

Beteckning: _____



Institutionen för pedagogik, didaktik och psykologi

KASAM- livsfrågeformulär som intervention vid psykisk ohälsa

Alexandra Isberg & Susanna Lidén
Januari 2009

C-uppsats, Pedagogik
15 hp

Hälsopedagogiska programmet
Handledare: Maud Söderlund
Examinator: Gunnar Cardell

Abstrakt

Isberg, A. & Lidén, S. (2008). *KASAM- livsfrågeformulär som intervention vid psykisk ohälsa*. Högskolan i Gävle; Institutionen för pedagogik, didaktik och psykologi.

Tidigare studier visar samband mellan KASAM, Känsla av sammanhang och människors upplevda hälsa. Då psykisk ohälsa tenderar att öka växer behovet av hälsofrämjande åtgärder. I och med detta ville vi studera om KASAM- livsfrågeformulär kunde användas som intervention vid psykisk ohälsa. Studien utgår ifrån en kvalitativ ansats för att få en djupare förståelse för hur deltagarna tänker och känner. Fyra deltagare med psykisk ohälsa har fyllt i KASAM- livsfrågeformulär samt intervjuats med syfte att undersöka om KASAM- livsfrågeformulär inneburit en förändrad förståelse för deltagarnas livssituation. Resultatet visar att deltagarna upplevde att KASAM- livsfrågeformulär inneburit nya reflektioner över sig själv och sin livssituation.

Nyckelord: Hälsofrämjande, KASAM, KASAM- livsfrågeformulär, psykisk ohälsa, salutogenes

Keywords: Health promotion, Sense of coherence, sense of coherence test (SOC), mental health problem, salutogenesis

Förord och författarnas tack

Vi vill främst tacka deltagarna i denna studie som gjort det möjligt för oss att genomföra studien. Tack även till verksamhetschefen på den psykologmottagning som undersökningen genomfördes på, utan dessa personers delaktighet har denna studie inte kunnat genomföras.

Vi riktar även ett tack till vår handledare Maud Söderlund som lotsat oss genom arbetets gång och kommit med nya idéer och infallsvinklar som varit till stor hjälp.

Gävle, januari 2009

Alexandra Isberg & Susanna Lidén

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	2
2. BAKGRUND	3
2.1. Definition av hälsa samt psykisk ohälsa	3
2.2. Folkhälsoläget psykisk ohälsa	4
2.3. Hälsöfrämjande arbete.....	5
2.3.1. Intervention	6
2.3.2. Empowerment	7
2.3.3. Motivation	8
2.5. Hälsoperspektiv patogenes och salutogenes	8
2.5.1. Det salutogena perspektivet vid psykisk ohälsa.....	10
2.6. KASAM, Känsla av sammanhang	11
2.6.1. Begriplighet.....	12
2.6.2. Hanterbarhet.....	13
2.6.3. Meningsfullhet	13
2.6.4. KASAM - livsfrågeformulär	14
3. PROBLEMFÖRMULERING och SYFTE.....	14
3.1. Problemformulering	15
3.2. Syfte	15
4. METOD	15
4.1. Ansats	15
4.2. Datainsamling.....	16
4.2.1. KASAM-livsfrågeformulär	16
4.2.2. Intervju	16
4.2.2.1. Intervjuguide	17
4.3. Undersökningsgrupp	17
4.4. Genomförande.....	18
4.5. Transkribering och analys av enkät och intervju	19
4.6. Reliabilitet och validitet	20
4.7. Etik	20
5. RESULTAT.....	21
5.1. Sammanställning av KASAM-livsfrågeformulär.....	22
5.2. Fråga 1. KASAM- livsfrågeformulär	22
5.3. Fråga 2. Begriplighet.....	23
5.4. Fråga 3. Hanterbarhet.....	24
5.5. Fråga 4. Meningsfullhet	24
6. DISKUSSION	25
6.1. Metoddiskussion.....	25
6.2. Resultatdiskussion.....	27
6.3. Konklusion	28
6.4. Framtida forskning	29
REFERENSLISTA.....	30

Bilaga 1. Informationsbrev **Bilaga 2.** KASAM- livsfrågeformulär **Bilaga 3.** Intervjuguide

1. INLEDNING

Då vi i vår framtida yrkesroll kommer att inrikta oss på hälsofrämjande arbete, vill vi i denna studie undersöka om KASAM- livsfrågeformulär kan användas som intervention vid psykisk ohälsa. Enligt Langeland, Riise, Harnestad, Nortvedt, Kristoffersen och Wahl (2005) är det få studier som har undersökt salutogena behandlingsmetoder vid psykisk ohälsa trots att den salutogena teorin ger en allmän förståelse för hur coping skapas.

