



MEDICINSKA  
FAKULTETEN

Institutionen för hälsovetenskaper  
Arbetsterapeutprogrammet

# Upplevelser av hur stigma kring psykisk ohälsa påverkar engagemang i aktivitet

## En kvalitativ intervjustudie

Författare: Roger Castro & Sara Salomonsson

Handledare: Lisbeth Nilsson

Kandidatuppsats, Empirisk studie

Våren 2023

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för rehabilitering  
Box 157, 221 00 LUND

# Upplevelser av hur stigma kring psykisk ohälsa påverkar engagemang i aktivitet

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Roger Castro & Sara Salomonsson  
Handledare: Lisbeth Nilsson  
Examensarbete på kandidatnivå, Empirisk studie  
Våren 2023

## Abstrakt

**Bakgrund:** En förutsättning för ett gott aktivitetsengagemang är att personens omgivning motsvarar dennes förutsättningar och behov. Stigma kring psykisk ohälsa är ett komplext sociokulturellt fenomen som har negativ inverkan på aktivitetsmöjligheter inom olika livsområden. **Syfte:** Att undersöka hur upplevelser av stigma inverkar på aktivitetsengagemang hos vuxna med erfarenhet av psykisk ohälsa. **Metod:** En kvalitativ intervjustudie med tvärsnittsdesign utfördes med åtta medlemmar på ett Fontänhus. **Resultat:** Kvalitativ innehållsanalys visade ett genomgående tema: *upplevd osäkerhet eller trygghet påverkar aktivitetsengagemang*. Tre kategorier: *personliga och yttre förutsättningar för aktivitetsengagemang* samt *personlig inställning till psykisk ohälsa* hade en dynamisk inverkan på informanternas aktivitetsengagemang. **Konklusion:** Studien visade att stigmatisering i form av attityder och fördomar kunde ge informanterna upplevelser av osäkerhet eller trygghet som påverkade aktivitetsengagemanget. Upplevelsen var dynamiskt föränderlig i förhållande till det sammanhang personen befann sig i för tillfället. Förståelse för föränderligheten i upplevelsen och hur den påverkar engagemang i aktivitet är viktig för alla som möter personer som riskerar stigmatisering.

## Nyckelord:

Psykisk ohälsa, stigma, självstigma, attityder, fördomar, aktivitetsengagemang, miljö

# Experiences of stigma and how it affects occupational engagement

A qualitative interview study

Authors: Roger Castro & Sara Salomonsson  
Supervisor: Lisbeth Nilsson  
Bachelor thesis, Empirical study  
Spring 2023

## Abstract.

**Background:** A prerequisite for occupational engagement is that the environment matches the individuals' needs and conditions. Stigma surrounding mental illness is a complex sociocultural phenomenon that can impact the individuals' occupational possibilities in different areas of life. **Aim:** To examine the experience of how stigma impacts the occupational engagement in adults with mental illness. **Method:** A qualitative cross-sectional interview study was conducted with eight members of a Fountain house. **Result:** Qualitative content analysis revealed a pervading theme: feelings of insecurity or security that impacts occupational engagement. Three categories showed how personal and external conditions, together with the recruits own view of mental illness, had an impact on their occupational engagement. **Conclusion:** This study showed that stigmatization in the form of attitudes and prejudices could generate experiences of uncertainty and security that impacted the informants' occupational engagement. This experience was dynamically alternating in relation to the actual context. Understanding of this dynamically altering experience and its impact on occupational engagement is of importance for everybody meeting clients in risk of stigmatization.

## Keywords

Mental illness, stigma, self stigma, attitudes, prejudices, occupational engagement, environment

Lund University  
Faculty of Medicine  
Program Committee for Rehabilitation  
Box 157, S-221 00 LUND

# Tusen tack!

Vi vill tacka vår underbara handledare Lisbeth Nilsson för ovärderlig vägledning och stöttning genom hela arbetsprocessen! Dessutom vill vi skicka ett stort tack till alla deltagare och Fontänhusverksamheten – utan er hade studien inte kunnat utföras.

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	4
Introduktion .....	5
Bakgrund.....	6
Psykisk ohälsa.....	6
Psykisk ohälsa och vardagen .....	6
Stigma.....	7
Socialt stigma och självstigma .....	7
Aktivitetsengagemang .....	8
Problemformulering .....	9
Syfte.....	10
Metod.....	10
Design .....	10
Urval.....	10
Procedur.....	11
Dataanalys .....	12
Forskningsetiska avvägningar .....	14
Resultat.....	14
Upplevd trygghet eller osäkerhet påverkar aktivitetsengagemang .....	15
Personliga förutsättningar för aktivitetsengagemang.....	16
<i>Sociala nätverkets inställning till självet med psykisk ohälsa.....</i>	16
<i>Motivation för aktivitetsengagemang.....</i>	17
<i>Livsmål och drömmar.....</i>	18
Yttre förutsättningar för aktivitetsengagemang.....	19
<i>Omgivningens kunskap om psykisk ohälsa.....</i>	19
<i>Aktivitetsanpassning och Aktivitetsutbud.....</i>	19
<i>Ekonomi.....</i>	20
Personlig inställning till den psykiska ohälsan.....	20
<i>Försöka passa in och dölja / Vara sig själv och öppen.....</i>	20
<i>Tro på sin egen förmåga / Nedvärdering av egen förmåga .....</i>	21
<i>Diagnos och medicin hjälper / stjälper.....</i>	22
Diskussion.....	23
Resultatdiskussion.....	23
Metoddiskussion.....	28
Implikationer för arbetsterapi .....	30
Slutsats .....	31
Referenser .....	32
Bilaga 1 (1).....	38

# Introduktion

Negativa attityder och fördomar om personer med psykisk ohälsa har under historiens gång till varierande grad präglat människans samhällen och kulturer. Den allmänna uppfattningen kring personer med psykisk ohälsa är mer vetenskapligt baserad idag än för hundra år sedan (Riving, 2012), men fortfarande påverkar negativa attityder och stereotypa föreställningar möjligheterna att engagera sig och delta i samhället och vardagslivets aktiviteter.

Under 1900-talets senare hälft utvecklade Goffman (2020) teorin om stigma, och han beskriver hur negativa attityder och fördomar appliceras på de personer som allmänheten upplever som avvikande. Fenomenet leder ultimatum till diskriminering av dessa personer, och som flera studier har kunnat konstatera införlivas ofta dessa negativa uppfattningar i den stigmatiserade personens självbild och utvecklas till självstigma med negativa effekter på bland annat personens självförtroende (Corrigan et al, 2009).

I det arbetsterapeutiska ramverket Model Of Human Occupation (MOHO) beskrivs hur personen gör aktivitetsval baserat på tidigare upplevelser i samband med olika aktiviteter som personen tolkar och sedan skapar förväntningar kring (Lee & Kielhofner, 2020). Därtill betonas såväl vikten av personens delaktighet och engagemang i aktivitet för dennes upplevelse av hälsa och välbefinnande, som miljöns oundvikliga inverkan på personens möjlighet till aktivitetsengagemang (de las Heras et al., 2020; Fisher et al., 2020).

Upplevelser av stigma i personens omgivande miljö kan ha en begränsande effekt på de aktiviteter som en person väljer att engagera sig i (Corrigan & Matthews, 2003), men få studier har undersökt den personliga erfarenheten av hur stigma påverkar aktiviteter för personer med psykisk ohälsa. Vi vill därför göra en intervjustudie för att undersöka upplevelsen av hur stigma inverkar på engagemang i aktivitet hos några personer med erfarenhet av psykisk ohälsa.

# Bakgrund

## Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett vanligt förekommande folkhälsoproblem som har ökat de senaste åren i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2022a). Folkhälsomyndigheten (2022b) beskriver psykisk ohälsa som ett paraplybegrepp som innefattar allt från episodiska och lindrigare besvär till mer akuta och allvarliga tillstånd. Psykiska besvär kan manifesteras sig affektivt som exempelvis oro, stress och sömnsvårigheter. Dessa besvär kan uppkomma under livsomvälvande händelser, men brukar gå över efter en viss tid och är ofta inte tillräckligt långvariga för att få en psykiatrisk diagnos. Psykiatriska tillstånd innebär att man uppvisar flertalet psykiatriska symtom och förlorad funktionsförmåga som stör det vardagliga livet, vilket kan leda till att man uppsöker läkarvård, således kan den kallas för en diagnostiserad psykisk ohälsa. Det är viktigt att betona att psykiatriska tillstånd inkluderar även de som inte har ansökt om vård för sina symtom av olika anledningar (Socialstyrelsen, 2020). Vidare kan psykiatriska tillstånd delas in i psykiatriska sjukdomar, syndrom och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Vanligt förekommande psykiatriska tillstånd är depression, bipolär sjukdom och ångestsyndrom, dock kan dessa variera i svårighetsgrad där de svårare typerna tillsammans med andra psykosjukdomar klassas som allvarliga psykiatriska tillstånd (WHO, 2018).

## Psykisk ohälsa och vardagen

Psykisk ohälsa berör inte bara den egna hälsan utan kan också påverka många delar av livet. Nationella psykiatrisamordningen (SOU, 2006) påvisade i sin utredning att personer som hade allvarlig psykiatrisk ohälsa i större utsträckning hade sämre socioekonomiska levnadsförhållanden i jämförelse med den genomsnittliga populationen. Exempelvis har personer med allvarlig psykisk sjukdom svårare att ta sig in på arbetsmarknaden även om de värderar arbete som något essentiellt (Eklund, 2009). Vidare rapporterar Statistiska centralbyrån att denna målgrupp har en mer begränsad hushållsekonomi i jämförelse med andra funktionshindrade grupper (Socialstyrelsen, 2021). En bidragande faktor kan vara att många får sjukersättning eller ekonomiskt bistånd via socialtjänsten eftersom endast cirka 15% av personer med allvarlig psykisk sjukdom har fått möjlighet att arbeta (Wallace et al., 1999; Eklund et al., 2001; Bejerholm & Eklund, 2020).

Det sociala nätverket är viktigt för alla människor, dock är det extra viktigt för personer som upplever psykisk ohälsa (Brunt, 2020). Ett samverkande socialt nätverk kan fungera som ett skyddsnät när personen upplever stor påfrestning eller svåra livshändelser. Exempelvis påvisade Litwin (2001) i sin studie att människor som hade ett starkt sammanvävt socialt nätverk bestående av familj, vänner, kollegor och aktivt deltog i sociala aktiviteter riskerade i mindre utsträckning att utveckla psykisk ohälsa. Människor som hade ett mer begränsat socialt nätverk och mer sällan deltog i sociala aktiviteter löpte en större risk att utveckla psykisk ohälsa. Randolph (1998) understryker att det sociala nätverkets storlek har en underordnad betydelse för personens tillgång till socialt stöd, och noterar i linje med Pernice-Duca och Onega (2009) att det är kvaliteten på relationerna inom det sociala nätverket som har en betydande effekt för personen.

