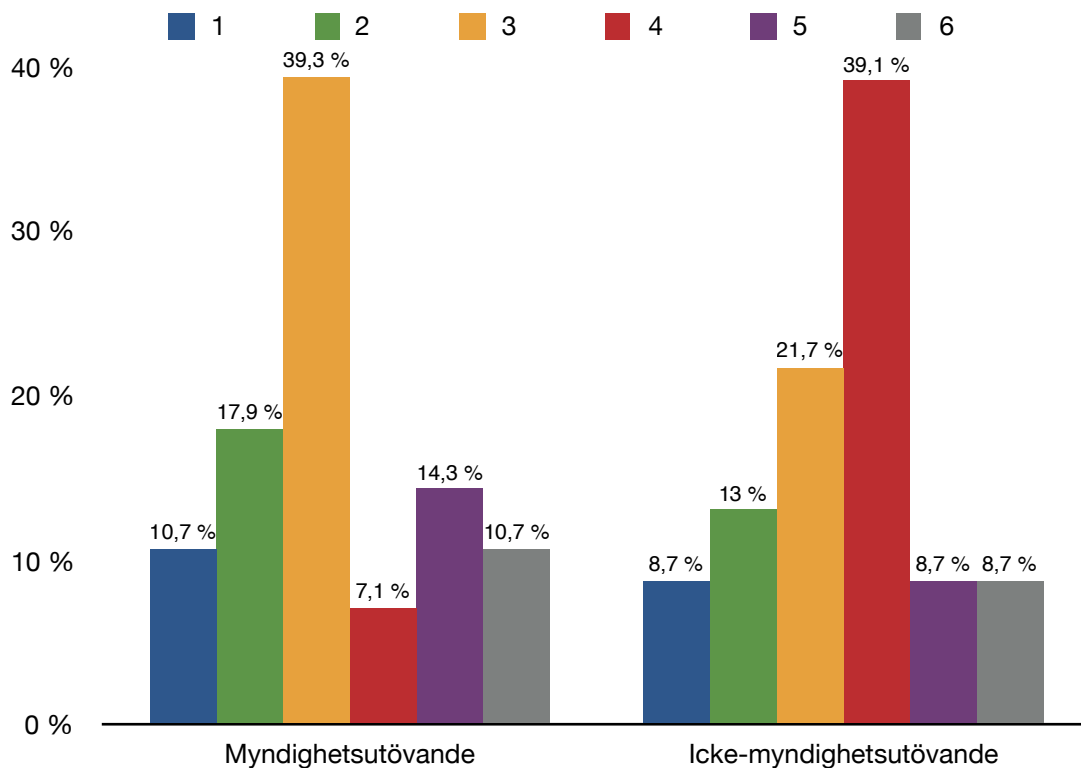
12.4 Diagram tillhörande kapitel 9.3

Attitydfaktor 1

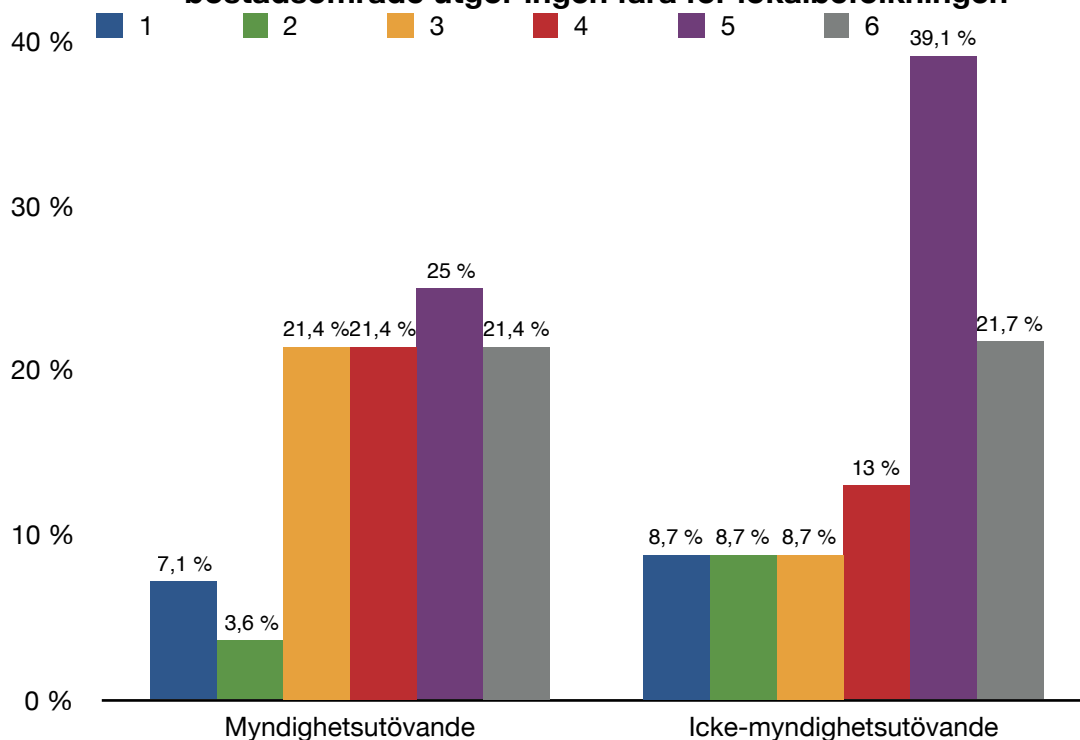
A. Lokalbefolkningen bör acceptera att en psykiatrisk verksamhet utlokaliseras till deras bostadsområde för att tillgodose samhällets behov



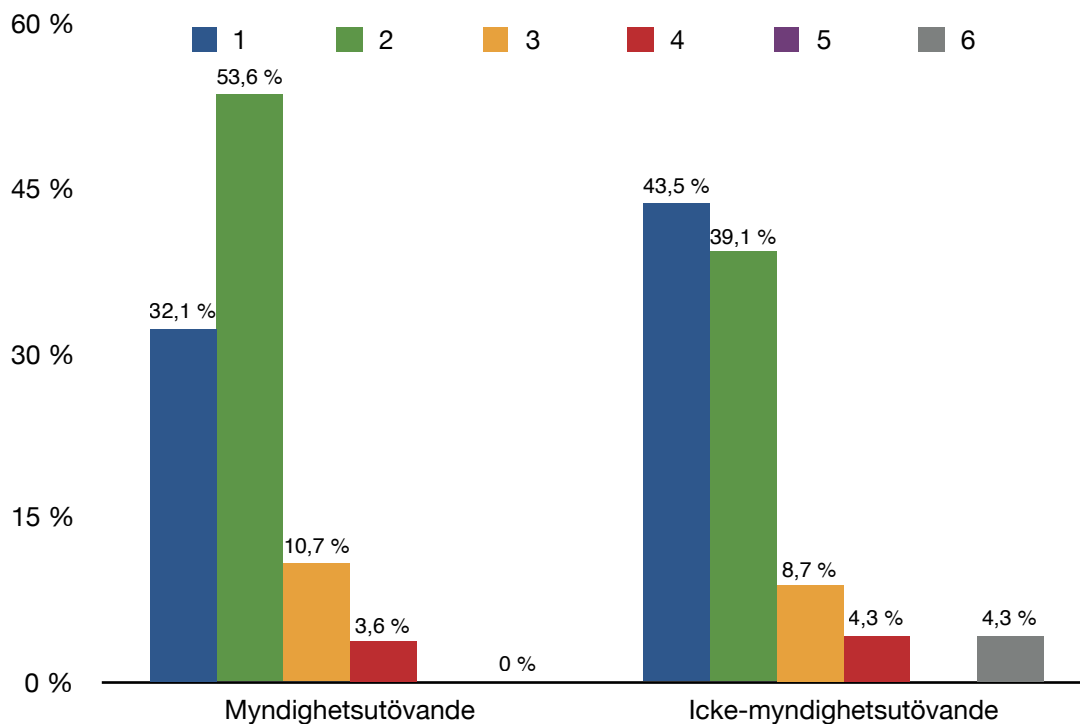
B. De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga



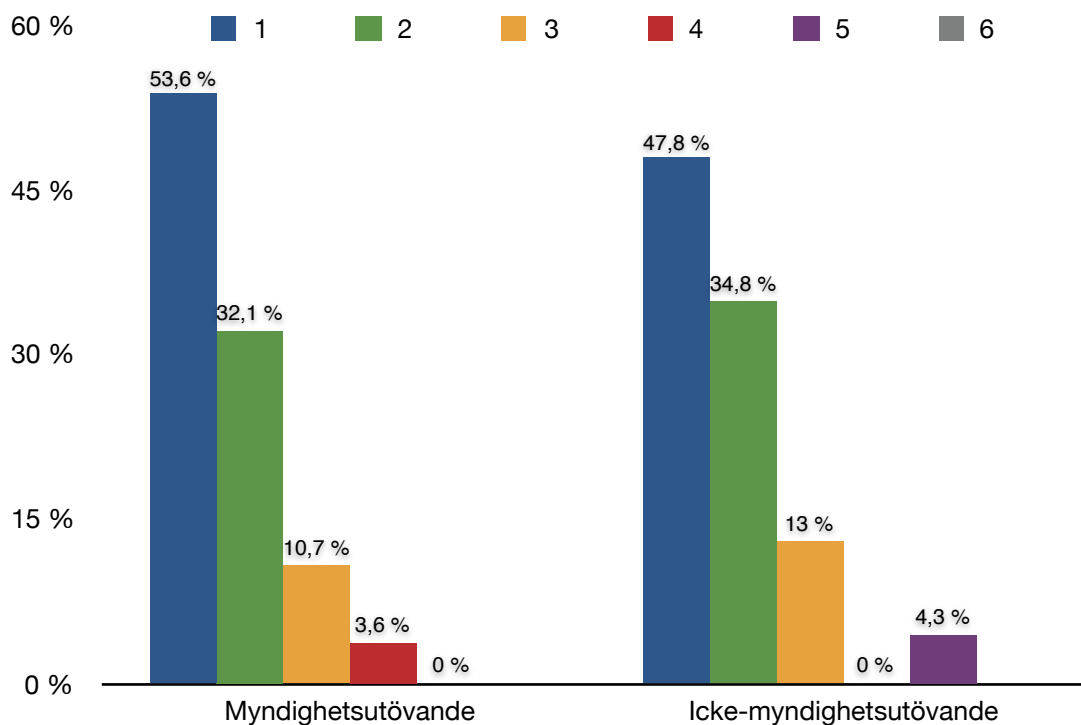
C. Utlokalisering av en psykiatrisk verksamhet till ett bostadsområde utgör ingen fara för lokalbefolkningen