Målsättningen med hälsofrämjande arbete är att stärka individens förmåga att fokusera på faktorer som individen själv kan ta kontroll över och som påverkar deras hälsa i positiv riktning (Ewles & Simnett, 2005). Då vår hypotes är att ”det man inte vet kan man inte förändra”, tänker vi att KASAM- livsfrågeformulär kan hjälpa till att kartlägga och belysa individens begriplighet, hanterbarheten samt meningsfullheten i livet. Kan detta då leda till en förändrad förståelse över individens livssituation, och i så fall leder det till motivation mot förändring och en bättre psykisk hälsa? För att söka svar på detta vände vi oss till fyra deltagare med psykisk ohälsa som samtliga ingår i en rehabiliteringsgrupp vid en öppen psykologmottagning. Samtliga deltagare besvarade KASAM- livsfrågeformulär följt av en intervju.

2. BAKGRUND

Under denna rubrik följer en presentation av begrepp och definitioner som kommer att innefattas i uppsatsen. Dessa är; hälsa och psykisk ohälsa, folkhälsoläget psykisk ohälsa, hälsofrämjande arbete, intervention, empowerment, motivation, hälsoperspektiv patogener och salutogener samt KASAM - känsla av sammanhang.

2.1. Definition av hälsa samt psykisk ohälsa

Begreppet hälsa används i många olika sammanhang och definitionerna varierar. Definitionen av hälsa verkar ha samband med värderingar samt kulturmönster och tenderar att förändras genom trender och tider (Ewles & Simnett, 2005).

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar år 1948 hälsa som "ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte enbart frånvaro av sjukdom och svaghet". (Ewles & Simnett, 2005, s. 19)

Definitionen har sedan dess utvecklats, kritiserats och ifrågasatts. Idag har WHO urskilt speciella aspekter på hälsa, de rekommenderar:

"... att hälsa betraktas som den grad i vilken individer eller grupper är kapabla att, å ena sidan, förverkliga sina mål och tillfredsställa sina behov och, å andra sidan, förändra eller hantera sin omgivning. Hälsa ska således betraktas som en resurs i det dagliga livet, inte som livets mål; det är ett positivt begrepp som betonar sociala och personliga resurser såväl som fysisk kapacitet." (Ewles & Simnett, 2005, s. 21)

Med psykisk ohälsa avser Socialstyrelsen allt från psykiska sjukdomar till psykiska besvär, så som oro, ångest och sömnproblem som vållar personligt lidande men inte alltid behöver vara en psykiatrisk diagnos. Enligt Folkhälsorapporten 2005 beräknas att mellan 20-40% av Sveriges befolkning lida av någon form av psykisk ohälsa, framförallt gäller det då ohälsa som ger sig till uttryck genom oro, ångest samt depression av olika grad. Depression definieras enligt Nationalencyklopedin (2009-01-16) som *nedstämdhet, sänkt grundstämning*. Gustavsson (2004) beskriver att när nedstämdhet, oro eller sorg håller i sig under en längre period och inte står i proportion till omständigheterna, kan det röra sig om en depression. Vidare beskriver Gustavsson (2004) att de flesta svåra depressioner uppkommer på grund av

olika orsakssamband och de är endast när dessa finns där tillsammans i en viss kombination som individen drabbas av depression. Dessa utlösande faktorer kan till en viss del vara genetiskt betingade men även psykologiska såväl som rent biokemiska system i hjärnan påverkar individens benägenhet att drabbas av depression. I vissa fall hittas inga yttre utlösande faktorer, alltså kan depression uppkomma utan egentlig förklaring (ibid.).

Förhållandet ”hälsa/sjukdom” är inte något statiskt utan ses utifrån en förändringsprocess då man aldrig är helt sjuk eller helt frisk. Mellan dessa poler är man ständigt i rörelse antingen i hälsosamma processer som vidmakthåller liv eller i sjukdomsfrämjande processer som bryter ner kroppen och i sitt yttersta leder till döden (Rydén & Stenström, 2008).