## **Stigma**

Stigma som begrepp kommer ursprungligen från antikens Grekland. Ordet betyder "kroppsliga tecken avsedda att påvisa något ovanligt och ofördelaktigt i en persons moraliska status" (Goffman, 2020, s.23). Dessa kroppsliga tecken avsåg att för resten av samhället visa att personen en var slav, opålitlig eller farlig och således icke-acceptabel enligt samhällets normer. Erving Goffmans teori om stigma grundar sig i att det finns en diskrepans mellan den skenbara och den verkliga identiteten hos personen. Samhället har byggt upp normer och regler för vad som anses som acceptabelt och delat in människor i kategorier baserat på egenskaper. Goffman menar att människor vid första kontakten med en ny bekantskap skapar sig förväntningar genom att kategorisera och gestalta egenskaper hos personen som inte nödvändigtvis behöver stämma med dennes faktiska egenskaper. Dessa förväntningar är oftast omedvetna och är baserade på vår stereotypa bild av personen vilket Goffman kallar för den skenbara identiteten. Den kategori och de egenskaper som personen faktiskt besitter och tillhör kallar Goffman för den verkliga identiteten. När diskrepansen mellan dessa två identiteter uppstår bildas en spricka som resulterar i att personen reduceras från en socialt accepterad människa till en stigmatiserad person.

## **Socialt stigma och självstigma**

Socialt stigma uppstår när en större grupp eller ett samhälle delar samma syn gentemot en viss grupp av människor, exempelvis personer med psykisk ohälsa (Corrigan et al., 2012).

Corrigan (2004) beskriver att personer med psykisk ohälsa ofta får uppleva stigma på en daglig basis, och detta kan innebära allt från att ha svårare att söka jobb och boenden till att få



sämre vård än de som har en somatisk sjukdom. Socialt stigma kan också inverka på tendenser att söka hjälp för den psykiska ohälsan, där de berörda aktivt väljer att undvika vårdkontakter i rädsla att bli stämplade av samhället som "psykiskt sjuka" (Corrigan & Mathews, 2003). När social stigma börjar valideras hos den stigmatiserade personen och integreras i dennes självbild utvecklas självstigma. Självstigma innefattar internalisering av fördomar och uppfattningar som leder till att den berörda personen kan få nedsatt självförtroende och se sig som mindre värd i samhället (Link, 1987; Livingston & Boyd, 2010). Dessa negativa effekter på självkänsla har visat sig ha en direkt inverkan på livskvaliteten och självständigheten (Corrigan, 2004). Corrigan et al. (2009) understryker att självstigma på längre sikt kan leda till att personen börjar förlora tron på sin egen förmåga, vilket resulterar i att meningsfulla livsmål inte uppfylls, ett ökat socialt undvikande, men framförallt medvetna val att inte nämna sin psykiska ohälsa i allmänhet.

### **Aktivitetsengagemang**

Inom arbetsterapeutisk teori anses aktivitet vara ett medfött behov hos människan, grundläggande för hälsa och upplevelse av välbefinnande och meningsfullhet (Hocking, 2019). För personer med psykisk ohälsa kan engagemang i vardagens aktiviteter försvåras av de symtom som ohälsan för med sig, aktiviteter som av andra upplevs enkla och nästintill automatiska kräver mer ansträngning och kan i stunder kännas överväldigande (Bejerholm & Eklund, 2020). Leufstadius et al., (2009) fann att en känsla av meningsfullhet är en starkt bidragande faktor till att människor strukturerar upp sin dag och väljer att engagera sig i varierande aktiviteter. Vidare kunde Leufstadius et al. konstatera att lönearbete i Sverige är relaterat till meningsfullhet och upplevd samhörighet med resten av samhället, samt till status och ekonomi. Många av de personer som har en allvarigare psykisk ohälsa, men även de med lättare besvär, kan ha svårt att få och behålla arbeten (Brouwers, 2020). Argentzell et al. (2012) menar att stödinsatsen daglig verksamhet kan fungera som ett substitut för lönearbete för dessa personer, men Crist et al. (2000) kunde påvisa att daglig sysselsättning/verksamhet visserligen kan bidra till en yttlig vardagsstruktur, men att den psykiska ohälsan utgör ett hinder för att etablera ett balanserat och tillfredsställande mönster av aktivitetsengagemang.

Det arbetsterapeutiska ramverket Model of Human Occupation (MOHO) strävar efter att förklara mänsklig aktivitet, och i ramverket beskrivs hur personen och dennes unika egenskaper är i ständig interaktion och påverkas av dels aktiviteterna och vad dessa innebär, och dels av den omgivande miljön och medmänniskorna i denna. I MOHO används begreppet görande för att beskriva de handlingar som personens aktivitet konstitueras av. De las Heras et

al. (2020) utvecklar att görandet kan delas in i tre nivåer: delaktighet, utförande och färdighet. Dessa tre nivåer är integrerade på så sätt att personens färdigheter, som avser motoriska, kognitiva och sociala förmågor, inverkar på utförandet av aktivitet, som i sin tur inverkar på upplevelsen av delaktighet i aktivitet. Delaktigheten utgör den bredaste av nivåerna och definieras vidare som engagemang i vardagslivets aktiviteter och avser såväl personens subjektiva upplevelse av delaktighet som det faktiska utförandet av aktiviteten. Den subjektiva upplevelsen av aktivitetsengagemang beror till stor del på om aktiviteten som utförs stämmer med personens intressen, värderingar och upplevelse av egen förmåga. Lee och Kielhofner (2020) benämner dessa komponenter som personens viljekraft och utvecklar hur de är föränderliga över ett livsspann allt eftersom personen får upplevelser av aktivitetsutföranden i olika situationer som denne sedan reflekterar över och tolkar. Dessa reflektioner och tolkningar kallas i MOHO för viljekraftsprocesser som anses skapa de förväntningar som personen har på liknande aktiviteter och situationer och styr vilka aktiviteter och i vilken grad personen väljer att engagera sig i aktiviteten.

Fisher et al. (2020) delar upp miljön runt personen i en nära, lokal och global kontext. Inom varje kontext finns fysiska, sociala och strukturella aspekter som inverkar på personens viljekraft till engagemang i aktivitet. I personens nära miljökontext ingår sociala relationer och interaktioner, fysisk utformning av objekt och utrymmen samt vardagsmiljöer så som hem, arbetsplats eller skola. I den lokala kontexten ingår de sociala nätverk som omger personen, fysisk utformning av allmänna platser och i den globala miljökontexten ingår ekonomiska villkor, allmänhetens attityder och fördomar samt politiska beslut och lagar samt vilka möjligheter till boende och arbete som finns där personen lever.

### *Problemformulering*

Den sociala stigman kring psykisk ohälsa har potentiellt negativa effekter på personens engagemang i aktivitet och den berörda personen kan komma att integrera omgivningens attityder och fördomar i sin självuppfattning (Corrigan, 2004). Under 2017 utförde Socialstyrelsen (2018) den senaste befolkningsundersökningen rörande allmänhetens kunskaper och attityder gentemot personer med psykisk ohälsa och kunde rapportera en negativ utveckling jämfört med föregående undersökningar. Socialstyrelsen konstaterade ett behov hos allmänheten att i större utsträckning få ta del av upplevelser av stigma från personer med erfarenhet av psykiska ohälsa och på så sätt bidra till en minskad stigma. Hela samhället skulle vinna på en ökad förståelse för stigmas effekter på aktivitetsengagemang, hälsa och välbefinnande, och därmed bättre kunna hantera effekterna på individ- och

samhällsnivå. Tidigare forskning har konstaterat förekomst av stigma (Mirnezami et al., 2016), självstigma (Hansson et al., 2013) samt konsekvenser som följer av dessa (Borelius, 2014), däremot kunde Hellström et al., (2022) i sin litteraturoversikt notera att färre ansatser har gjorts för att förstå den personliga upplevelsen av stigma, och ännu färre studier har undersökt hur personliga upplevelser av psykisk ohälsa och stigma påverkar engagemang i aktivitet och delaktighet. Det är angeläget att förstå den personliga upplevelsen och därför ville vi med en intervjustudie undersöka hur psykisk ohälsa och stigma påverkar aktivitetsengagemang.

## **Syfte**

Att undersöka hur vuxna med erfarenhet av psykisk ohälsa upplever att stigma inverkar på deras engagemang i aktivitet

## **Metod**

### **Design**

För att besvara studiens syfte genomfördes en kvalitativ intervjustudie med öppna frågor och tvärsnittsdesign. Enligt Patel och Davidsson (2019) är kvalitativa ansatser lämpliga vid studier som syftar till att besvara frågor om upplevelser och människors levda erfarenhet och djupdykande intervjuer är vanliga inom den kvalitativa forskningsgrenen. Vidare beskriver Patel och Davidsson att tvärsnittsdesign i kombination med intervjuer kan ge en stor mängd information utifrån ett begränsat antal deltagare. Ett induktivt förhållningssätt användes vid innehållsanalys av intervjuerna i enlighet med Patel och Davidsson (2019) som liknar induktiva ansatser med "att gå upptäckandets väg" (Patel & Davidsson, 2019, s.27), samt påpekar att detta är vanligt då området som undersöks saknar vedertagna och allmängiltiga teorier och förklaringsmodeller.

### **Urval**

Ett strategiskt urval nyttjades vid uppsökande av deltagare vilket enligt Henricsson och Billhult (2012) innebär att deltagare med en viss typ av erfarenheter målinriktat söks upp och rekryteras. Då ett heterogent urval söktes kontaktades ett fontänhus i Sydsverige. På Sveriges Fontänhus riksförbunds hemsida (2023) beskrivs verksamheten utgå från en psykosocial arbetsinriktad rehabiliteringsmodell, och verksamheten drivs av medlemmarna själva som med stöttning av handledare utför alla de uppgifter och aktiviteter som krävs för att hålla

verksamheten i gång. Grundtanken med Fontänhuset är att ta vara på det friska hos personer med psykisk ohälsa genom aktivitet, och Fontänhuset syftar bland annat till att skapa meningsfullhet, gemenskap och stärkt självkänsla hos medlemmarna. De beskriver därtill i sina riktlinjer att medlemskap inte baseras på diagnoser eller andra klassificeringar av psykisk ohälsa, utan är öppet för alla personer som upplever eller har upplevt psykisk ohälsa. Detta talar för att medlemmarna på fontänhuset har varierade och skilda upplevelser av fenomenet som undersöks. Därtill formulerades urvalskriterier för att försäkra att deltagarna hade för studien relevanta erfarenheter.

Inklusionskriterierna för deltagande var erfarenhet av psykisk ohälsa, ålder över 18 år samt kunna delta och svara på frågor under en intervju på svenska. Exklusionskriterier var en pågående allvarlig psykisk ohälsa som påverkar förmåga att delta i intervju och/eller lämna skriftligt informerat samtycke. Som målsättning hade författarna att rekrytera minst åtta deltagare till studien.