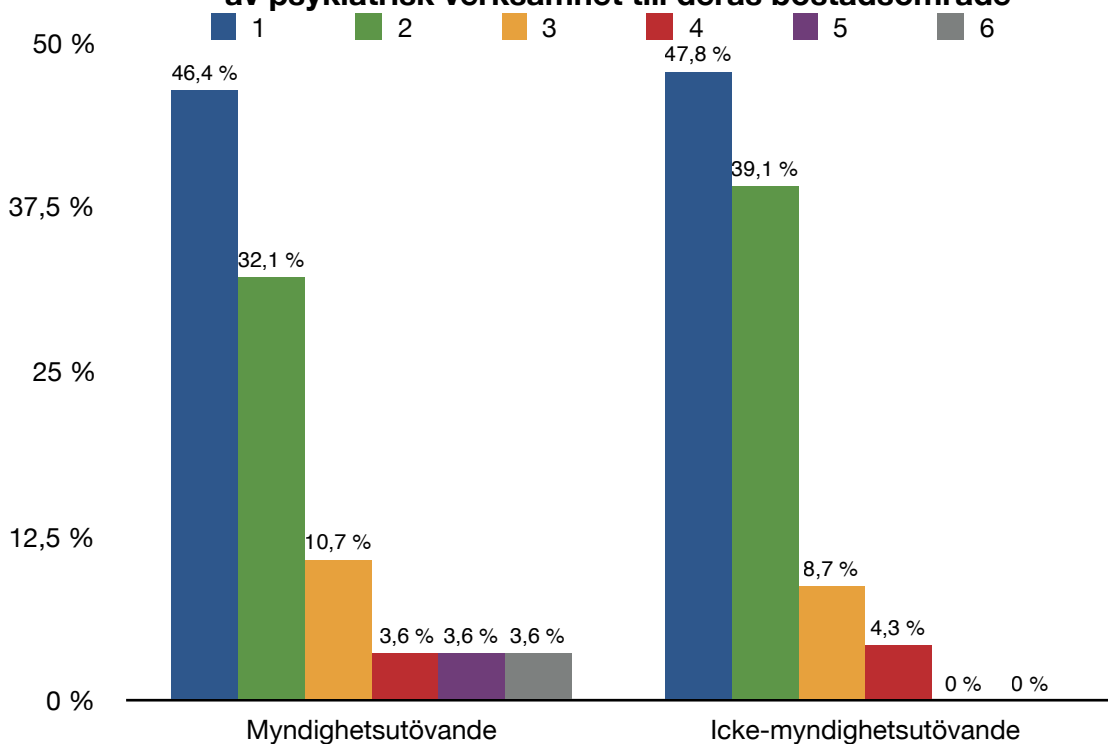
D. Psykiatriska verksamheter bör inte förläggas till bostadsområden



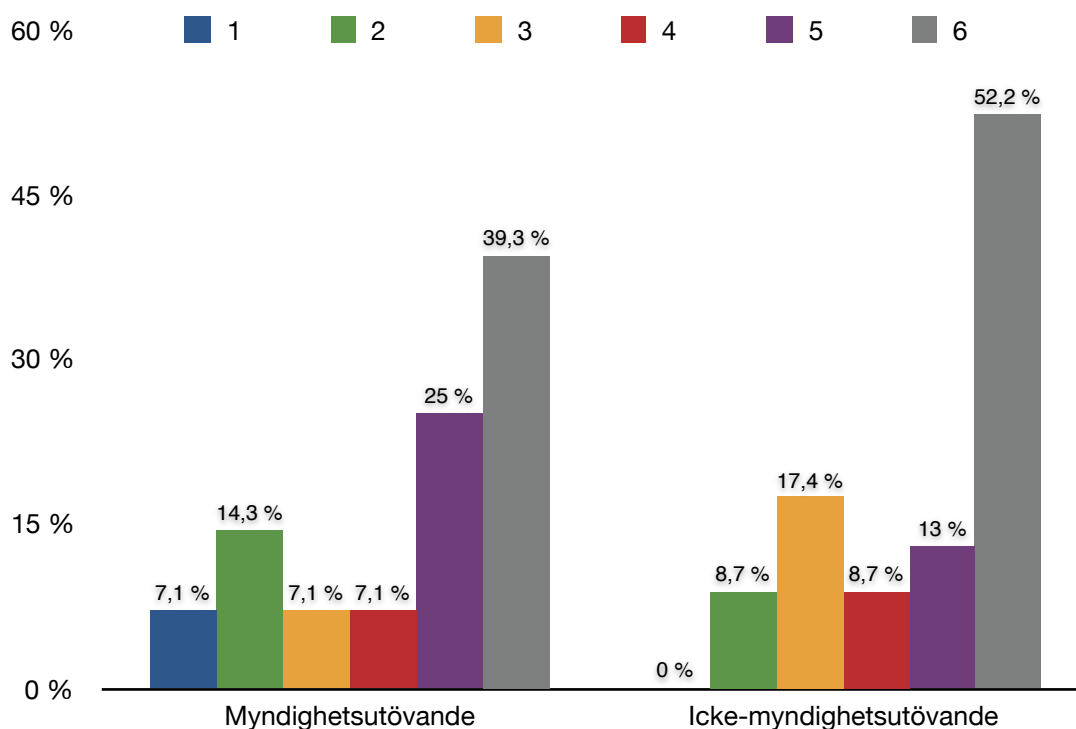
E. Att ha människor med en psykisk sjukdom boende i ett bostadsområde (måhända vara bra för dem, men riskerna för lokalbefolkningen blir för stora)



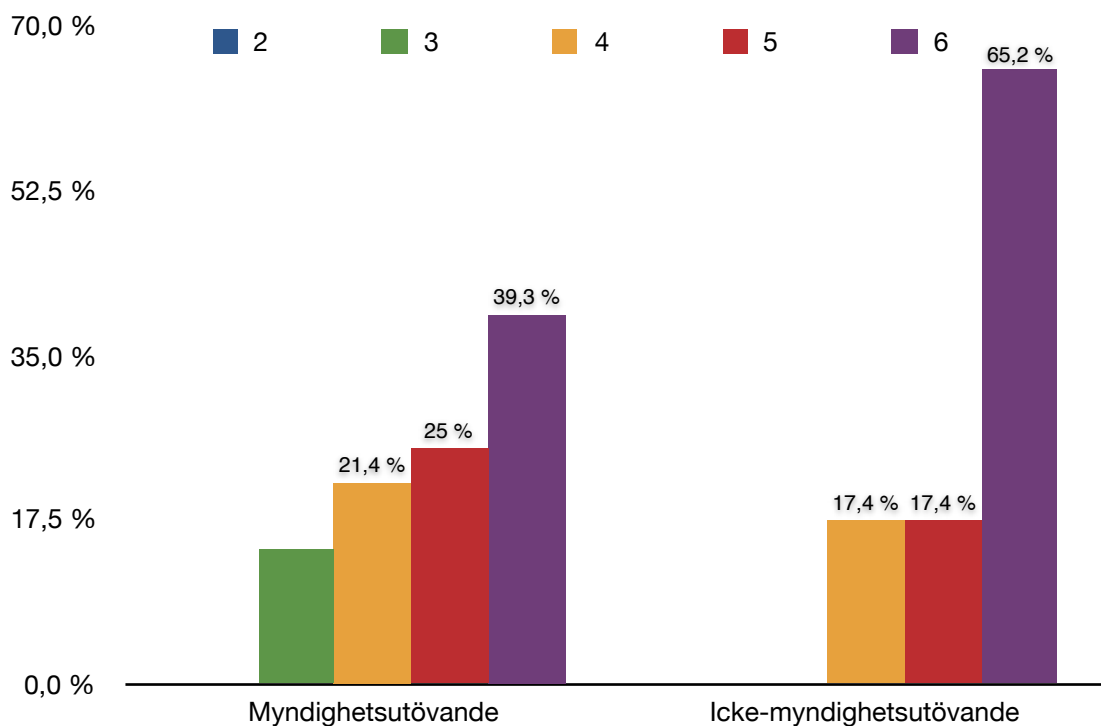
F. Lokalbefolkningen har goda skäl att motarbeta utlokalisering av psykiatrisk verksamhet till deras bostadsområde



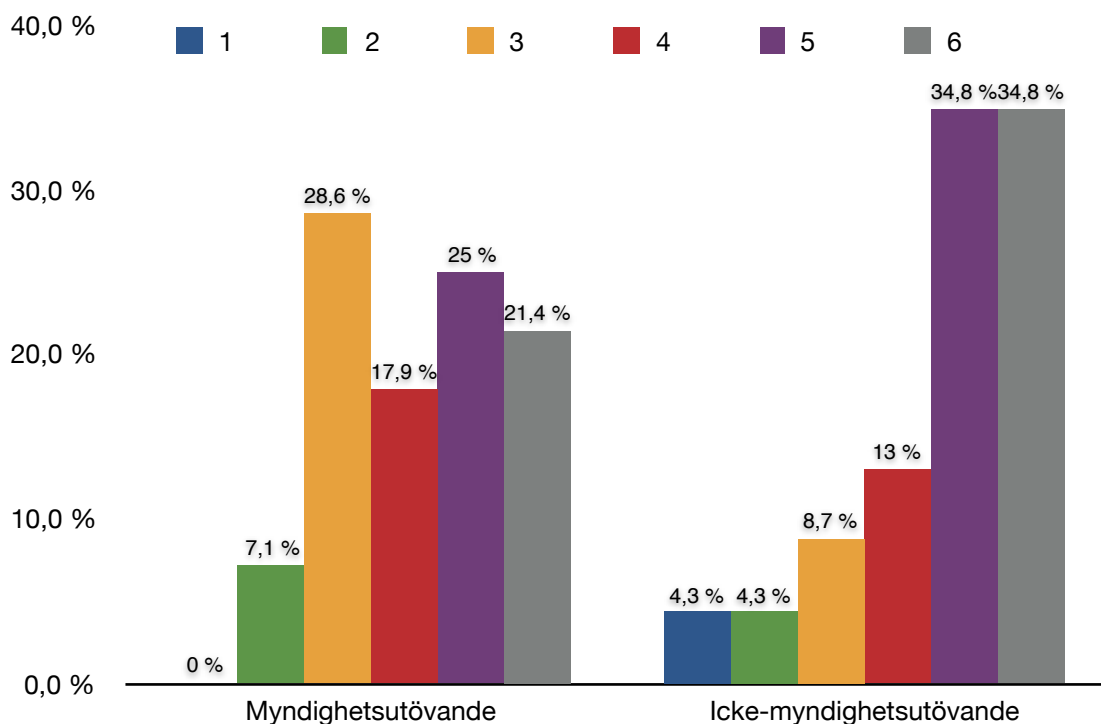
G. Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst



H. Vi måste inta en mer tolerant inställning till människor i vårt samhälle som lider av en psykisk sjukdom

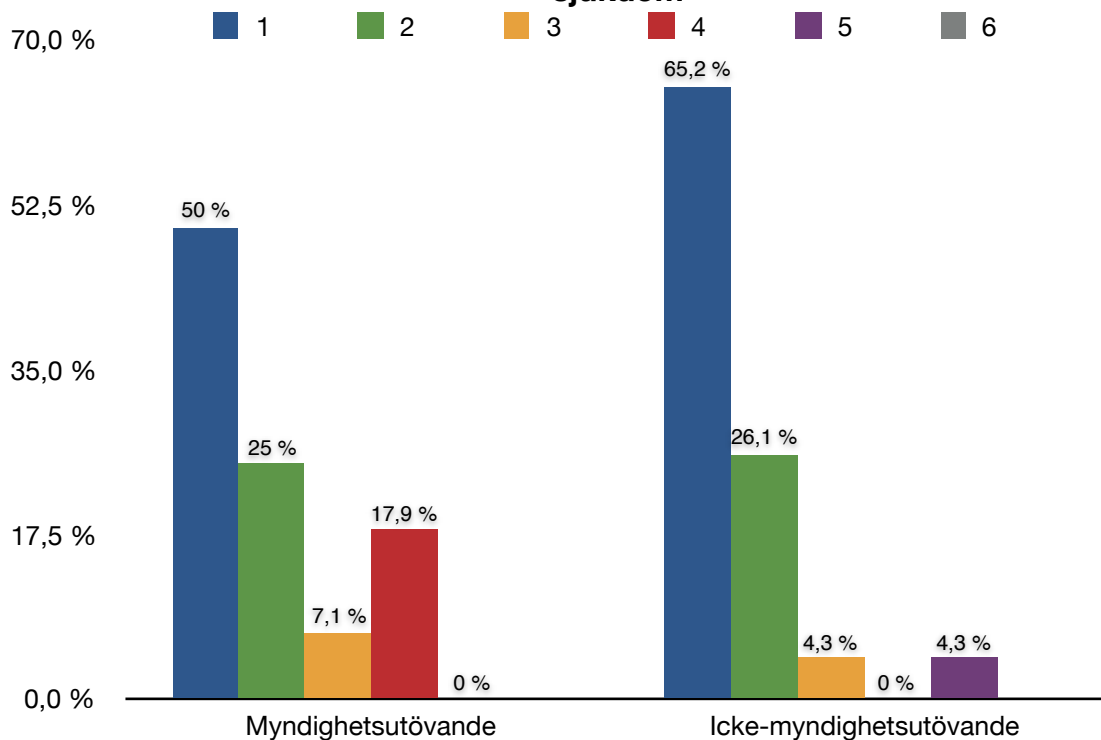


I. Människor med en psykisk sjukdom är mycket mindre farliga än vad de flesta människor tror

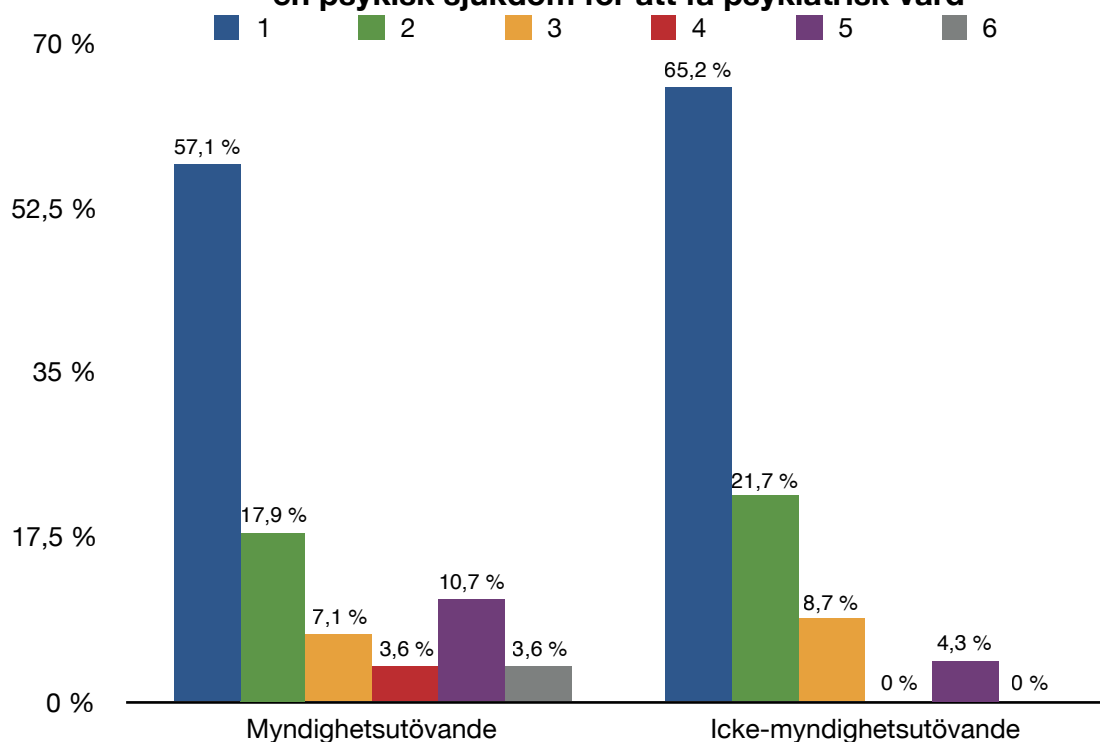


Attitydfaktor 2

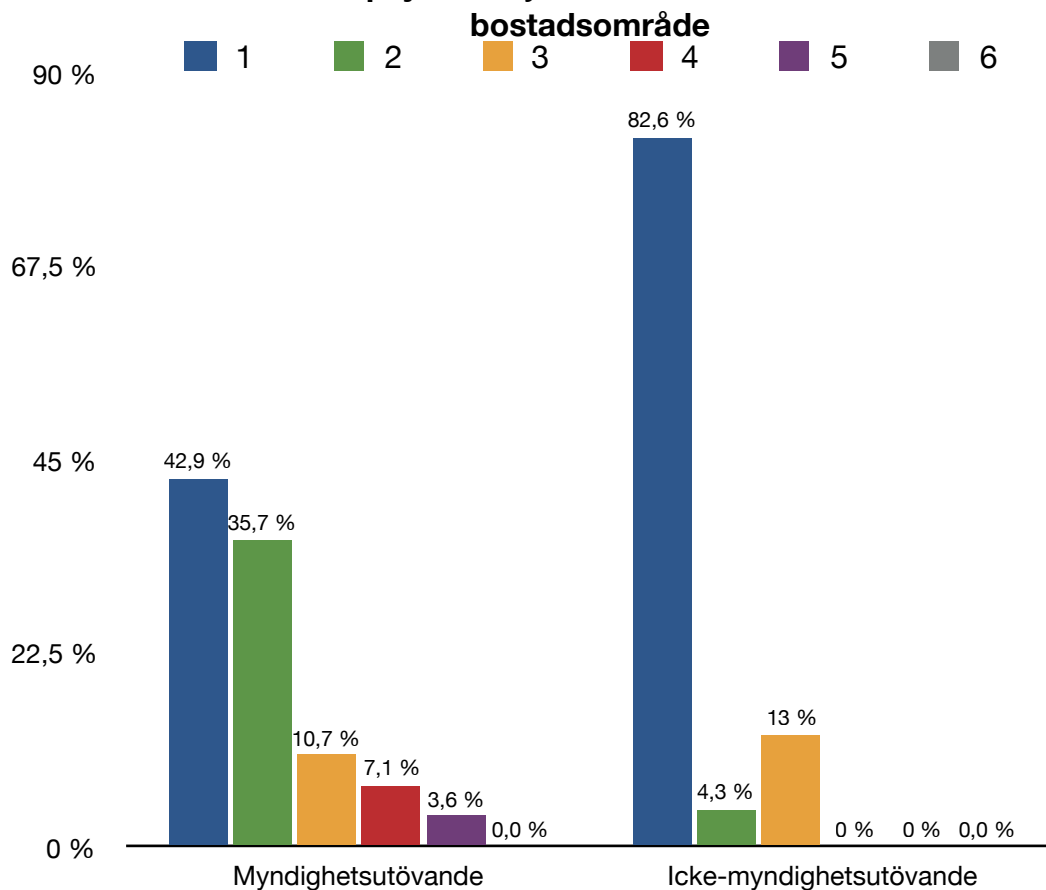
J. Det är bäst att undvika människor som har en psykisk sjukdom