I Folkhälsorapporten 2005 undersöktes hur människor uppfattar begreppet hälsa och några exempel de uppgivit är:

- *”Hälsa är förmågan att uppnå vitala mål i livet.*
- *Hälsa är en upplevelse av välbefinnande*
- *Hälsa är en upplevelse av mening i sitt liv*
- *Hälsa är att inte ha en sjukdom”*

(Folkhälsorapporten, 2005, s.27. Socialstyrelsen, 2008-10-27)

2.2. Folkhälsoläget psykisk ohälsa

Utbredningen av ohälsa bland befolkningen beräknas som omfattande och tenderar att öka. Denna trend kostar samhället idag cirka 50 miljarder kronor i form av sjukvård, sjukskrivningar, sjukersättningar samt produktions bortfall (Socialstyrelsen, 2008-10-27). I och med det ökade antalet människor som lever med psykisk ohälsa i dagens samhälle, behövs ett större fokus på coping och det hälsofrämjande perspektivet (Langeland, Riise, Hanestad, Nortvedt, Kristoffersen & Wahl, 2005).

I en svensk studie utförd av Nilsson, Holmgren och Westman (2000) studeras KASAM¹ och dess relation till den upplevda hälsan, olika stadier av sjukdomar och olika psykosociala faktorer i en populations- baserad studie. Studien innefattar 837 män och 882 kvinnor i

¹Begreppet KASAM är en förkortning av Känsla av sammanhang. För definition samt vidare beskrivning se punkt 2.6.

Norrbottnen och Västerbottnen i Sverige. Det totala antalet är indelat i tre referensgrupper; långvariga magproblem, identifierade sjukdomar (stroke, diabetes, hjärtinfarkt och) och ingen rapporterad sjukdom(Nilsson, Holmgren, Westman, 2000).

Resultatet visar på ett samband mellan låg KASAM och en svag upplevd hälsa samt lågt socialt stöd och lågt emotionellt stöd på populations nivå. I jämförelse av personer med magproblem och de utan sjukdom, eller med etablerad sjukdom, finns ett liknande samband mellan låg KASAM i alla skikt för både män och kvinnor. Konceptet av KASAM introducerar en ny dimension för att mäta upplevd hälsa och sjukdom (Nilsson et al.2000).

2.3. Hälsöfrämjande arbete

En av innovationerna inom Folkhälsovetenskapen i slutet av 1900-talet var det Hälsöfrämjande perspektivet. Det handlade om att fokusera på att mobilisera och utveckla populationens hälsöresurser och på så sätt stärka dem att leva ett bra liv. Principerna av Hälsöfrämjande sattes i Ottawa Charter 1986. Hjärtat i processen var respekten för mänskliga rättigheter och att se människor som aktivt deltagande subjekt (Lindström & Eriksson, 2006). Hälsöfrämjande arbete är ett förhållningssätt där man genom teoretiska och praktiska metoder försöker förbättra människors möjligheter att utveckla egna kunskaper, värderingar och handlingsmönster (Svederberg, Svensson & Kindeberg, 2001). Inom hälsöfrämjande arbete jobbar man för att individen själv, genom förståelse och eget kunnande skall fatta välgrundade val, inte minst när det gäller sitt eget välbefinnande och livsstil (ibid.).

Hälsöfrämjande arbete handlar om att förbättra hälsan för enskilda personer såväl som för grupper och syftar till att uppmuntra, förespråka, stötta samt att prioritera hälsa. Faktorer som påverkar människan starkt utgörs av sociala, ekonomiska och miljörelaterade faktorer vilka ofta ligger utanför människans kontroll(Ewles & Simnett, 2005). En primär målsättning för hälsöfrämjande arbete är därför att stärka individens förmåga att fokusera på de faktorer som individen faktiskt kan ta kontroll över och som påverkar deras hälsa i positiv riktning. De två komponenterna, att stödja individens i att förbättra sin hälsa samt att få bättre kontroll över sin hälsa är det centrala i det hälsöfrämjande arbetets mål och metoder (ibid.).

Det finns olika former av hälsöfrämjande arbete, primär, sekundär samt tertiärt arbete;

- De primära vänder sig till friska individer och har som mål att förebygga uppkomst av sjukdom.
- Sekundärt arbete vänder sig till redan "sjuka" individer och har som syfte att förebygga långvarig "sjukdom", att ge information om individens hälsosituation samt informera om hur individen kan förbättra sin "hälsostatus".
- Tertiärt hälsoarbete vänder sig till individer som lider av kronisk sjukdom eller fysiskt handikapp. Syftet är att informera den "sjuke" och dess anhöriga om hur de kan utnyttja de återstående hälsomässiga resurserna samt hur de kan låta bli onödiga belastningar, begränsningar och komplikationer (Ewles & Simnett, 2005).