## **Procedur**

En verksamhetschef för ett fontänhus i Sydsverige kontaktades med förfrågan om att rekrytera deltagare från verksamheten. När förfrågan bifallits höll författarna ett möte med medlemmarna för att presentera studien och dess relevans. Presentationen tog ca 15 minuter och verksamhetschefen fick en skriftlig beskrivning av studiens syfte och metod och medgivandebblankett. Medlemmarna fick ett skriftligt informationsbrev rörande studiens syfte och relevans tillsammans med anmälningsblankett. Två medlemmar anmälde intresse att delta i anslutning till presentationen och bokades in för intervju. Ett par dagar efter presentationen undersökte författarna om fler medlemmar hade anmält sig till verksamhetschefen samt bad om tillstånd att få besöka fontänhuset för att rekrytera fler deltagare. Verksamhetschefen meddelade att inga spontana anmälningar inkommit och godtog förfrågan om ytterligare besök. Två handledare på fontänhuset engagerades genom att de hänvisade författarna till medlemmar som de trodde skulle vara intresserade av att delta, författarna initierade därpå kontakt med medlemmar och vid fem informella besök rekryterades ytterligare sex deltagare till studien. Författarna kontaktade deltagarna över telefon eller mejl för att presentera sig själva samt för att bestämma plats för intervjun, och deltagarna fick ange om de ville genomföra intervjuer digitalt eller fysiskt.

En intervjuguide utformades för den semistrukturerade intervjun (Bilaga 1). Guiden utgjordes av öppna frågor kring upplevelser relaterade till studien syfte. Kvale och Brinkmann (2014) menar att öppna frågor genererar fullständiga svar, och hänvisar till resonemanget att

standardiserade frågor tolkas olika av olika människor beroende på förkunskap. Intervjuerna fördelades lika mellan författarna och utfördes separat i syftet att deltagarna skulle känna sig bekväma med att besvara frågorna. Kvale och Brinkmann (2014) understryker vikten av att skapa en trygg atmosfär för intervjupersonen och hänvisar till såväl etiska som kvalitativa aspekter.

Intervjuerna inleddes med förnyad förfrågan om inspelning samt tydlig genomgång av intervjuens upplägg och konfidentiell hantering av insamlade data, deltagarens rättigheter samt studiens syfte och relevans. Deltagarna fick ett informationsbrev med denna information, och gav skriftligt samtycke till deltagande innan intervjun påbörjades. Under de två första intervjuerna upplevde författarna att begreppet ”attityder” misstolkades och att intervjusituationen var hämmande för vissa deltagare. Därför inleddes de följande sex intervjuerna med en kort beskrivning av författarnas personliga koppling till fenomenet stigma, i syftet att skapa en trygg och tillitsfull atmosfär samt att tydliggöra begreppet ”attityder”. Anteckningar från informella samtal i samband med de två inledande intervjuerna inkluderades i analysen efter att ha fått berörda deltagares godkännande. Inspelning utfördes med författarnas privata mobiltelefoner och det inspelade materialet överfördes direkt efter genomförd intervju till ett lösenordsskyddat USB-minne och raderades därefter från mobiltelefonerna.

## **Dataanalys**

Vid analys av intervjuerna utgick författarna inte från befintliga modeller eller teorier utan nyttjade i stället en induktiv ansats och utförde en kvalitativ innehållsanalys i syfte att utöka och nyansera kunskapsläget i enlighet med Priebe och Landström (2012). Analysarbetet löpte parallellt med intervjuer och transkribering, och analysen inleddes med att författarna var för sig ordagrant transkriberade de intervjuer som de själva genomfört. Vid transkriberingen numrerades rader och sidor inför kodning. Författarna läste sedan separat igenom samtliga transkriptioner upprepade gånger och färgmarkerade relevant text i materialet med förtydligande kommentarer. Därpå träffades författarna för att granska och diskutera det identifierade innehållet, och författarna valde sedan, åter separat, ut meningsenheter ur materialet. Meningsenheter definieras av Graneheim och Lundman (2004) som meningar eller stycken som genom sin innebörd eller kontext är relaterade till syftet och varandra. De identifierade meningsenheterna infogades i en analysmall som skapades i Google Kalkylark. Enheterna kondenserades genom att författarna valde ut essentiella ord och fraser ur meningsenheten. Detta för att i enlighet med Graneheim och Lundman minska materialets

textmängd och samtidigt tillvarata den meningsfulla kärnan i innehållet. Därpå tilldelades de kondenserade meningsenheterna koder som författarna ansåg spegla enheternas meningsinnehåll. Analysmallen granskades gemensamt av författarna efter att kodning genomförts och koderna reviderades till dess att samförstånd uppnåts. Graneheim och Lundman menar att kvalitativa analyser bör generera kategorier som är uteslutande heterogena, samt att koderna som placeras under dessa ska vara homogena i innebörd. Materialet bearbetades sedan ytterligare i samråd med handledare och koder sorterades in under kategorier och eventuella subkategorier som framträdde under processens gång (Tabell 1). När alla intervjuer hade analyserats och kategorier samt subkategorier formulerats granskades kategorierna och koderna noggrant av författarna för att försäkra skillnad mellan kategorier och samstämmighet av koder inom varje kategori.

Tabell 1. *Exempel på analysprocessen*

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
jag är.. relativt olika som person också med och utan så att, men som jag förstår det så blir man mer uppskattad och sånt med haha så att då får man ju ha det liksom?	jag är olika med eller utan (medicinen), blir mer uppskattad med (medicin) så då får man ha det	Inställning till medicin	Diagnos och medicin hjälper/stjälper	Personlig inställning till självet med psykisk ohälsa
det är inget som jag gör liksom medvetet eller så: nu ska jag ta på mig den här masken, utan det är bara något som sker. Och det tar jättemycket kraft och energi från en, och det ger Jättemycket ångest	Inte medvetet, tar jättemycket kraft och energi, ger jättemycket ångest	Automatiserad maskning av psykisk ohälsa Tar energi och skapar ångest	Passa in och dölja den psykiska ohälsan	Personlig inställning till självet med psykisk ohälsa

## Forskningsetiska avvägningar

Studiens population är sårbar enligt Medicinska forskningsrådet (MFR) (2000), som även räknar bland annat barn och ungdomar, personer med intellektuell funktionsnedsättning samt personer med demenssjukdom till denna sårbara kategori. Sårbarhet innebär att personen riskerar att ha en nedsatt förmåga att ge informerat samtycke att delta i forskning. MFR har tagit fram grundprinciper för forskningsarbete med sårbara grupper och dessa innefattar att: Syftet med forskning som utförs på dessa grupper ska vara att få fram kunskap som är relevanta för berörd grupps hälsobehov; forskning ska inte utföras på utsatta grupper om den lika gärna kunde utföras på andra grupper: det ska finnas en kunskapsvinst som inte kan fås på annat sätt.

Utöver dessa följde studien även de fyra etiska huvudkrav på forskning som Patel och Davidsson (2019) nämner: Informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet vilka i korthet kan sammanfattas som att deltagaren ska vara informerad kring syftet med forskningen och utifrån detta bestämma om sitt deltagande, att ha rätt att avbryta sin medverkan utan att det leder till negativa konsekvenser, att alla uppgifter och information rörande deltagaren ska behandlas med konfidentialitet samt att de uppgifter som deltagaren uppger enbart får användas för forskningsändamål.

## Resultat

Resultatet som presenteras är en sammanställning av en kvalitativ innehållsanalys av åtta intervjuer med två män och sex kvinnor med erfarenhet av psykisk ohälsa. Samtliga informanter var medlemmar på ett Fontänhus i Sydsverige och i åldrarna 24-75, medelåldern var 44 år. Intervjuerna tog mellan 15 och 67 minuter. I analysen kunde ett tema urskiljas som löpte som en röd tråd genom alla kategorier och underkategorier: *Upplevd trygghet eller osäkerhet vid psykisk ohälsa påverkar aktivitetsengagemang*, och därtill identifierades tre kategorier av upplevelser med tillhörande underkategorier som hade betydelse för informanternas möjlighet till aktivitetsengagemang: *Personliga förutsättningar för aktivitetsengagemang*, *Yttre förutsättningar för aktivitetsengagemang* och *Personlig inställning till självet med psykisk ohälsa*. Deltagarna beskrev en dynamisk föränderlighet i sina upplevelser, att trygghet eller osäkerhet kunde variera beroende av med vem och i vilka situationer de befann sig. Underkategorierna kunde ha antingen en positiv eller en negativ

påverkan på engagemang i aktivitet och samspelar med varandra på samma dynamiska sätt som deltagarnas upplevelser. (Tabell 2)

Tabell 2. Upplevelser som påverkade informanternas aktivitetsengagemang

<b>Tema:</b> Upplevd trygghet eller osäkerhet påverkar aktivitetsengagemang		
<b>Kategorier:</b>		
Personliga förutsättningar för aktivitetsengagemang	Yttre förutsättningar för aktivitetsengagemang	Personlig inställning till självet med psykisk ohälsa
<b>Underkategorier:</b>		
Sociala nätverkets inställning till självet med psykisk ohälsa	Omgivningens kunskap om psykisk ohälsa	Försöka passa in och dölja/Vara sig själv och vara öppen med psykisk ohälsa
Motivation för aktivitetsengagemang	Aktivitetsanpassning och Aktivitetsutbud	Tro på/Nedvärdering av egen förmåga
Livsmål och drömmar	Ekonomiska stödinsatser	Diagnos och medicin hjälper/stjälper

### Upplevd trygghet eller osäkerhet påverkar aktivitetsengagemang

Informanternas upplevelse av osäkerhet alternativt trygghet var dynamisk och förändrades beroende på om informanterna upplevde att deras personliga och yttre förutsättningar samt inställning till sig själva hade en negativ eller positiv inverkan på deras aktivitetsengagemang. Informanterna relaterade osäkerheten till bland annat okunskap kring psykisk ohälsa, bristande anpassningar samt fördomar hos det sociala nätverket. Ytterst kunde osäkerhet leda till ett nedsatt självförtroende och bristande tillit till egen aktivitetsförmåga som följd. Informanterna beskrev tryggheten som ett resultat av att kunna vara öppen med den psykiska ohälsan, få förståelse från det sociala nätverket samt att aktiviteter och miljöer upplevdes adekvat anpassade. När informanterna upplevde trygghet uttryckte de en större motivation till aktivitet och högre tilltro till sin egen aktivitetsförmåga.