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

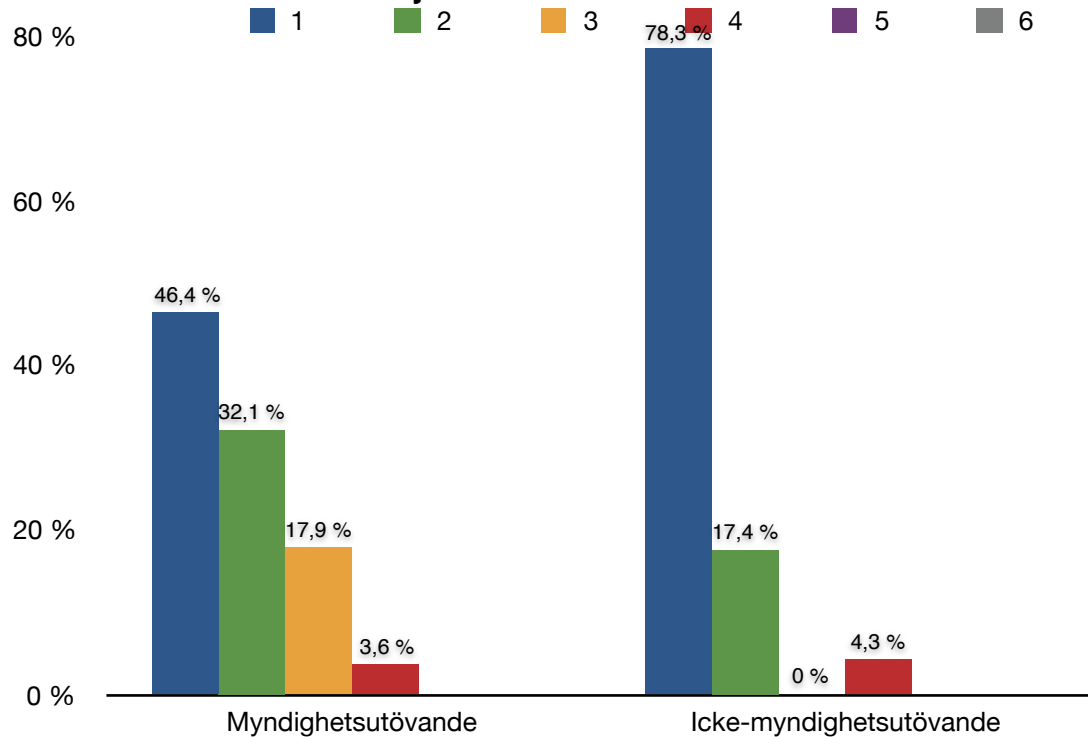


L. Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde

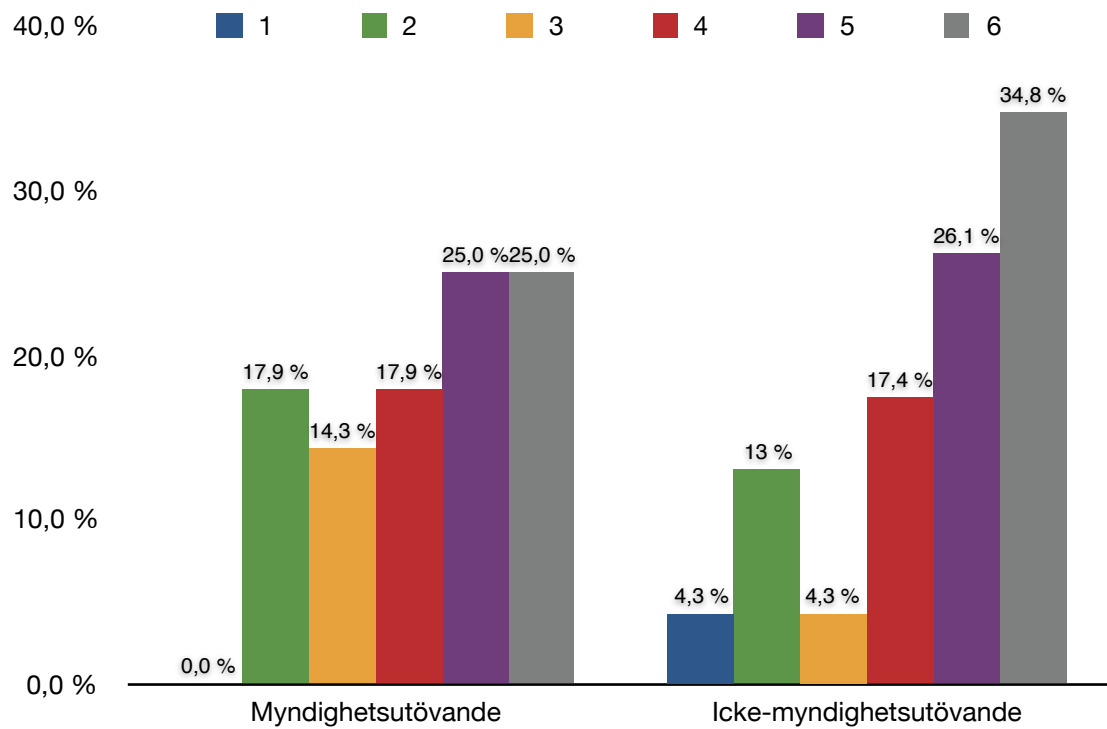


Chi - Två: X2 (4, N=51) = 11.57, p<.05 p 0,021

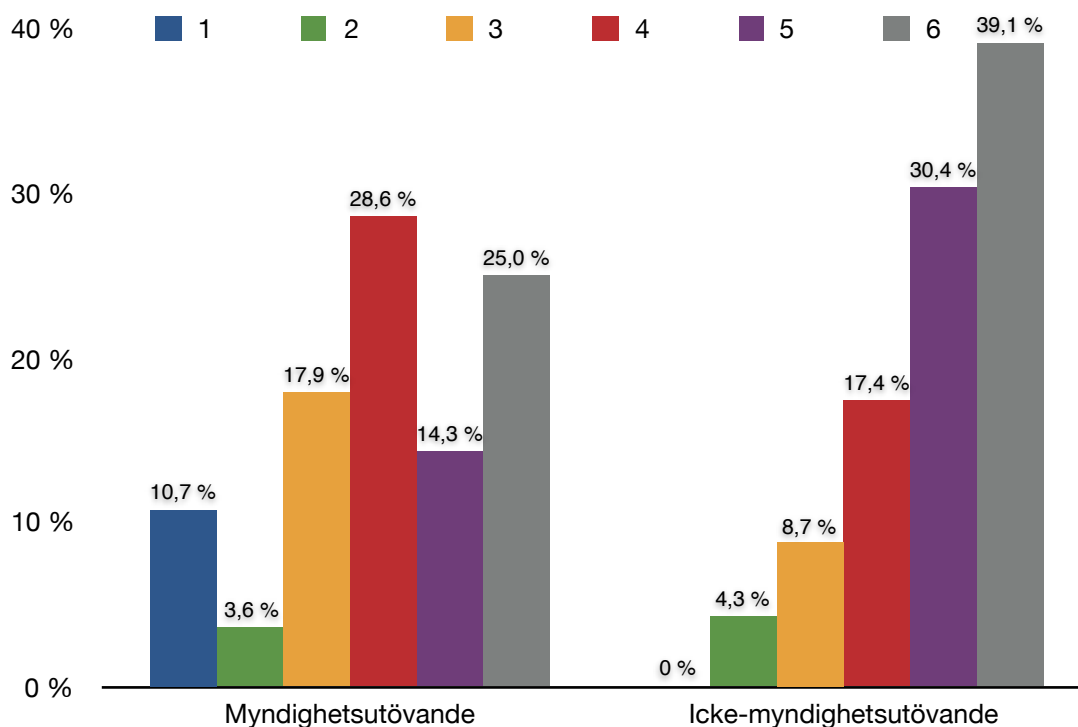
M. Det bästa sättet att omhänderta människor med en psykisk sjukdom är att låsa in dem



N. Den lokala befolkningen behöver inte vara rädd för de människor som besöker deras närområde för att få psykiatrisk vård

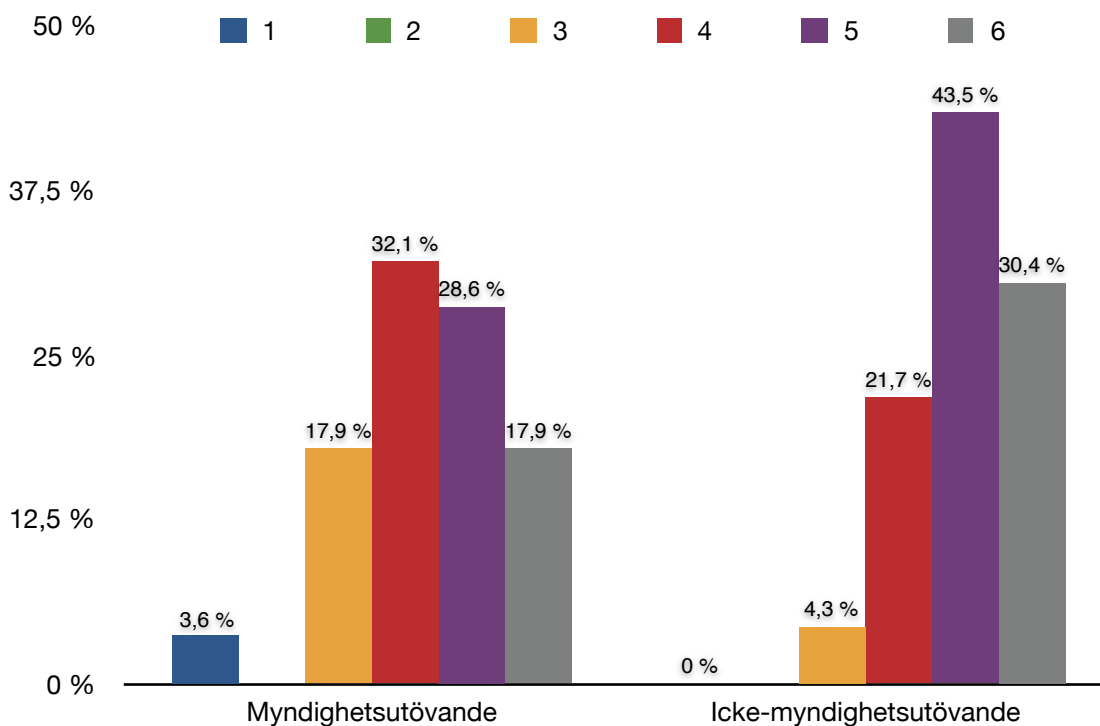


O. Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre

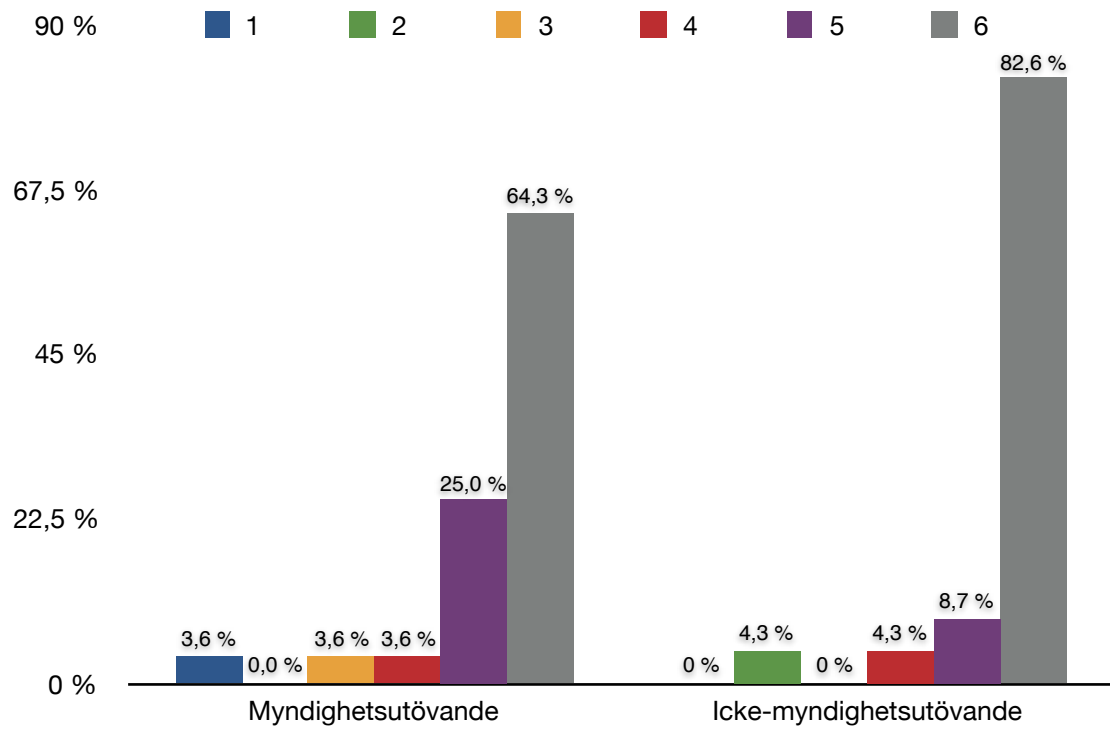


Attitydfaktor 3 - Inställning till samhällsbaserad psykiatri

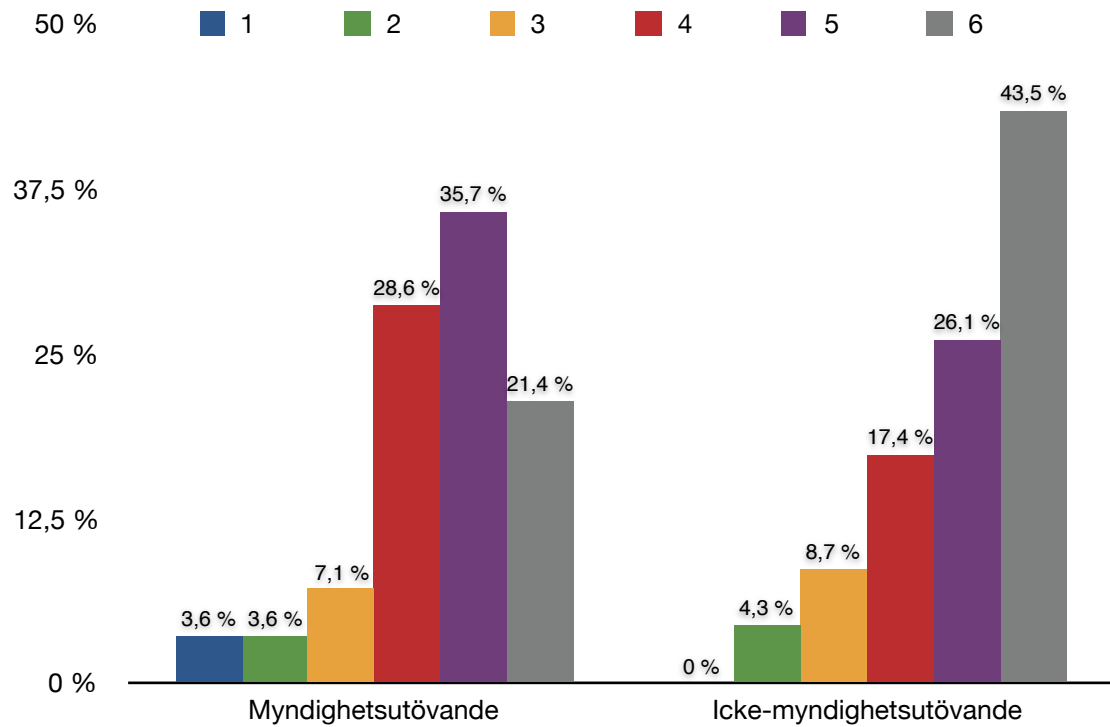
P. Den bästa behandlingen för människor med en psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället



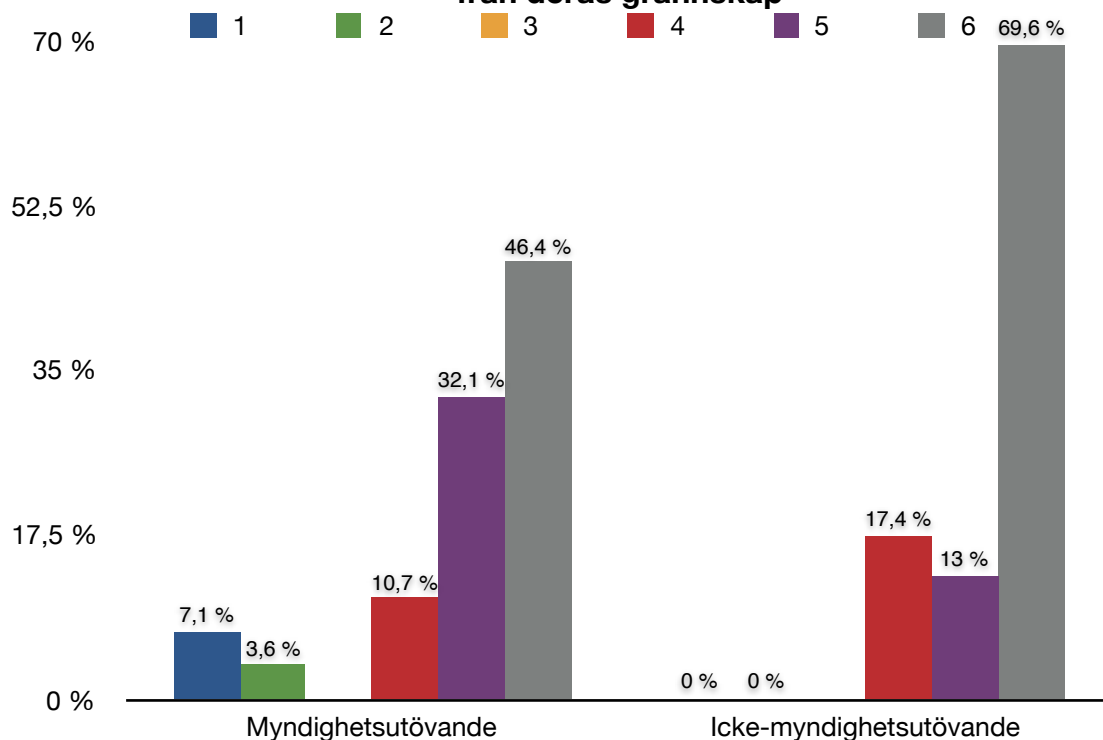
Q. Människor med en psykisk sjukdom ska inte behandlas som utstötta från samhället



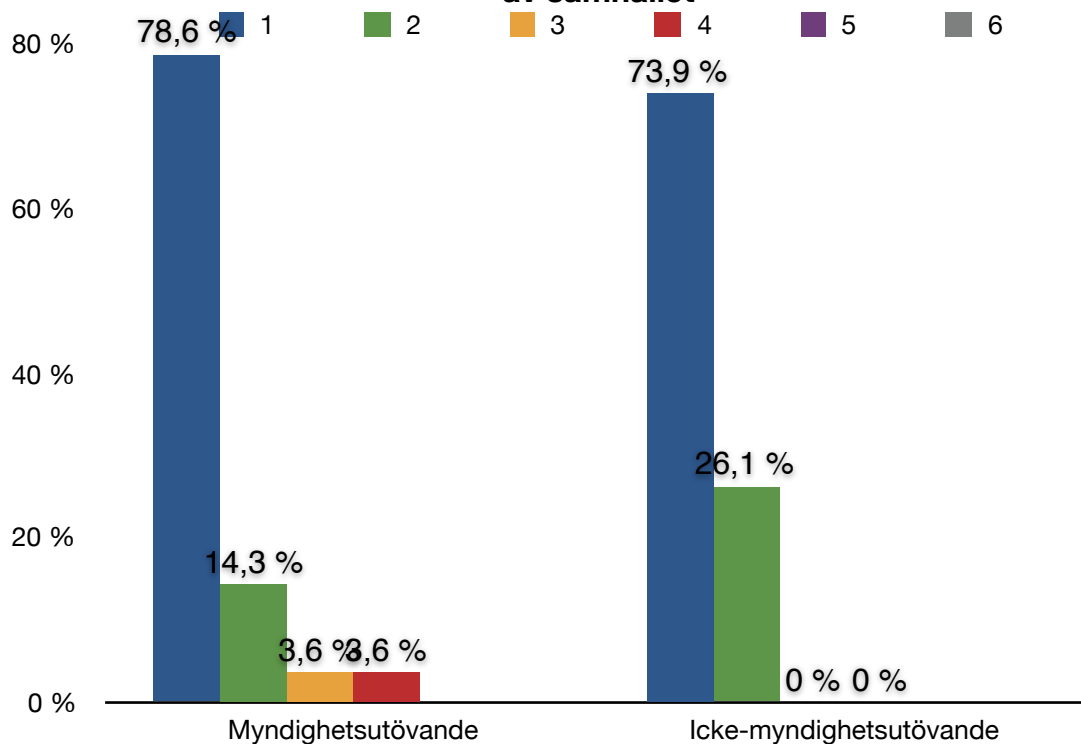
R. Så långt det är möjligt bör psykiatrisk verksamhet bedrivas i öppna vårdformer



S. Ingen har rätt att utestänga människor med psykisk sjukdom från deras grannskap

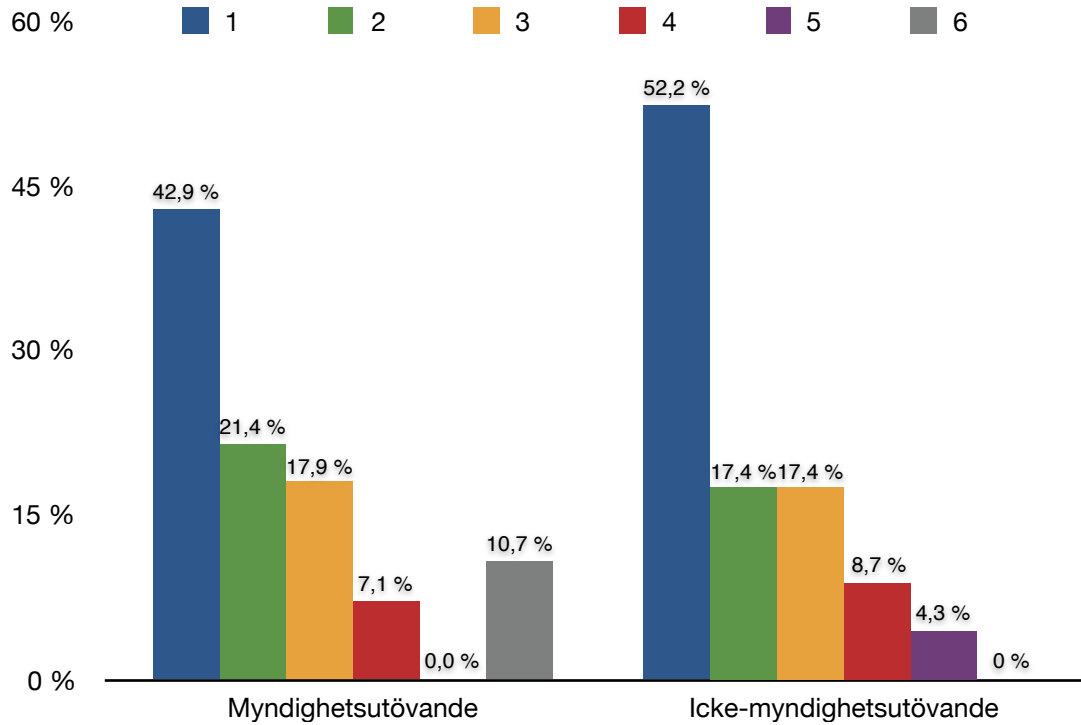


T. Människor med en psykisk sjukdom bör isoleras från resten av samhället

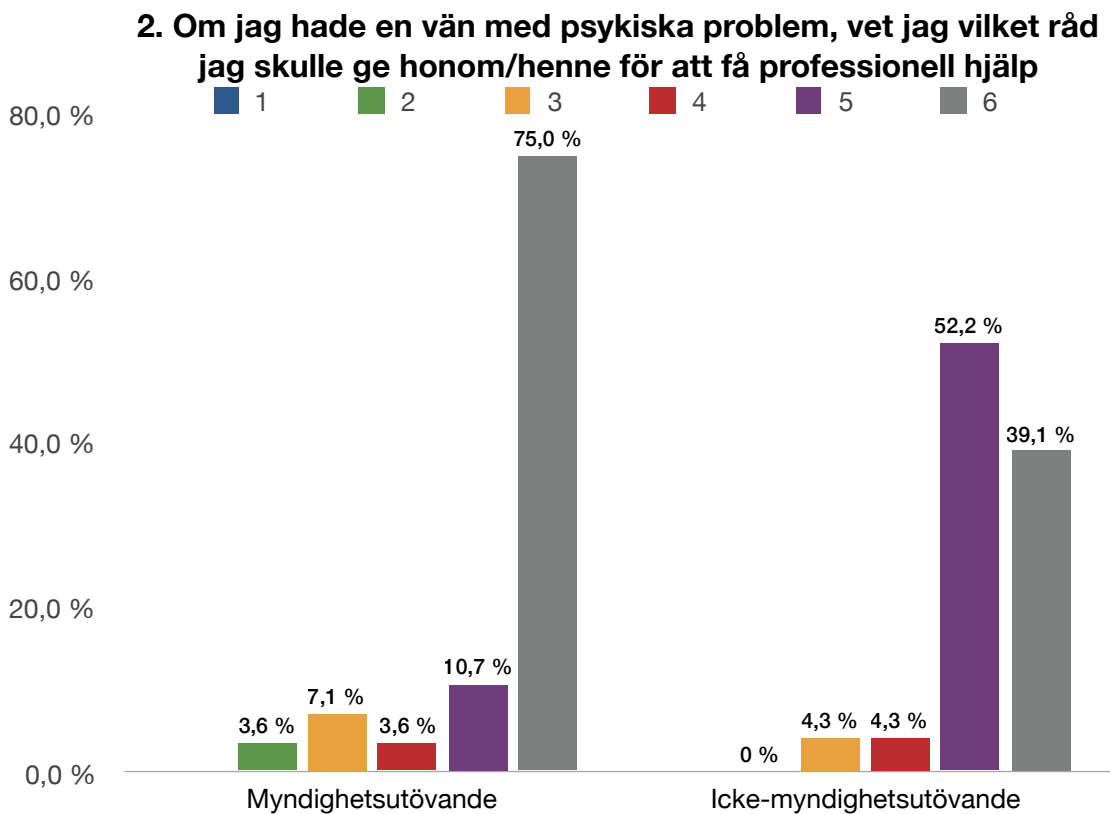
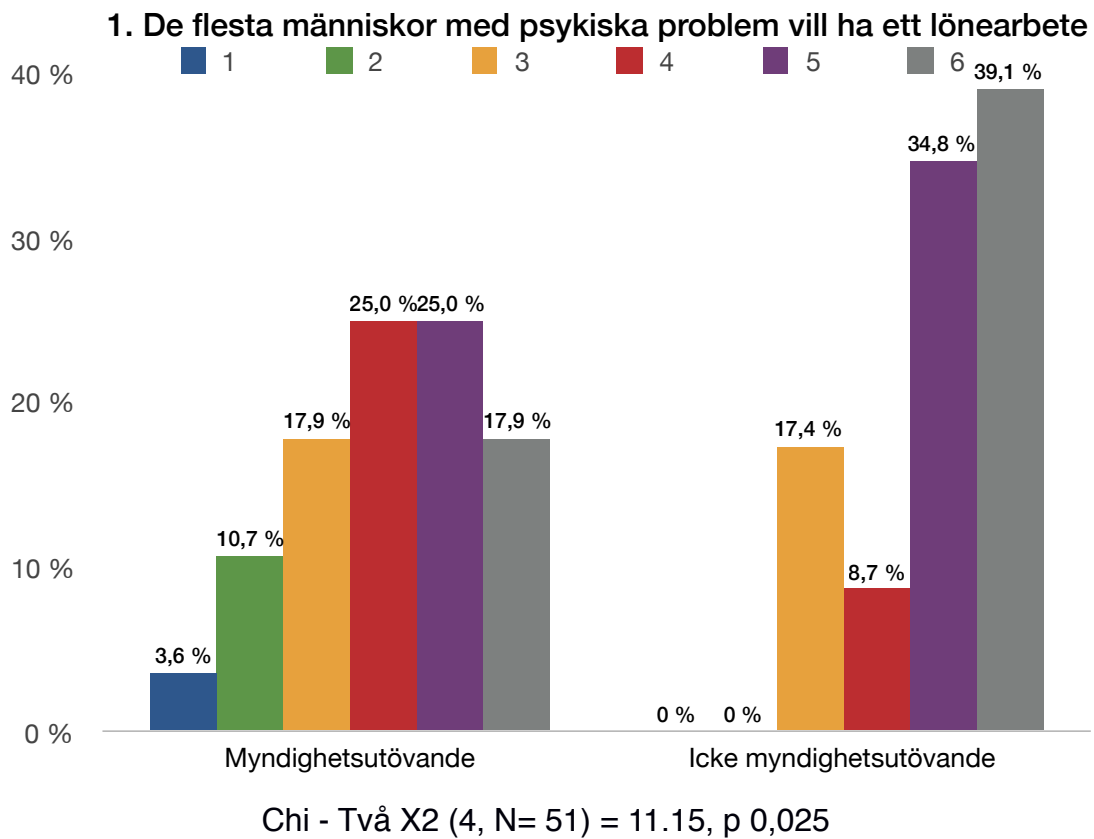