## Personliga förutsättningar för aktivitetsengagemang

I den första kategorin behandlas informanternas personliga förutsättningar för aktivitetsengagemang och förutsättningarna fördelades i tre underkategorier: Sociala nätverkets inställning till självet med psykisk ohälsa, Mål och drömmar samt Motivation för aktivitetsengagemang. Upplevelser av de tre underkategorierna kunde antingen vara negativa eller positiva och kunde antingen hindra eller främja informanternas aktivitetsengagemang

### *Sociala nätverkets inställning till självet med psykisk ohälsa*

Informanterna uppgav att det sociala nätverkets inställning till psykisk ohälsa hade en stor betydelse för deras möjlighet och vilja till engagemang i olika aktiviteter. Framför allt beskrev informanterna hur upplevelser av att deras kompetens och förmåga ifrågasattes relaterat till den psykiska ohälsan hade en negativ inverkan. Ifrågasättandet kunde ibland ses i relation till nätverkets välmening och omtanke, men gav trots detta negativa effekter på upplevda möjligheter att utvecklas samt på informanternas aktivitetsval. I några fall vittnade informanter om känsla av att bli förolämpad i samband med ifrågasättanden, och en informant återgav hur kollegors ifrågasättande av hans förmåga ledde till uppsägning från ett värderat yrke:

*Ja, men de på det jobbet hade ju noll koll på sånt så att de nästan gömde knivar och saxar och typ stod bakåt när jag närmade mig. Asså, sådana attityder har jag väldigt svårt för och det blev för jobbigt för mig så jag valde att säga upp mig istället. Vilket egentligen var dumt i efterhand, men jag är impulsiv av mig. Jag är bipolär så då har man sådana grejer och tendenser. -Informant 5*

Flera informanter vittnade om en känsla av att delar av det sociala nätverket saknade förståelse för deras behov och svårigheter, inte sällan i samband med att informanterna uttryckte en känsla av tabu kring att prata om psykisk ohälsa såväl inom familjen som generellt. Tabut resulterade i att vissa informanter kände en brist eller avsaknad av stöd och acceptans inom det sociala nätverket med osäkerhetskänslor som följd. En informant illustrerade tabut kring att prata om psykisk ohälsa med en hypotetisk anekdot:

*...om du har ont i knät och det sitter folk vid fikabordet: "åh jag har ont i knät, jag gick till den ortoped", " Jaha har du varit hos den ortoped?" och så, då är det så*

*jättetillåtet, eh, när du åkte in på psyk då såhär, då helt plötsligt trodde folk att hela... ALLT hos en var dåligt, och så pratar man inte om det, inget bemötande. -Informant 3*

Vissa informanter beskrev hur det sociala nätverket hade en neutral eller positiv inställning till deras psykiska ohälsa som främjade aktivitetsengagemang, en informant beskrev sitt sociala nätverks inställning som följande:

*Jag tror det är för att jag har ganska många i min omgivning som redan har alltså såhär, min storebror har adhd, och jag har vänner som också har adhd, det är så bara ah okej. Så... på det viset har jag väl omringat mig med folk som, alltså redan har kännedom, eller har själv liksom, så.. eller som bara inte bryr sig så mycket om det asså så. Medan det finns andra som tror att liksom man blir värsta drogmissbrukare för att man tar ADHD-medicin. -Informant 2*

### **Motivation för aktivitetsengagemang**

Informanterna beskrev hur olika faktorer kunde inverka både positivt och negativt på deras motivation för aktivitetsengagemang. En av de främsta motiverande faktorerna för informanterna var vänner och att uppleva social tillhörighet med andra människor. Informanterna beskrev hur vänner kunde öka deras motivation bland annat genom att underlätta initiering av aktivitet. En informant berättar hur vänner varit outhärliga för hans motivation till engagemang i träning:

*Kamratskap! Om det är någon som följer med och gör det så... eh ibland händer samma sak med sjukgymnastiken, så jag har inte disciplinen för att göra övningarna hemma, men hade jag gått till en träningslokal så hade jag gjort det. Så jag gick ihop med en av de tjejerna som jag umgås med här och vi gick tillsammans till gymmet och det var motiverade, men jag hade nog inte gjort det om jag vore själv. -Informant 5*

Flera informanter vittnar även om att en förutsättning för motivation är möjlighet att få nyttja sin kompetens, samtidigt kunde flera informanter vittna om att motivation till aktivitetsengagemang drabbades negativt om aktiviteter upplevdes för svåra att utföra. En informant beskrev hur en upplevd hög svårighetsgrad på aktiviteter kunde medföra att de helt valdes bort: “Om jag tänker att någonting kommer vara jättesvårt och att jag inte kommer klara av det, då gör jag ju det inte heller...” -Informant 4

Några informanter vittnade om erfarenheter av att helt och hållet sakna motivation för aktivitetsengagemang vilket resulterade i inaktivitet, och en informant beskrev upplevelsen av en tidigare period av inaktivitet: “...jag har varit hemma i tre år eller vad man nu kallar det, inte riktigt haft studier eller yrke eller någonting sånt, jag har bara existerat på något vis.”

-Informant 2

### *Livsmål och drömmar*

Vissa informanter beskrev hur livsmål och drömmar hade haft en inverkan på deras aktivitetsengagemang. Några informanter berättade om erfarenheter kring att kämpa på trots upprepade motgångar och svårigheter med hänvisning till en stark drift att uppnå målet, samtliga av dessa erfarenheter rörde studie- eller arbetsaktiviteter. I vissa fall hade informanterna känt sig tvingade att göra stora uppoffringar för att kunna fortsätta engagera sig i och utvecklas inom aktiviteter som stämde överens med deras livsmål och drömmar, en informant gav exempel på hur hen kände sig tvungen att byta stad för att kunna fortsätta engagera sig i sitt yrke:

*...hade jag ju då varit [yrkestitel] så hade jag kanske blivit omplacerad, och så blev jag [skyddad yrkestitel], och då kombinerade jag det med att flytta då och börja som [skyddad yrkestitel] på en annan plats, så att inte dom skulle se mig som samma person för då skulle det inte vara någon skillnad för mig. -Informant 3*

I några fall upplevde informanter svårigheterna att uppnå specifika livsmål och drömmar som uttryck för samhällelig orättvisa, och i de fall informanter inte hade kunnat uppnå eller sträva efter livsmål var detta förenat med negativa känslor och osäkerhet. En informant delade med sig av en sådan erfarenhet samt belyste hur hen upplevde sig ha frångått inte enbart egna men även släktens målsättningar:

*Mitt mål med att gå på [gymnasieskola] var ju inte att jag skulle bli ett Soc-fall så utan det var mer att jag skulle bli något mer för att alla mina släktingar är akademiker, då har man den pressen och det är inte bara dem utan det är min egen jävla press på mig själv. -Informant 6*

## Yttre förutsättningar för aktivitetsengagemang

Inom denna kategori presenteras informanternas upplevelse av hur Omgivningens kunskap om psykisk ohälsa, Aktivitetsanpassningar och Aktivitetsutbud samt Ekonomiska stödinsatser inverkade på deras aktivitetsengagemang. Informanternas upplevelser av underkategorierna var både positiva och negativa, och förutsättningarna kunde främja eller hindra engagemang i aktivitet.

### *Omgivningens kunskap om psykisk ohälsa*

Flertalet av informanterna beskrev hur omgivningens kunskap om psykisk ohälsa var avgörande för om kände trygghet eller osäkerhet i sitt aktivitetsengagemang. Informanter som kände att deras psykiska ohälsa bemöttes med förståelse och kunskap kunde även beskriva hur detta bemötande oftare förekom bland personer som själva hade erfarenhet av psykisk ohälsa. I samband med dessa situationer beskrev informanterna hur de kände trygghet. De informanter som istället upplevde att bland annat anhöriga hade bristande kunskap om den psykiska ohälsan menade att detta kunde leda till konflikter och känslor av osäkerhet. En informant beskrev både hur okunskap och kunskap kunde ta sig i uttryck:

*Även andra gånger när man pratat med folk och berättat att man har psykisk sjukdom då kan man få märkliga reaktioner, antingen så blir de väldigt rädda och backar eller så berättar de om sin egen för det är ju många som har det ju. -Informant 5*

### *Aktivitetsanpassning och Aktivitetsutbud*

Informanterna berättade att aktivitetsutbudet var en grundläggande förutsättning som inverkade på aktivitetsengagemanget. Vidare uttryckte flera informanter att anpassning av aktiviteter utifrån deras aktivitetsförmåga underlättade aktivitetsengagemang då flertalet informanter kände att deras grad av energi skiftande från dag till dag. Informanterna berättade att verksamheter som vägde in denna aspekt och erbjöd mer anpassade aktiviteter upplevdes trygga och möjliggjorde en ökad delaktighet. En av informanterna delade med sig av hur upprepande motgångar till följd av brist på anpassade aktiviteter hade resulterat i osäkerhet för hur hen skulle klara av framtida studier:

*Jag vill plugga och sånt, det är ju nästa steg för mig... Jag har ju ingen aning om hur det kommer gå för jag har aldrig eh... ja... eh, för jag har alltid haft problem att läsa*

*liksom, så att faktiskt kunna läsa hela A4an och sånt är fantastiskt för mig så jag tänker själv att... det blir intressant att se hur jag faktiskt studerar... -Informant 2*

### *Ekonomiska stödinsatser*

Ett fåtal informanter upplevde att samhällets ekonomiska insatser som var avsedda att stödja personer med psykisk ohälsa istället kunde hindra aktivitetsengagemang. Informanterna beskrev att aktivitets- och sjukersättning var essentiell för att kunna klara vardagen, men att ersättningen i stunder kunde upplevas hindrande på grund av de regler som omfattar de ekonomiska insatserna. Informanterna uttryckte att de gärna ville studera vidare eller söka jobb, men att antingen aktivitets- eller sjukersättning hindrade engagemang i dessa aktiviteter. Informanterna uttryckte även att det ekonomiska biståndet som erhöles via aktivitets- och sjukersättning ofta var otillräcklig för att kunna engagera sig i de aktiviteter man ville utföra. En informant beskrev hur sjukersättningen påverkade hans möjligheter till aktivitetsengagemang: *“Det mesta kan jag inte göra, jag tycker om att resa och sånt, men det är rent svårt för det, Ekonomiskt. Det är ett stort hål att vara, att ha sjukpension. Jag har ju knappt så det går runt.” -Informant 1*

### Personlig inställning till den psykiska ohälsan

I denna kategori behandlas informanternas självbild och egen inställning till sin psykiska ohälsa samt vilken inverkan detta har på informanternas aktivitetsengagemang utifrån att försöka passa in och dölja den psykiska ohälsan kontra vara sig själv och öppen med den psykiska ohälsan, Tro på självet kontra nedvärdering av självet och Psykiatriska vårdinsatser upplevs hjälpa/stjälpa. Informanter vittnade om en dynamisk föränderlighet mellan en positiv och negativ inställning till sin psykiska ohälsa med efterföljande inverkan på aktivitetsengagemang.

### *Försöka passa in och dölja / Vara sig själv och öppen*

Samtliga informanter berättade om hur deras egen inställning till sin psykiska ohälsa har haft påverkan på deras aktivitetsengagemang. Framför allt inverkade en positiv eller negativ inställning på om informanterna kände att de kunde vara öppna om den psykiska ohälsan och vågade vara sig själva eller om de valde att försöka passa in och dölja den psykiska ohälsan. Många av informanterna vittnade om beteendereglerande strategier som de mer eller mindre medvetet kunde nyttja vid osäkerhet i sociala sammanhang, strategin omnämndes av vissa informanter som att “hålla masken”. Informanterna uppgav att dessa beteendereglerande

strategier var energikrävande och hade negativ inverkan på måendet på ett sätt som hindrade engagemang i aktiviteter. En informant beskrev sin upplevelse av att känna sig tvungen att passa in och dölja den psykiska ohälsan: *“Det är inget som jag gör liksom medvetet eller så: nu ska jag ta på mig den här masken, utan det är bara något som sker. Och det tar jättemycket kraft och energi från en, och det ger jättemycket ångest.”* -Informant 4

Vidare angav några av informanterna att de initialt varit tystlåtna kring sin psykiska ohälsa i sin omgivning eller rent av hemlighållit den, och i takt med att de började acceptera sin diagnos valde de att berätta för sina närmaste anhöriga och möta deras reaktioner. En informant berättar hur hen initialt kände ett behov av att dölja sin psykiska ohälsa: *“Det var ju att jag själv inte ville acceptera det och även de skamkänslorna att man är psykisk sjuk och reaktionerna på det som...och ens egna fördomar också som gör att det behöver jag inte berätta för någon.”* -Informant 5

Samtliga informanter i studien delade även med sig av situationer där det har känts tillåtet att berätta öppet om den psykiska ohälsan. Informanterna gav exempel på hur öppenhet kring psykisk ohälsa upplevdes positivt och några informanter berättade att det behöver finnas en trygghet för att de skulle vilja öppna upp. Informanterna framförde att aktivitetsengagemanget främjades av känslan av att få vara sig själv och öppen.

### *Tro på sin egen förmåga / Nedvärdering av egen förmåga*

Tro på sin egen förmåga och känsla av att vara kompetent var viktiga aspekter som informanterna lyfte fram i relation till sin inställning till den egna psykiska ohälsan. Flera av informanterna kände att de var i ett skede av livet där de kunde ignorera andras åsikter och istället tro på den egna förmågan. Informanterna förknippade även tilltron på den egna förmågan med ett bättre mående och hopp om att nuvarande livssituation kunde förändras, en av informanterna beskrev detta som följande:

*Självutveckling handlar ju inte om att man ska se bra ut för andra utan det handlar om att utvecklas för att bli en bättre människa...och så det är klart att jag har blivit mer eller mindre obrydd kring den grejen för att jag känner att jag har hamnat i ett steg i mitt liv där jag verkligen kan, asså att komma ifatt.* -Informant 6

Alla informanter kunde ge exempel på självnedvärdering, vilket ofta uppkom i samband med jämförelser av sig själva med exempelvis vänner och familj. Denna

jämförelseprocess kunde resultera i att informanterna upplevde att något var fel med en själv samt en reducerad tilltro på den egna aktivitetsförmågan. En informant beskrev detta som: *“Då är jag lite besviken på mig själv. Jag vet att jag kan många saker själv, men jag skulle vilja vara mer drivande...Alltså fungera mer på det sättet. Det är något som jag gärna önskar ska bli bättre...”* -Informant 8

### *Diagnos och medicin hjälper / stjälper*

Informanterna berättade om både positiva och negativa erfarenheter av hur diagnostisering och psykiatriska vårdinsatser hade inverkat på deras aktivitetsengagemang, därtill kunde informanternas inställning till diagnostisering och medicin sättas i relation till informanternas inställning till den psykiska ohälsan. En informant återgav hur hen behövde släppa på vissa föreställningar om sig själv innan hen kunde acceptera medicinsk behandling:

*...då fick jag just ett citat faktiskt, innan jag blev utskriven, att om man alltid... om man är alltför sträng mot sig själv, och om man... alltid vill att saker ska vara, ja alltid att man behöver prestera på topp, och att man vill känna sig viktig, då kanske man inte överlever, och det stämde så bra in på mig, så då valde jag att ta [medicin] igen, för att jag känner att det hjälper mig faktiskt.* -Informant 4

Flera informanter kunde även vittna om inre motstånd för att ta medicin som de blivit ordinerade för den psykiska ohälsan, vissa angav biverkningar som anledningen till motståndet medan andra informanter upplevde att medicinen förbättrade aktivitetsförmågan, men att det trots detta kändes negativt att behöva ta psykofarmakologisk medicin. En informant gav ett exempel på hur diagnos och medicin upplevts främjande för aktivitetsengagemang samtidigt som hen känt inre motsättningar mot medicinering:

*...när jag väl fick diagnosen sen och så den hjälp som jag har idag då funkar ju saker mycket bättre (...) Jag känner mig mer samlad på ett sätt som jag inte var förut liksom och... jag tycker det är synd att jag måste ta mediciner för det men, det har hjälpt mig mycket med liksom, ja, mitt liv.* -Informant 2

# Diskussion

## Resultatdiskussion

Intervjustudien undersökte hur vuxna med erfarenhet av psykisk ohälsa upplevde att stigma påverkade deras engagemang i aktivitet. Åtta personer som var medlemmar i ett Fontänhus i Sydsverige deltog i intervjun. I intervjufrågorna användes begreppen attityder och fördomar för att relatera till upplevelser av stigma. Den kvalitativa innehållsanalysen visade ett tema som var genomgående i varje kategori och underkategori. Detta tema benämndes *Upplevd osäkerhet eller trygghet vid psykisk ohälsa påverkar aktivitetsengagemang* och berörde upplevelser som var ständigt föränderliga och dynamiskt påverkade informanternas engagemang i olika aktiviteter. Upplevelserna framträdde i tre kategorier som påverkade deras möjligheter och vilja till engagemang i olika aktiviteter: *Personliga förutsättningar för aktivitetsengagemang*, *Yttre förutsättningar för aktivitetsengagemang* och *Personlig inställning till självet med psykisk ohälsa*. Samtliga informanter i den aktuella studien var medlemmar på ett Fontänhus i Sydsverige och hade en medelålder på 44 år.

### *Upplevd osäkerhet eller trygghet påverkar aktivitetsengagemang*

Temat gick som en röd tråd genom informanternas upplevelser och hade en dynamisk inverkan på informanternas möjlighet och vilja att engagera sig i aktiviteter. Informanterna vittnade om en dynamisk föränderlighet i upplevelse av osäkerhet och trygghet.

Trygghetsupplevelser uttrycktes ofta i samband med att informanterna beskrev hur deras aktivitetsengagemang underlättats genom bland annat anpassningar, stöttning av det sociala nätverket samt situationer där informanterna kände att kunde vara öppna med sin psykiska ohälsa. Croft et al. (2021) undersökte hur deltagarna med psykisk ohälsa upplevde en verksamhet som bland annat erbjöd aktivitetsanpassningar och konstaterade att dessa åtgärder bidrog till deltagarnas självtillit (self-reliance) och förmåga att självständigt hantera kriser. Förmågan att självständigt hantera kriser och motgångar är enligt Trompetter et al., (2017) en av många positiva egenskaper som personer med en hög grad av självmedkänsla (self-compassion) uppvisar, och möjligtvis kan informanternas upplevelse av trygghet förklaras av att möjliggörande insatser och socialt stöd bidrar till en förhöjd självtillit och självmedkänsla. Leary et al. (2007) konstaterade att deltagare med låg självmedkänsla på motsatt sätt tenderade att vara mer självkritiska och reagera negativt på såväl faktiska som hypotetiska situationer samt nedvärdera sina prestationer. Detta överensstämmer med informanternas beskrivningar av Osäkerhet som påverkar aktivitetsengagemang, där informanterna berättar



om ansträngningar för att dölja den psykiska ohälsan samt tendenser till nedvärdering av egen förmåga, och kan alltså vittna om nedsatt självmedkänsla och självtillit i dessa situationer. I likhet med arbetsterapeutisk teori om omgivningens inverkan på personen (Fisher et al. 2020) kunde informanternas sociala, kulturella och fysiska miljö dynamiskt förstärka eller minska graden av självmedkännande och självtillit hos informanterna.

### *Personliga förutsättningar för aktivitetsengagemang*

Resultatet av studien tydliggjorde hur personliga förutsättningar inverkade på informanternas aktivitetsengagemang och informanterna kunde både ge positiva och negativa beskrivningar av hur *Det sociala nätverkets inställning* till psykisk ohälsa hade påverkat deras aktivitetsengagemang. De gav exempel på hur det sociala nätverkets handlingar ibland upplevts diskriminerande och det framkom att framför allt ifrågasättande av kompetens och förmåga utgjorde det mest betydande hindret för deras engagemang i olika aktiviteter. Perry (2011) kunde i sin forskning kring sociala nätverk hos personer med psykisk ohälsa se att den innersta komponenten av nätverket, bestående av personens närmast anhöriga och vänner, hade en betydande påverkan på personens upplevelse av socialt stöd. Om personens innersta nätverk har negativa attityder kring psykisk ohälsa och stereotypa fördomar kring exempelvis bristande förmåga och kompetens menar Perry att sannolikheten att dessa integreras i personens självuppfattning är stor. Detta kan relateras till informanternas beskrivning av hur ifrågasättandet ledde till att de undvek eller tvekade att utföra vissa aktiviteter. Corrigan et al. (2009) identifierar denna tendens som självstigma och utvecklar att självstigma kan leda till socialt undvikande beteende på grund av ett nedsatt självförtroende hos personen som därav inte tycker sig kapabel eller värdig att engagera sig i olika typer av aktiviteter. Informanterna kunde dock vittna om att negativa effekter av det sociala nätverkets inställning till psykisk ohälsa inte var av statisk karaktär utan förändrades dynamiskt beroende på vilken kontext de befann sig i, och flera informanter gav exempel på hur effekterna kunde motverkas genom bland annat social gemenskap med andra personer med psykisk ohälsa, vilket Corrigan et al. (2009) konstaterar minskar negativa effekter av stigma.

I vissa fall kunde informanterna återge positiva upplevelser av hur det sociala nätverket i stället främjade deras aktivitetsengagemang. Exempelvis berättar informanter att familj och vänner var en viktig resurs för att överkomma svårigheter med initiativtagande och bibehållande av motivation. Detta återspeglas i tidigare forskning i området där vänner och familj har identifierats som en viktig tillgång för att bryta isolering (Chronister et al., 2021). Perry (2011) belyser även denna aspekt i sin forskning kring sociala nätverk, och poängterar

samtidigt att detta förutsatte att nätverket utgjordes av personer med god förståelse för psykisk ohälsa.