Högbergs utomstående attitydfaktor

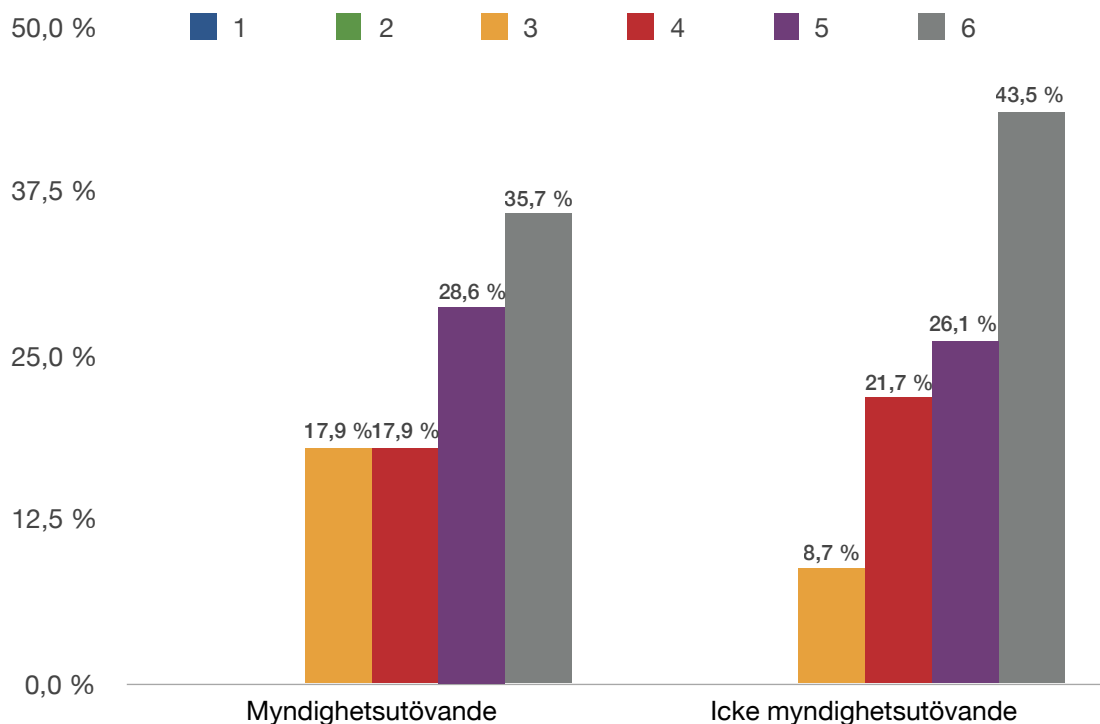
U. Jag skulle hellre vilja ha en kvinna som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne, än en man som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne



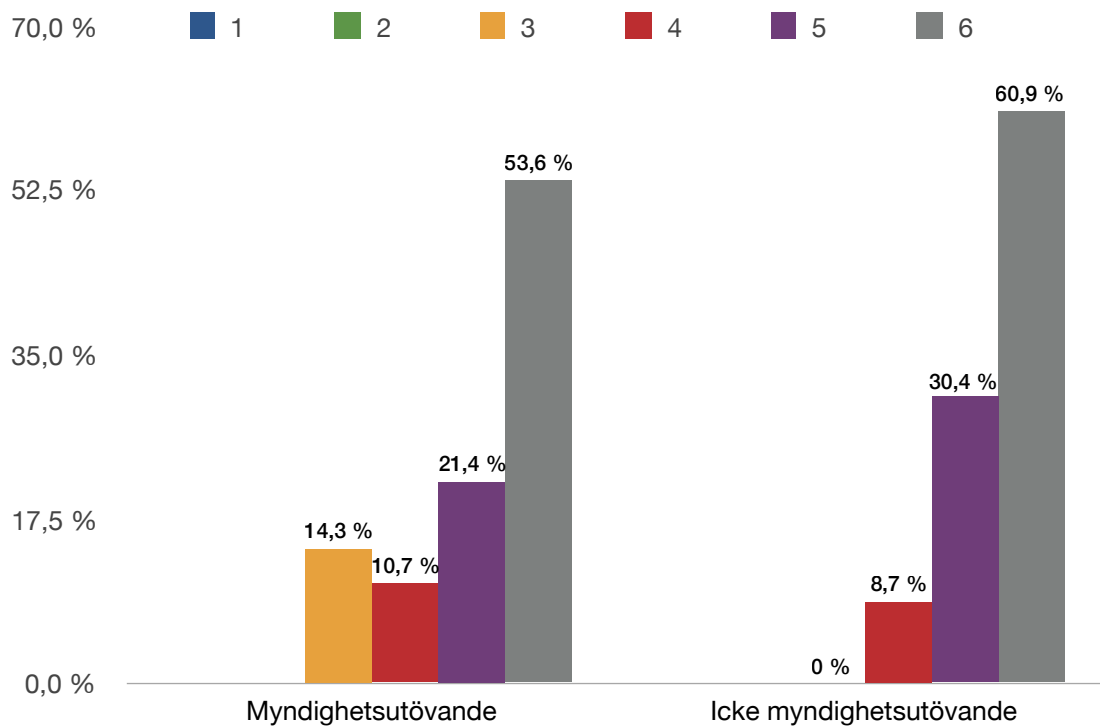
12.5 Diagram tillhörande kapitel 9.4



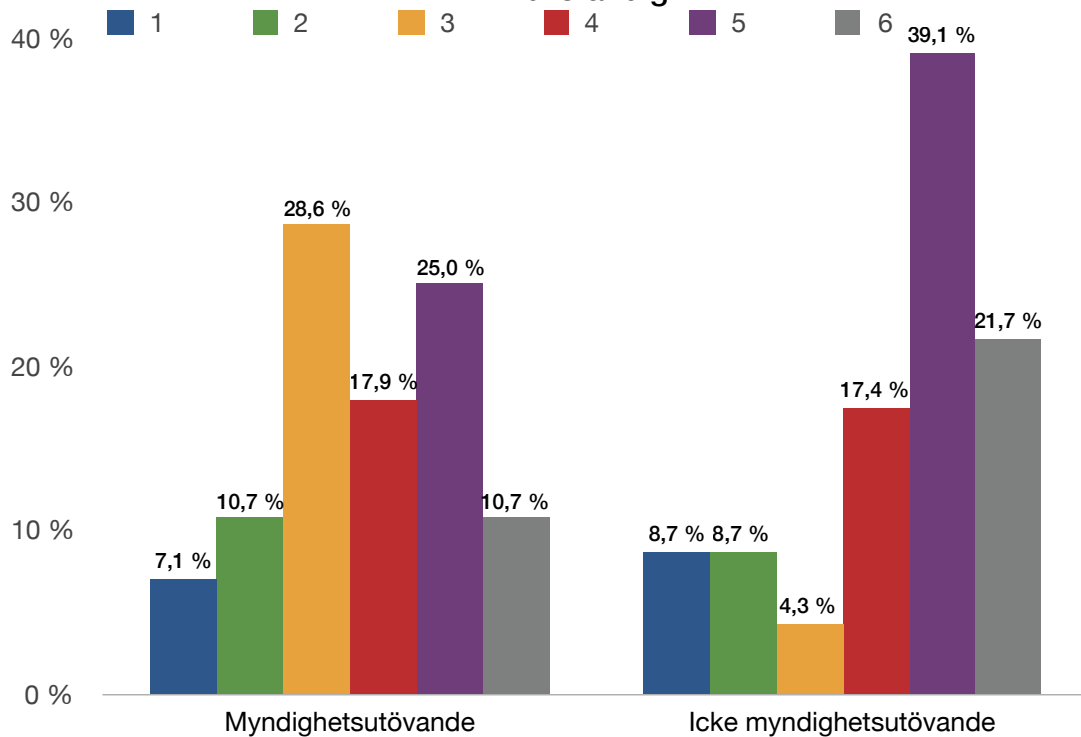
3. Läkemedel kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem



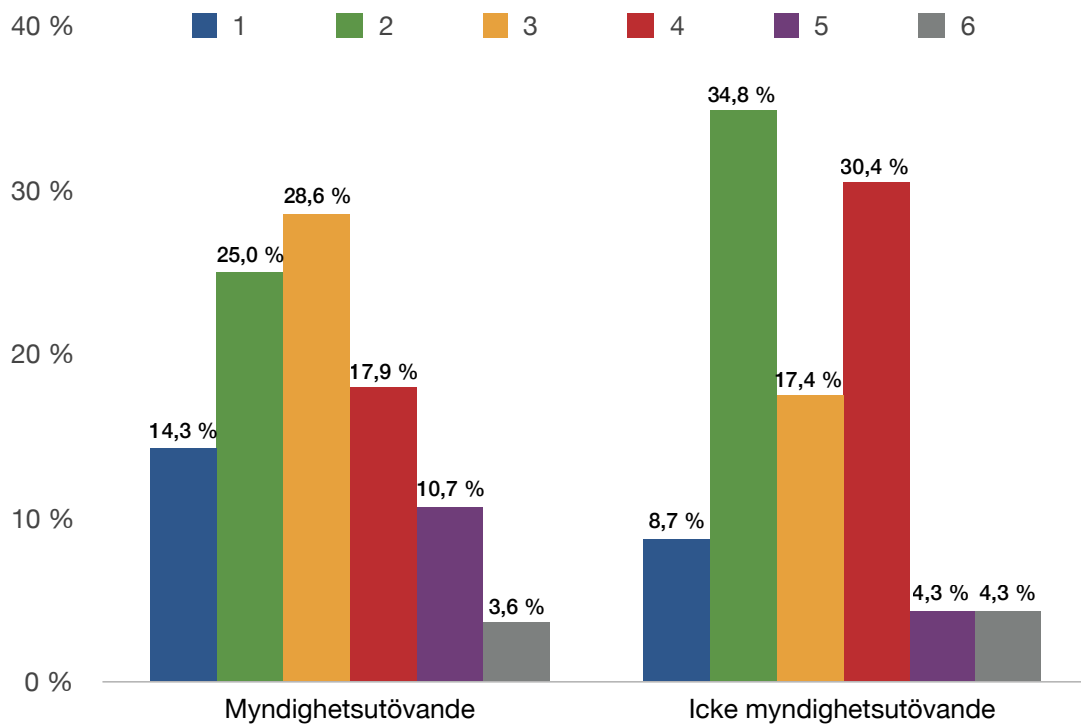
4. Psykoterapi (t.ex. kognitiv terapi eller stödsamtal) kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem

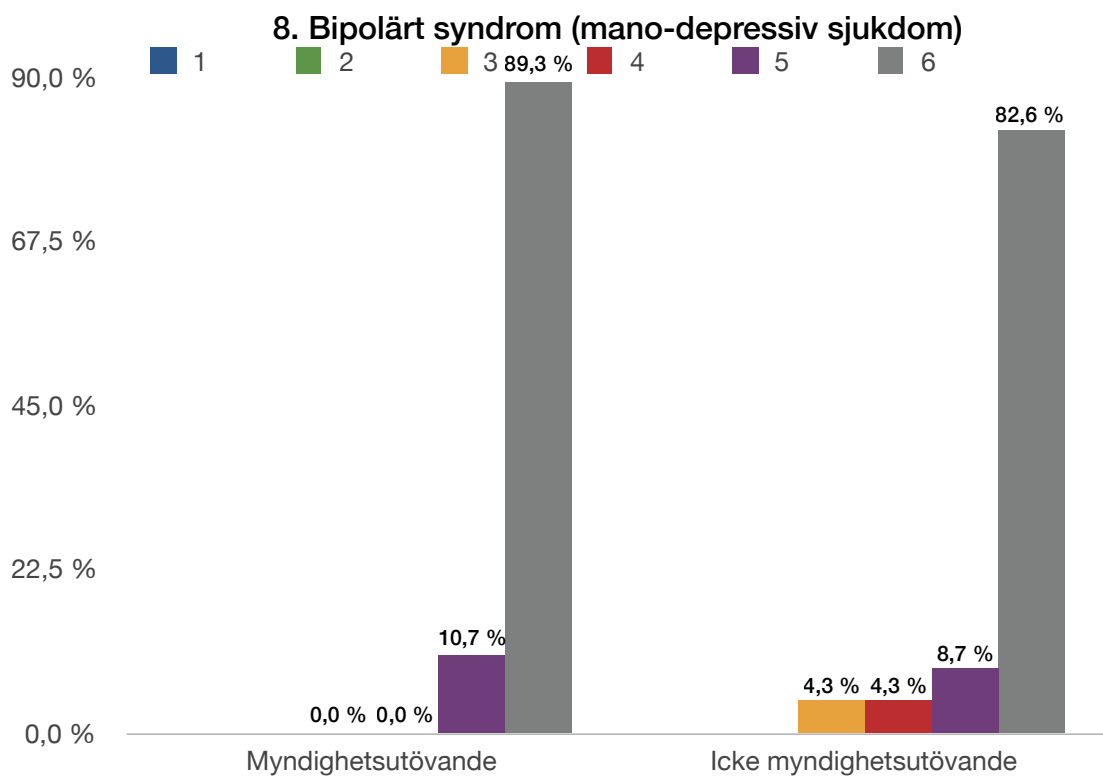
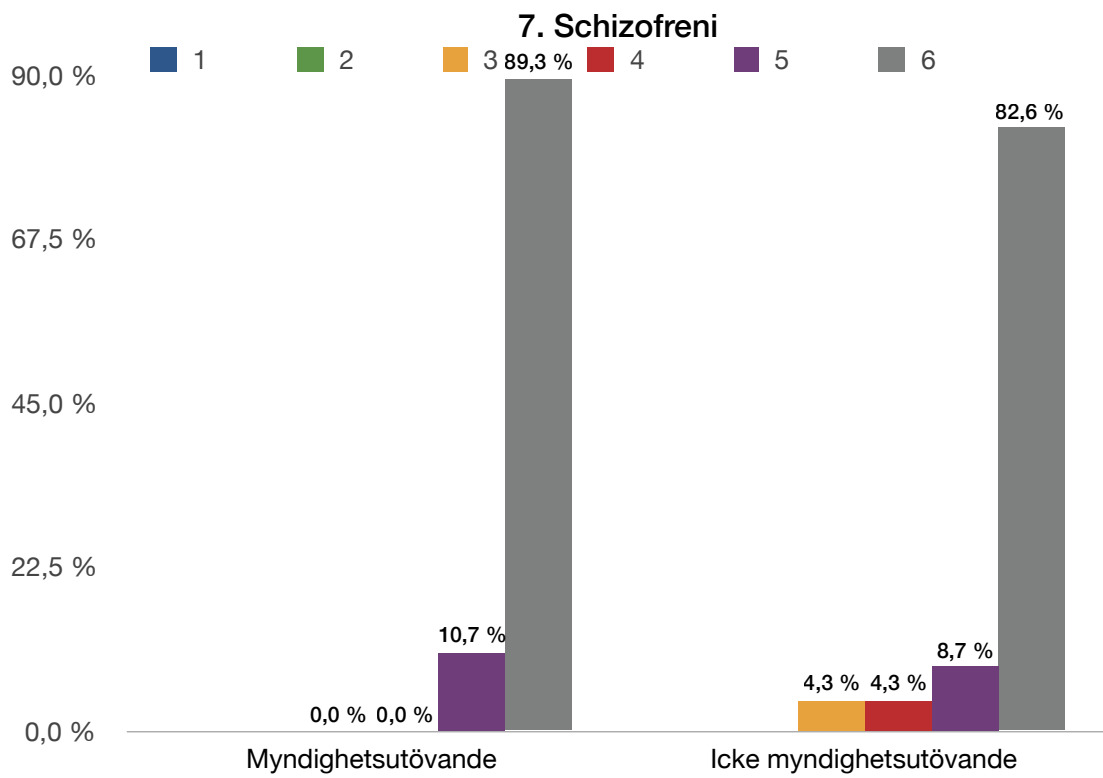


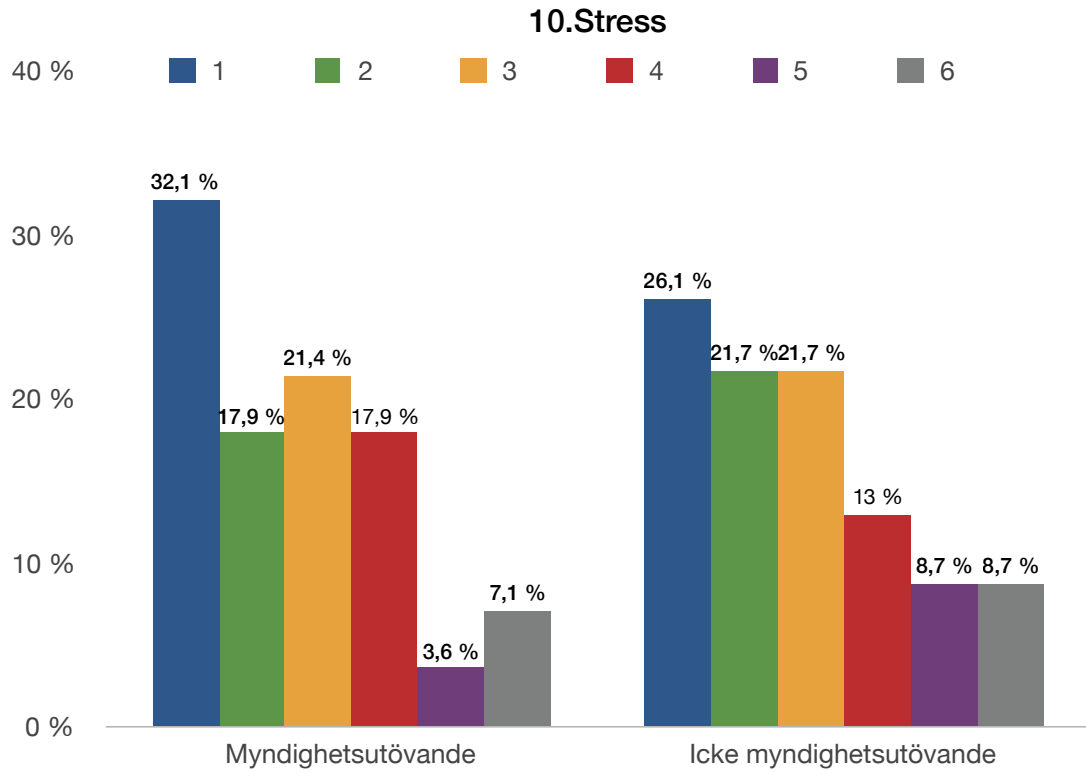
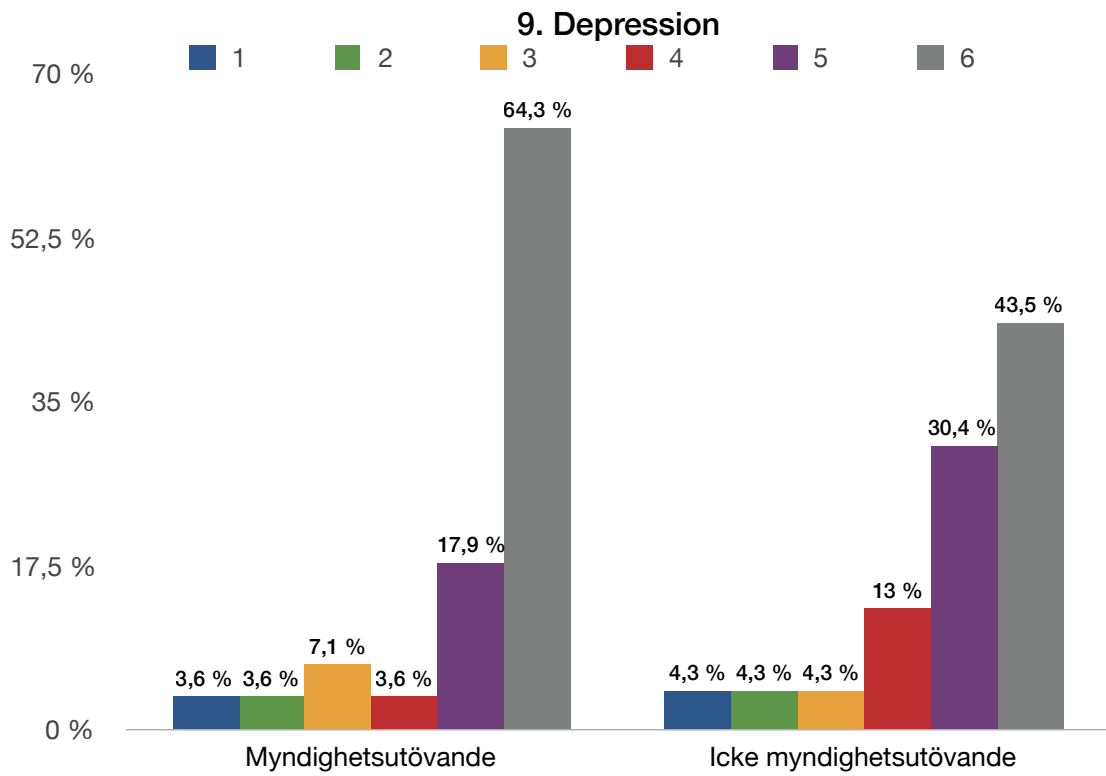
5. Människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt

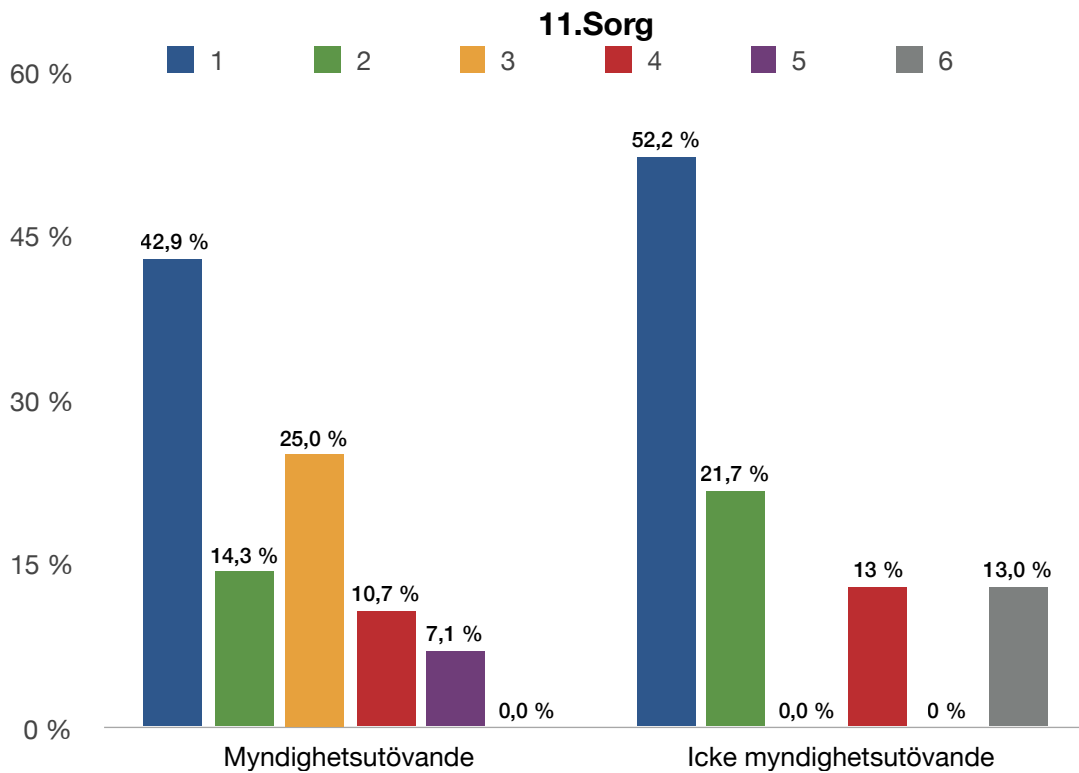


6. De flesta människor med psykiska problem får professionell hjälp inom sjukvården

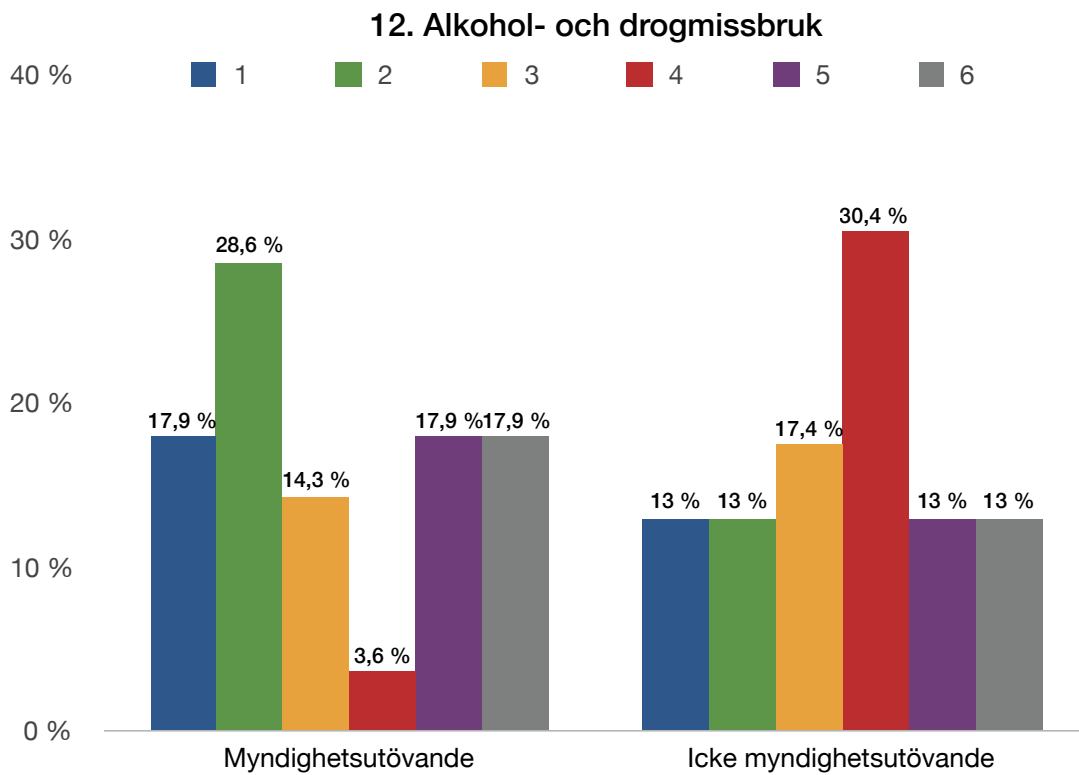








Chi- Två X2 (5, N=51)= 11,73, p=0.039



12.6 Brevet till socialtjänstens förvaltningar

Hej!

Vill ni som socialarbetare hjälpa två socionomstudenter med deras C-uppsats genom att fylla i en kort enkät?

Vi är två socionomstudenter från Lunds Universitet som skriver vår kandidatuppsats under hösten med stöd och handledning av vår handledare, Lars Harrysson. Vår uppsats handlar om socialarbeters attityd gentemot människor med psykisk ohälsa. Denna undersökning anses vara särskilt betydelsefullt för socialarbetare på grund av den regelbundna kontakten med människor som vänder sig till er av olika anledningar, som samtidigt även kan lida av psykiska besvär. Syftet med uppsatsen är att belysa hur attityden till psykisk ohälsa påverkar den drabbade gruppen, och huruvida kunskap om psykisk ohälsa påverkar attityden.

Vårt resultat kommer att delges till deltagarna när C-uppsatsen är klar. Enkäten kommer att ta ca 7 minuter att fylla i och vi kommer att säkerställa att ingen av din information kommer att användas i annat syfte än i vår uppsats. Deltagarna förblir även helt anonyma och de sociodemografiska frågorna som ställs är för att ge oss ett bra statistiskt underlag.

Vi ber om hjälp från just dig att bifoga vår enkät till dina anställda i ett led för att hjälpa oss med kandidatuppsatsen. Vi hade varit tacksamma om du kan göra ett första utskick till dina socialarbetare på måndag den 27/11 eller på tisdag den 28/11 samt en påminnelse på torsdag. Sista dagen för ifyllnad är fredag den 1/12.

Länken till enkäten:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdmQVIGE_0OU25-91UAwgiwZWz6WFsY9erIW5VHy_SCgAYGeQ/viewform?usp=sf_link

12.7 Enkäten

1. Sociodemografi

Ange kön: Man (1) Kvinna (2)

Ålder (18-25; 26-35; 36-50; 51-70) 1-4

I huvudsak arbete inom myndighetsutövande: ja (1) -nej (2)

Yrkesutövande-arbetserfarenhet i år (0-1; 2-5; 5-15; 15-) 1-4

2. Community Attitudes toward Mentally Illness – svenska (CAMI-s)

1. Den bästa behandlingen för människor med en psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället
Instämmer inte alls Instämmer helt och hållet 1 2 3 4 5 6

2. Så långt det är möjligt bör psykiatrisk verksamhet bedrivas i öppna vårdformer
1 2 3 4 5 6

3. Vi måste inta en mer tolerant inställning till människor i vårt samhälle som lider av en psykisk sjukdom 1 2 3 4 5 6

4. Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde 1 2 3 4 5 6

5. Jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom för att få psykiatrisk vård 1 2 3 4 5 6

6. Den lokala befolkningen behöver inte vara rädd för de människor som besöker deras närområde för att få psykiatrisk vård 1 2 3 4 5 6

7. Ingen har rätt att utestänga människor med psykisk sjukdom från deras grannskap
Instämmer inte alls Instämmer helt och hållet 1 2 3 4 5 6

8. Det är bäst att undvika människor som har en psykisk sjukdom 1 2 3 4 5 6

9. Det bästa sättet att omhänderta människor med en psykisk sjukdom är att låsa in dem 1 2 3 4 5 6

10. De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter 1 2 3 4 5 6

11. Lokalbefolkningen bör acceptera att en psykiatrisk verksamhet utlokaliseras till deras bostadsområde för att tillgodose samhällets behov 1 2 3 4 5 6
12. Människor med en psykisk sjukdom är mycket mindre farliga än vad de flesta människor tror 1 2 3 4 5 6
13. Människor med en psykisk sjukdom ska inte behandlas som utstötta från samhället 1 2 3 4 5 6
14. Människor med en psykisk sjukdom bör isoleras från resten av samhället 1 2 3 4 5 6
15. Utlokalisering av en psykiatrisk verksamhet till ett bostadsområde utgör ingen fara för lokalbefolkningen 1 2 3 4 5 6
16. Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst 1 2 3 4 5 6
17. Psykiatriska verksamheter bör inte förläggas till bostadsområden 1 2 3 4 5 6
18. Lokalbefolkningen har goda skäl att motarbeta utlokalisering av psykiatrisk verksamhet till deras bostadsområde 1 2 3 4 5 6
19. Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre 1 2 3 4 5 6
20. Att ha människor med en psykisk sjukdom boende i ett bostadsområde må hända vara bra för dem, men riskerna för lokalbefolkningen blir i så fall alltför stora 1 2 3 4 5 6
21. Jag skulle hellre vilja ha en kvinna som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne, än en man som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne 1 2 3 4 5 6

3. Kunskap om psykiska problem (MAKS-s)

1. De flesta människor med psykisk sjukdom vill ha ett lönearbete 1 2 3 4 5 6
2. Om jag hade en vän med psykiska problem, vet jag vilket råd jag skulle ge honom/henne för att få professionell hjälp 1 2 3 4 5 6
3. Läkemedel kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem 1 2 3 4 5 6
4. Psykoterapi (t.ex. kognitiv terapi eller stödsamtal) kan vara en effektiv behandling för människor

med psykiska problem 1 2 3 4 5 6

5. Människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt 1 2 3 4 5 6

6. De flesta människor med psykiska problem får professionell hjälp inom sjukvården 123456

Följande tillstånd tycker du är en form av psykisk sjukdom:

7. Depression 1 2 3 4 5 6

8. Stress 1 2 3 4 5 6

9. Schizofreni 1 2 3 4 5 6

10. Bipolärt syndrom (mano-depressiv sjukdom) 1 2 3 4 5 6

11. Alkohol-och drogmissbruk 1 2 3 4 5 6

12. Sorg 1 2 3 4 5 6