Vissa informanter beskrev även förutsättningar för sin *Motivation för aktivitetsengagemang*. En majoritet av dessa informanter uttryckte att välbefinnande och måendet hade en mycket stor betydelse för upplevd motivation. Sale (2020) har nyligen kunnat påvisa att dessa två faktorer: välbefinnande och motivation, ingår i en komplex dynamisk interaktion, som enligt Sale, indirekt kan påverka graden av deltagande hos personen. Detta kunde relateras till flera informanternas beskrivning av hur de upplevde en dynamisk skiftning i sin motivation beroende på deras psykiska välmående. Informanterna berättade därtill om hur *livsmål och drömmar* kunde inverka på deras aktivitetsengagemang. En frånvaro av livsmål och drömmar kunde resultera i bristande engagemang. Ett fåtal av vår studies informanter uttryckte sig sakna livsmål och drömmar och kunde vittna om känslor av att existera utan syfte med negativ inverkan på engagemang i aktiviteter och mående, något som Headey (2008) bekräftar i sin forskning. I likhet med Jensen et al. (2021) och Lee et al. (2022) fann vi att informanter som delgav att de hade långsiktiga mål, kunde återge berättelse kring hur de klarat av motgångar i livet och fortsatt att sträva efter att nå sitt livsmål. Lee et al. utvecklar att livsmål, genom att ge personen en värdefull belöning att sträva efter, kunde få personen att göra uppoffringar och fortsätta engagera sig i aktiviteter som leder till målet trots motgångar.

### *Yttre förutsättningar för aktivitetsengagemang*

Studiens resultat visade på att informanterna upplevde att framför allt *Aktivitetsanpassningar och aktivitetsutbud* och *Omgivningens kunskap kring psykisk ohälsa* samt *Ekonomiska stödinsatser* hade en inverkan på deras möjligheter att engagera sig i aktiviteter, och upplevelserna visade sig även här kunna skifta mellan positiva och negativa erfarenheter beroende på om informanterna upplevde förutsättningarna som stöttade eller hindrade.

Flera informanter menade att svårigheter komma ur den psykiska ohälsan inte tagits hänsyn till vid tidigare såväl som vid nuvarande aktiviteter. Dessa upplevelser sammanföll ofta med informanternas erfarenheter av studie- eller arbetsaktiviteter och var ofta förknippade med känslor av att ha misslyckats. Socialstyrelsen (2021) noterar i sin lägesrapport över insatser och stöd för personer med funktionsnedsättning att det finns hinder för personer med psykisk ohälsa att engagera sig i arbete, och sammanfattningsvis handlar dessa hinder om brist på lämpliga arbetsmiljöer för personer med psykisk ohälsa avseende både anpassade arbetsuppgifter och förstående omgivning. Därtill noterar Socialstyrelsen att det finns

motstånd kring att anställa målgruppen hos arbetsgivare på grund av attityder och fördomar. Samma tendens uppmärksammas i andra studier (Brouwers, 2020; Krupa et al., 2009) och utgör i hög grad ett hinder för personer med psykisk ohälsa att engagera sig i arbete. Foster et al. (2018) kunde se samband mellan bland annat låg kunskapsnivå rörande psykisk ohälsa och förekomst av attityder och fördomar om personer med psykisk ohälsa och flera informanter bekräftar Foster et al. koppling genom att själva relatera bristande kunskap till fördomar och negativa attityder. Informanter uttryckte dessutom att dessa upplevelser kunde resultera i känslor av att inte vara förstådd samt att inte få stöd från omgivningen. Desai et al. (2021) undersökte upplevelser av social inklusion och -exklusion i en population med psykisk ohälsa och fann att deltagarna upplevde ett starkt utanförskap från samhällsgemenskapen på grund av den psykiska ohälsan, vilket Desai et al. vidare kopplar till förekomst av social och strukturell stigma som inverkar på deltagarnas upplevelse av delaktighet och gemenskap i samhället. Hatzenbuehler (2016) och Corrigan et al. (2009) argumenterar på samma sätt att både negativa attityder och fördomar bland allmänheten och politiska beslut som har en negativ inverkan på stigmatiserade personers möjligheter att delta och engagera sig i samhället är en form av strukturell stigma.

Några informanter berättar om hur *Ekonomiska stödinsatser* kunde inverka på deras möjlighet att engagera sig i önskade aktiviteter och utsagor om denna förutsättning var uteslutande negativa till skillnad från alla de andra underkategorierna som informanterna berörde. Informanterna beskrev att insatserna orsakade en ansträngd ekonomi samt att de ingav en känsla av att inte delta i samhällsgemenskapen. Leufstadius et al. (2009) konstaterar att arbetsaktiviteter värderas högt i den svenska kulturen, vilket kan förklara informanternas upplevelse av utanförskap. Att informanterna inte nämnde några positiva aspekter kopplade till de ekonomiska stödinsatserna kan möjligtvis förklaras med att informanter som inte fick ekonomiska insatser eller var nöjda med dessa inte reflekterade över ekonomin, vilket relateras till Downward et al., (2020) som i en longitudinell studie kunde notera att personer med god hälsa och högt välbefinnande i lägre utsträckning är missnöjda med sin ekonomi.

Informanterna gav även exempel på hur deras aktivitetsengagemang främjades av att aktiviteter och miljö anpassades utefter deras behov, och kunde i dessa sammanhang även uttrycka positiva känslor av att känna sig kompetenta och upplevelser av delaktighet. Många gånger sammanträffade positiva beskrivningar av omgivningens kunskap och anpassade aktiviteter med tryggheten som beskrivs i temat, och detta kan relateras till De las Heras et al. (2020) som beskriver att personens aktivitetsengagemang påverkas genom en ständig interaktion mellan bland annat personens utförandekapacitet och aktivitetsmiljöns sociala och

fysiska utformning, och när dessa interagerar väl skapar detta positiva upplevelser hos personen.

### *Personlig inställning till självet med Psykisk ohälsa*

I vårt resultat blev det tydligt att informanterna dynamiskt skiftade i inställningen till den egna psykiska ohälsan och majoriteten av informanterna kunde vittna om ansträngningar att *försöka passa in och dölja den psykiska ohälsan* för omgivningen genom beteendereglering och strategier samtidigt som de uttryckte att det var viktigt att kunna *vara sig själv och vara öppen med den psykiska ohälsan*. Vissa informanter berättade att de undvek sammanhang och aktiviteter där den psykiska ohälsan upplevdes utgöra ett tabu och som tidigare konstaterats kan ett socialt undvikande beteende vara uttryck för självstigma. Corrigan et al. (2009) utvecklade även hur självstigma kan leda till nedsatt självförtroende och en upplevelse att inte vara värdig eller kapabel att utföra vissa aktiviteter. Som tidigare nämnt uttryckte flera informanter även att det upplevdes viktigt att få *vara öppen med den psykiska ohälsan* och en förutsättning för att informanterna skulle vilja öppna upp var att de upplevde en trygghet. Som vi diskuterar i temat spelar flera faktorer in i informanternas upplevelse av trygghet, bland annat behövde aktivitet och miljö överensstämma med informanternas behov och förutsättningar. Möjligtvis kan tryggheten vara uttryck för att informanternas självmedkänsla och -tillit främjas av att aktivitetsengagemang anpassas och möjliggörs, något som Crosskey och Curry (2011) belyser i sin studie.

Upplevelser av att inte vara kapabel eller ha förmåga att utföra vissa typer av aktiviteter påverkade naturligt informanternas upplevelse av engagemang i aktiviteter och informanterna kunde i några fall ge exempel på tidigare misslyckanden som lett till en minskad tilltro till den egna förmågan. Vissa informanter vittnade om hur de tenderade att jämföra sig själva och sitt utförande med personer utan psykisk ohälsa, något som ofta resulterade i en känsla av misslyckande och en *nedvärdering av den egna förmågan*. Leary et al. (2017) menar att personer med en låg grad av självmedkänsla tenderar att vara mer självkritiska och i Crosskey och Curry's (2011) översikt beskrivs bland annat hur låg grad av självmedkänsla kan leda till att personen underskattar egen kompetens och effektivitet samt att undvikande beteenden i oftare nyttjades av personer med låg självmedkänsla. Våra informanter beskrivningar av en negativ inställning till sin psykiska ohälsa kan alltså kopplas till både självstigma och låg självmedkänsla, med negativa följder på informanternas aktivitetsengagemang.

Informanterna kunde uttrycka en *tro på egen förmåga* i samband med att de fick nyttja sin kompetens i aktiviteter som de engagerade sig i och som några informanter angav

genererade positiva känslor av förbättrat mående och hopp om framtiden. Lee och Kielhofner (2020) menar att glädje upplevs när personer bland annat får möjlighet att använda sina färdigheter tillfredställande för att möta och lösa utmaningar och i enlighet med de viljekraftsprocesser som beskrivs i bakgrunden är positiva upplevelser viktigt för personens framtida aktivitetsengagemang.

Några informanter beskriver upplevelser av hur *diagnos och medicin hjälpt eller hindrat* deras aktivitetsengagemang, framför allt förekommer utsagor om att dessa har underlättat engagemang i olika aktiviteter. Samtidigt kunde vissa informanter uttrycka en ambivalens beträffande både medicin och diagnos där de uttrycker att dessa möjliggjort ett gott aktivitetsengagemang men att det trots detta i någon mån upplevdes negativt att ha diagnos och medicin. Corrigan (2004) konstaterar att självstigma kan inverka negativt på personers hjälpsökande beteende samt behandlingsföljsamhet, Uzer-Kremers et al. (2020) såg bland personer med schizofreni att deras behandlingsföljsamhet starkt kunde kopplas till deras grad av självmedkänsla. Möjligtvis kunde vissa informanter, trots internaliserade attityder kring psykofarmakologisk medicin, genom en förhöjd självmedkänsla ändå acceptera dessa mediciner. Till kontrast upplevde ett fåtal informanter en stark aversion beträffande medicinen de ordinerats, och Corrigan (2004) åter understryker att behandlingsföljsamheten utöver självstigma även framför allt påverkades negativt hos personer som inte trodde att psykiatrisk behandling var effektiv och verksam. Detta bekräftas av sammanhangen som de negativt inställda informanterna ger i samband med sina upplevelser av medicineringen. Eventuellt kan dessa informanter därtill ha en lägre grad av självmedkänsla, i linje med resonemanget som presenteras av Uzer-Kremers et al. (2020).

## **Metoddiskussion**

För att besvara syftet utfördes en kvalitativ intervjustudie med tvärsnittsdesign i enlighet med Henricson och Billhult (2012) som beskriver att detta med framgång kan nyttjas vid studier där personers levda erfarenhet av ett fenomen undersöks. Ett strategiskt urval valdes vid uppsökande och rekrytering av deltagare och ett Fontänhus användes som rekryteringsbas. Enligt Henricson och Billhult (2012) ökar en heterogen studiepopulation studiens överförbarhet, och då medlemskap i Fontänhuset inte baseras på diagnoser eller andra klassificeringar av psykisk ohälsa resonerade författarna att medlemmarna genom erfarenheter av olika former av psykisk ohälsa även skulle ha varierande upplevelser av fenomenet. Författarna formulerade inklusions- och exklusionskriterier som försäkrade att deltagare hade för studien relevanta erfarenheter samt utifrån etiska överväganden (Henricson & Billhult,

2012).

Författarna ämnade att rekrytera deltagare genom en tio minuter presentation av studien vid ett klubbhusmöte men behövde komplettera rekryteringen med ytterligare fem informella besök på Fontänhuset. Författarna fick hänvisningar till medlemmar som Fontänhusets handledare resonerade kunde vara intresserade av att delta och totalt åtta medlemmar rekryterades med en medelålder på 44 år varav två deltagare var män och resterande kvinnor. I enlighet med Henricson och Billhult (2012) varierade studiepopulationen i fråga om ålder och psykisk ohälsa, men samma variation kunde inte uppnås rörande könsfördelning, dock framhäver författarna att de inte kunde identifiera någon skillnad mellan informanternas upplevelser relaterade till just könstillhörighet. Intervjuerna utfördes enskilt av författarna och fördelades jämnt mellan dessa för att försäkra en bekväm intervjusituation (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjuerna var semistrukturerade och författarna utformade en intervjuguide dels som minnesstöd, dels för att försäkra ett liknande tillvägagångssätt (Ryan et al., 2009). Författarna strävade efter att använda ett inkluderande och lättillgängligt språk vilket Patel och Davidson (2019) understryker är viktigt för att intervjupersonen ska förstå frågorna korrekt. Krefting (1991) menar därtill att en genomtänkt förberedelse av intervjuer bidrar till trovärdighet i kvalitativa studier. Vid utformningen av guiden diskuterade författarna och handledaren hur begreppet Stigma i intervjuerna i sig skulle kunna upplevas stigmatiserande. Volkow et al. (2021) understryker att det är viktigt att ta hänsyn till ords implicita betydelse i forskningssammanhang som innefattar personer med psykisk ohälsa, och med grund i dessa diskussioner samt resonemanget som Volkow et al. för valdes de mindre laddade begreppen Attityder och Fördomar för att undersöka stigmas inverkan på aktivitetsengagemang och samtidigt minska risken att informanterna upplever frågorna stigmatiserande.

Efter två initiala intervjuer hållits konstaterade författarna att framför allt begreppet Attityder kunde feltolkas samt att intervjusituationen verkade hämmande för deltagarna. Patel och Davidson (2019) menar att den ovana forskaren kan gynnas av att utföra pilotintervjuer, något som författarna vidhåller hade kunnat bidra till ett mer konsekvent intervjuförfarande och därmed en högre trovärdighet och pålitlighet. Författarna valde att inleda resterande intervjuer med en kort beskrivning av egna erfarenheter av stigma för att förtydliga studiens syfte och definitionen av attityder. Patel och Davidson beskriver att detta tillvägagångssätt kan nyttjas i kvalitativa intervjuer för att berika intervjun samt förtydliga intervjupersonens uppfattning av undersökt fenomen, men trycker även på att tillvägagångssättet kan generera kvalitativa risker, framför allt för studiens pålitlighetsgrad. Författarna är medvetna om dessa

risker men framhäver att tillvägagångssättet bidrog till att skapa en förtrolighet och genererade rika beskrivningar av attityderna och fördomars påverkan på aktivitetsengagemang som enligt Krefting (1991) bidrar till studiens trovärdighet.

Patel och Davidson (2019) menar att en svårighet i studier med vissa sårbara grupper kan vara att forskaren ses som en företrädare för det officiella samhället. Vid ett rekryteringsbesök på Fontänhuset blev författarna varse om denna tendens av en medlem som ifrågasatte författarnas motiv och uttryckte tveksamhet att delta i studien med hänvisning till en misstro till samhällets insatser och stöd. Författarna kunde även i ett senare skede notera att informanter vittnade om att känsla av trygghet ofta upplevdes i sammanhang med andra personer med psykisk ohälsa, och som Patel och Davidson åter uttrycker är det viktigt att intervjuaren skapar förutsättningar för intervjupersonen att berätta fritt och ohämmat. Möjligtvis hade samma effekt kunnat uppnås utan att författarna delade med sig av egna erfarenheter kring stigma om fokusgrupper hade nyttjats som datainsamlingsmetod, och författarna ställer sig ödmjuka till att en ändring av studiens metod hade kunnat öka trovärdigheten, men framhäver att tidsmässiga och praktiska aspekter legat som hinder för detta.

En manifest innehållsanalys genomfördes och som beskrivet av Graneheim och Lundman (2004) identifierades tre huvudkategorier med tillhörande underkategorier i informanternas utsagor. Graneheim et al. (2017) menar att en risk med det induktiva förhållningssättet är att analysen baseras på forskarnas förförståelse och därav genererar ytliga och generella sammanfattningar av ett fenomen. Detta undveks genom att författarna till stor del bearbetade data gemensamt vid analysen samt delade datamaterialet sinsemellan vid separat analysarbete. Därtill diskuterades såväl framtagna koder, tema samt kategorier ingående med studiens handledare. Enligt Wallengren och Henricson (2012) kallas detta tillvägagångssätt triangulering och bidrar till studiens trovärdighet samt bekräftelsebarhet.

Författarna syftade till att utförligt beskriva informanternas upplevelser i resultatet samt förstärkte även beskrivningarna med att ge citat från intervjuerna som exempel. Krefting (1991) uttrycker att överförbarhet av studiens fynd till andra grupper säkras genom just deskriptiva data, och författarna menar att inte bara personer med psykisk ohälsa utan även andra grupper som riskerar att utsättas för stigmatisering kan dra nytta av denna studies fynd.

### **Implikationer för arbetsterapi**

Studiens resultat visade på att upplevelser av stigma har en komplex inverkan på hur studiens informanter kunde engagera sig i olika aktiviteter, och en dynamisk föränderlighet kunde

observeras inom såväl temat som underkategorierna på så sätt att de olika förutsättningarna kunde upplevas antingen positivt eller negativt beroende på framförallt den kontext som informanten befann sig i, med åtföljande effekter på hur informanterna upplevde sitt aktivitetsengagemang i relation till den psykiska ohälsan och omgivande personer.

Denna dynamik är inte unik sett till personer med psykisk ohälsa, exempelvis kunde Burns & Mahalik (2006) påvisa en liknande dynamisk föränderlighet i den psykiska hälsan hos män med prostatacancer beroende på deras upplevelse av sitt sociala nätverks inställning till sjukdomen samt personens grad av självtillit (self-reliance), och författarna resonerar att den aktuella studiens resultat kan vara överförbart till andra grupper som riskerar att utsättas för stigmatisering. För arbetsterapeuter samt andra professioner som möter stigmatiserade klienter innebär studiens fynd en ökad förståelse för hur klientens självuppfattning och engagemang i aktiviteter kan förändras över tid och i olika situationer. Därför bör bland annat arbetsterapeuter vara uppmärksamma på denna dynamiska föränderlighet och flexibelt justera sina strategier och interventioner för att stödja klienterna mer effektivt. Specifikt kan arbetsterapeuter behöva fokusera mer på att utveckla klientens förmåga att navigera i och anpassa sig till olika kontexter för att hantera och motverka upplevelser av stigma och självstigma.

## **Slutsats**

Vår studie visade att en *Upplevd osäkerhet eller trygghet påverkar aktivitetsengagemang* hos personer med psykisk ohälsa och att upplevelsen var dynamiskt föränderlig beroende på deltagarnas upplevelser av *personliga* och *yttre förutsättningar för aktivitetsengagemang* samt deltagarnas *Personlig inställning till självet med psykisk ohälsa*. Upplevd trygghet och positiva upplevelser av förutsättningar samt inställning till egna psykiska ohälsan främjade aktivitetsengagemang medan upplevd osäkerhet och negativa upplevelser av förutsättningar och den egna inställningen till psykiska ohälsan utgjorde hinder för deltagarnas engagemang i olika aktiviteter. För professioner som möter personer som riskerar att utsättas för stigmatisering är det av vikt att vara medveten om hur upplevelserna kan förändras dynamiskt beroende på i vilken kontext personen befinner sig för stunden. Ytterligare forskning behövs för att förstå denna dynamiska inverkan på aktivitetsengagemang för personer med psykisk ohälsa samt om självmedkänsla skulle kunna minska stigmas negativa påverkan på aktivitetsengagemang för denna grupp.



## Referenser

- Argentzell, E., Håkansson, C., & Eklund, M. (2012). Experience of meaning in everyday occupations among unemployed people with severe mental illness. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 19(1), 49–58. <https://doi.org/10.3109/11038128.2010.540038>
- Bejerholm, M., & Eklund, M. (2020). Vardagslivet. I Brunt, D. Bejerholm, U. Markström, U. & Hansson, L. (Red.), *Att leva med psykisk funktionsnedsättning: Livssituationer och effektiva vård- och stödinsatser* (3 uppl., s.171–180). Studentlitteratur.
- Borelius, M., Lindhardt, A., & Schalling, (2014). M. Help break the stigma against mental illness! *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(4), 225–226. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.910365>
- Brouwers, E. P. M. (2020) Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: position paper and future directions. *BMC Psychology*, 8, Artikel 36. 10.1186/s40359-020-00399-0
- Brunt, D. (2020). Socialt nätverk. I Brunt, D. Bejerholm, U. Markström, U. & Hansson, L. (Red.), *Att leva med psykisk funktionsnedsättning: Livssituationer och effektiva vård- och stödinsatser* (3 uppl., s.181–195). Studentlitteratur.
- Burns, S. M., & Mahalik, J. R. (2006). Physical health, self-reliance, and emotional moderators of the relationship between locus of control and mental health among men treated for prostate cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(6). 561-572. 10.1007/s10865-006-9076-1
- Chronister, J., Fitzgerald, S., & Chou, C. C. (2021). The meaning of social support for persons with serious mental illness: A family member perspective. *Rehabilitation psychology*, 66(1), 87–101. <https://doi.org/10.1037/rep0000369>
- Corrigan P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *The American psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry: official journal of the*

*World Psychiatric Association (WPA)*, 8(2), 75–81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>

Corrigan, P., & Matthews, A. (2003). Stigma and disclosure: Implications for coming out of the closet. *Journal of Mental Health*, 12(3), 235–248. <https://doi.org/10.1080/0963823031000118221>

Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Rüsch, N. (2012). How does stigma affect work in people with serious mental illnesses? *Psychiatric rehabilitation journal*, 35(5), 381–384. <https://doi.org/10.1037/h0094497>

Croft, B., Weaver, A., & Ostrow, L. (2021). Self-reliance and belonging: guest experiences of a peer respite. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 44(2), 124–131. <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000452>

Crist, P. H., Davis, C. G., & Coffin, P. S. (2000). The effects of employment and mental health status on the balance of work, play/leisure, self-care, and rest. *Occupational Therapy in Mental Health*, 15(1), 27–42. [https://doi.org/10.1300/J004v15n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J004v15n01_02)

Crosskey, L., & Curry, J. (2011). Self-compassion: conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15, 289–303. <https://doi.org/10.1037/a0025754>

De las Heras, C.-G., Fan, C.-W., & Kielhofner, G. (2020) Dimensioner av görande. I Taylor, R. (Red), *Kielhofners Model of human occupation: teori och tillämpning* (4 uppl., s. 145–162). Studentlitteratur.

Desai, M. U., Manning, R., Pavlo, A. J., Blackman, K., Ocasio, L., Crespo, M., & Flanagan, E. (2021). An "oasis within a desert," but the desert remains: clubhouse members' experiences of social belonging and societal oppression. *American Journal of Orthopsychiatry*, 91(2), 294–301. <https://doi.org/10.1037/ort0000539>

Downward, P., Rascuite, S., & Harish, K. (2020). Health, subjective financial situation and well-being: a longitudinal observational study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01456-3>

Eklund, M., Hansson, L., & Bejerholm, U. (2001). Relationships between satisfaction with occupational factors and health-related variables in schizophrenia outpatients. *Social*

*Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(2), 79–85.

<https://doi.org/10.1007/s001270050293>

Eklund, M. (2009). Work status, daily activities and quality of life among people with severe mental illness. *Quality of Life Research*, 18(2), 163–170. <https://doi.org/10.1007/s11136-008-9431-5>

Fisher, G., Parkinson, S., & Haglund, L. (2020) Miljön och människans aktivitet. I Taylor, R. (Red), *Kielhofners Model of human occupation: teori och tillämpning* (4 uppl., s. 127-144). Studentlitteratur.

Folkhälsomyndigheten. (9 september 2022a). *Statistik om psykisk hälsa*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/>

Folkhälsomyndigheten. (2 september 2022b). *Vad är psykisk hälsa?*

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/>

Foster, S. D., Elischberger, H. B., & Hill, E. D. (2018). Examining the link between socioeconomic status and mental illness prejudice: the role of knowledge about mental illness and empathy. *Stigma and Health*, 3(2). 139-151. <http://dx.doi.org/10.1037/sah0000084>

Goffman, E. (2020). *Stigma: den stämplades roll och identitet*. Studentlitteratur.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Graneheim, U. H., Lindgren, B. -M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: a discussion paper. *Nurse Education Today*, 56. 29-34.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Hansson, L., Stjernswärd, S., & Svensson, B. (2013). Perceived and anticipated discrimination in people with mental illness-An interview study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(2), 100–106. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.775339>

Hatzenbuehler, M. L. (2016). Structural stigma and health inequalities: research evidence and implications for psychological science. *The American psychologist*, 71(8), 742-751.

<https://doi.org/10.1037/amp0000068>

Headey, B. (2008). Life Goals Matter to Happiness: A Revision of Set-Point Theory. *Social Indicators Research*, 86(2), 213–231. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9138-y>

Henricsson, M & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (5 uppl., s. 129–137).

Studentlitteratur.

Hocking, C. (2019). Contribution of occupation to health and well-being. I B. A. B. & G. Gillen (Red.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (13 uppl., s. 113–123). Wolters Kluwer.

Jensen, S. B., Eplov, L. F., Mueser, K. T., & Petersen, K. S. (2021). Participants' lived experience of pursuing personal goals in the illness management and recovery program.

*International Journal of Social Psychiatry*, 67(4), 360-368.

<https://doi.org/10.1177/0020764020954471>

Krefting L. (1991). Rigor in qualitative research: the assessment of trustworthiness. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 45(3), 214–222. <https://doi.org/10.5014/ajot.45.3.214>

Krupa, T., Kirsh, B., Cockburn, L., & Gewurtz, R. (2009). Understanding the stigma of mental illness in employment. *Work*, 33, 413-425. <https://doi.org/10.3233/WOR-2009-0890>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3 uppl.).

Studentlitteratur.

Leary, M. R., Tate, E. B., Batts Allen, A., Adams, C. E., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887-904.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887>

Lee, J. E., Kahana, E., Kahana, B., & Zarit, S. (2022). The role of goal and meaning in life for older adults facing interpersonal stress. *Aging & Mental Health*, 26(1), 149–158.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1849020>

Lee, S. W., & Kielhofner, G. (2020) Viljekraft. I Taylor, R. (Red), *Kielhofners Model of human occupation: teori och tillämpning* (4 uppl., s. 65-86). Studentlitteratur.

Leufstadius, C., Eklund, M., & Erlandsson L-. K. (2009). Meaningfulness in work-experiences among employed individuals with persistent mental illness. *Work*, 34, 21–32.

<https://doi.org/10.3233/WOR-2009-0899>

Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96–112. <https://doi.org/10.2307/2095395>

Litwin, H. (2001). Social network type and morale in old age. *The Gerontologist*, 41(4), 516–524. <https://doi.org/10.1093/geront/41.4.516>

Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine* (1982), 71(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>

Medicinska forskningsrådet. (2000). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning: forskningsetisk policy och organisation i Sverige (MFR-rapport; 2)*.

Mirnezami, H. F., Jacobsson, L., & Edin-Liljegren, A. (2016). Changes in attitudes towards mental disorders and psychiatric treatment 1976–2014 in a Swedish population. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(1), 38–44. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1046916>

Patel, R. & Davidsson, B. (2019). *Forskningsmetodikens grunder - Att planera, genomföra och rapportera en undersökning* (5 uppl.). Studentlitteratur.

Pernice-Duca, F. & Onaga, E. (2009). Examining the contribution of social network support to the recovery process among clubhouse members. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12(1), 1–30. <https://doi.org/10.1080/15487760802615566>

Perry, B. L. (2011). The labeling paradox: stigma, the sick role, and social networks in mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(4), 460–477.

<https://doi.org/10.1177/0022146511408913>

Priebe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (5 uppl., s.31–50). Studentlitteratur.

Randolph, E.T. (1998). Social networks and schizophrenia. I K.T. Mueser & N. Tarrier (Red.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (s. 238–246). Allyn & Bacon.

Riving, C. (2012). Från fånighet till ADHD. Glimtar ur de psykiatriska diagnosernas historia. I K. Engwall & S. Larsson (Red.), *Utanförskapets historia - om funktionsnedsättning och funktionshinder* (s. 33–43). Studentlitteratur.

Sale, D. (2020). *Creative Teachers: Self-directed Learners*. Springer.

Ryan, F., Coughlan, M., & Cronin, P. (2009). Interviewing in qualitative research: the one-to-one interview. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16(6), 309-314.

<https://doi.org/10.12968/ijtr.2009.16.6.42433>

Socialstyrelsen. (2018). *Allmänhetens kunskaper om psykiska sjukdomar samt attityder till och avsikter för framtida beteenden gentemot personer med psykisk sjukdom* (Artikelnummer 2018-5-11). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-5-11.pdf>

Socialstyrelsen. (2020). *Begrepp inom området psykisk ohälsa*.

[https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/pm\\_begrepp-inom-omradet-psykisk-halsa.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/pm_begrepp-inom-omradet-psykisk-halsa.pdf)

Socialstyrelsen. (2021). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2021* (Artikelnummer 2021-3-7327).

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7327.pdf>

SOU 2006:100. *Ambition och ansvar. Nationella strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och*

funktionshinder. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2006/11/sou-2006100/>

Sveriges Fontänhus Riksförbund. (2023). *Internationella riktlinjer för fontänhus*. <http://www.sverigesfontanhus.se/riktlinjer/>

Trompeter, H. R., de Kleine, E., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive therapy and research*, 41(3), 459–468. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9774-0>

Uzer-Kremers, L., Bralet, M. -C., Angerville, B., Jeanblanc, J., Pierrefiche, O., Marinetti, M. P., Naassila, M., & Dervaux, A. (2020). Is self-compassion linked to treatment adherence in schizophrenia? *Schizophrenia Research*, 222, 493-495. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.058>

Volkow, N. D., Gordon, J. A., & Koob, G. F. (2021). Choosing appropriate language to reduce the stigma around mental illness and substance use disorders. *Neuropsychopharmacology*, 46(13), 2230–2232. <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01069-4>

Wallace, C. J., Tauber, R., & Wilde, J. (1999). Teaching fundamental workplace skills to persons with serious mental illness. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 50(9), 1147–1153. <https://doi.org/10.1176/ps.50.9.1147>

Wallengren, C. & Henricsson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (uppl. 5, s. 481-495). Studentlitteratur.

World Health Organization. (1 januari 2018). Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. WHO GUIDELINES. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275718/9789241550383-eng.pdf>

## Intervjuguide

Hej!

Presentera med namn,

Jag är en av två arbetsterapeutstudenter som är intresserade av att undersöka upplevelsen av hur attityder och fördomar runt psykisk ohälsa kan inverka på personers engagemang i olika typer av aktiviteter, och i så fall hur detta har skett/sett ut. Många tidigare studier har undersökt exempelvis förekomst av attityder och fördomar genom enkäter i allmänheten, men färre studier har undersökt den personliga erfarenheten och upplevelsen av hur attityder och fördomar inverkar på aktivitet. Därför har vi valt att genomföra intervjuer med personer med erfarenhet av psykisk ohälsa - era levda erfarenheter och upplevelser är ovärderliga....  
Innan vi kör igång intervjun ska jag gå igenom lite information kring studien och dina rättigheter.

Intervjun beräknas ta 45-60 minuter att genomföra. Jag kommer att ställa frågor till dig rörande erfarenheter av fördomar och attityder och om detta har påverkat dina aktiviteter vardag på något sätt.

Om du vill kan vi ta en paus under intervjun, och jag vill klargöra att du när som helst kan avbryta ditt deltagande i studien, även efter att vi sagt hej då lite senare.

- Vad känner du är viktiga aktiviteter att göra i -vardagen?
  - -livet?
- Känner du att du kan göra de aktiviteter du vill?
  - Jakande
    - Kan du ge exempel? Vad har främjat?
  - Nekande
    - Kan du ge exempel? Vad har hindrat?
- Vad är det som påverkar dina val av aktiviteter?
  - Känner du att något hindrar dig?
  - Vad underlättar ditt val av aktiviteter?
- Vad får dig att delta i aktiviteter med nya människor??
  - Hur känns det?
  - Kan du ge exempel?
- Har dina egna eller andras attityder påverkat dina val av aktiviteter?
  - Kan du ge något exempel?
  - Vilka sammanhang? Några särskilda?
- Hur tror du att dina tankar om dig själv påverkar ditt engagemang/deltagande i sociala aktiviteter?
  - Kan du utveckla?
- Har din erfarenhet av psykisk ohälsa påverkat ditt engagemang i aktiviteter som du tycker är viktiga?
  - Jakande - Vill du utveckla? Ge exempel?
  - Nekande - Är det något annat som påverkar ditt engagemang i aktivitet?
- Är det något som vi inte har tagit upp under intervjun som du skulle vilja tillägga?