I Forskningsrådsnämndens rapport (1998:9) berättar de att idag riktar sig en stor del av folkhälsoarbetet mot ett mer hälsofrämjande tänkande, att skapa förutsättningar för att kunna röra sig mot en ökad och förbättrad hälsa på individ-, grupp- och samhällsnivå. Framtidens folkhälsoarbete kommer sannolikt att rikta sig mot att stärka individer (empowerment), och på så vis förskjutas från de professionella. På så sätt skapa solidariska individualister, människor med en stark identitet och en god känsla för solidaritet i ett större sammanhang (ibid.).

Hälsofrämjande arbete går ut på att man inriktar sig på faktorer som ökar hälsa så kallade friskfaktorer (Winroth, 2008). Dessa faktorer kan vara individuella eller strukturella och ofta innefattar de samverkan mellan livsvillkoren den omgivande miljö samt individen. Vidare beskrivs två primära utgångspunkter för hälsoarbete, en av dem har sitt utgångsläge i begreppet hälsa och ett har utgångsläget i begreppet ohälsa. Detta är det som i Antonovskys¹ terminologi är ett salutogent respektive patogent synsätt. De två perspektiven anses lika betydelsefulla men de kräver olika tillämpningar när det gäller att antingen minska ohälsa eller att förbättra hälsa (ibid.).

2.3.1. Intervention

Genom hälsofrämjande interventioner ger man individer, grupper och organisationer en möjlighet att "få kontrollen över sin egen hälsa" (Naidoo & Willis, 2007). Intervention definieras på följande sätt i Nationalencyklopedin;

"inom medicinen vetenskapligt samlingsbegrepp som omfattar förebyggande eller behandlade åtgärder." (Nationalencyklopedin, 2008-12-05)

¹ Aaron Antonovsky, se information under punkt 2.5.

WHO:s första hälsokonferens hölls 1986 i Ottawa, under den konferensen framställdes en strategi för att förbättra hälsan för befolkningen. Hela dokumentet utformade ett nytt sätt att tänka, där beskrivs hälsofrämjande som *”Den process som ger människor möjlighet att öka kontrollen över den egna hälsa och förbättra den”*. Detta betydde att *”skapa stödjande miljöer att stödja, hjälpa och uppmuntra”* mot en hälsosammare livsstil (WHO, 2008-12-10).

Tidigare förknippades hälsa endast med traditionell samhällsmedicin men idag sammankopplas det i stor utsträckning med alla verksamheter som rör hälso- sjukvård, utbildningsverksamheter, socialtjänst, miljöskydd samt all form av folkhälsoarbete. Alla former av interventioner som grundar sig på teorier om vad som påverkar människan och som kan vara effektiva i att förbättra dennes hälsa, ses som hälsofrämjande arbete. En teori som idag har blivit allmänt accepterad är beteendeförändring, utifrån det har hälsofrämjande interventioner utvecklats med en grundsyn att människan själv bär ansvaret för sin egen hälsa, empowerment (Naidoo & Willis, 2007).

2.3.2. Empowerment

Kostenius och Lindqvist (2006) beskriver empowerment som en form av hjälp till självhjälp, att stärka individens kontroll över sig själv och väcka medvetenhet. Desto högre egenmakt individen har desto större möjlighet har denne till att påverka sitt egna liv. Empowerment handlar om att få människan att komma med egna lösningar och *”göra jobbet”* själv, *”Det är alltså bättre att lära någon fiska än att ge dem fisk.”* (Kostenius & Lindqvist, 2006, s. 78)

Enligt Langeland, Riise, Hanestad, Nortvedt, Kristoffersen och Wahl (2005) har det ur ett tillfrisknande perspektiv, den traditionella terapin, där känslor kopplade till tidigare livshändelser, diagnos och medicinering fått en allt för stor uppmärksamhet och för lite fokus har legat på framtida möjligheter kopplat till en persons coping resurser. Nya koncept och filosofier, bland annat empowerment och salutogenesis, har framkommit i sökandet efter ett komplement till den traditionella terapin (ibid.).

2.3.3. Motivation

Ewles och Simnett (2005) beskriver motivation som något som kommer och går under period utav tid och individen påverkas ständigt av olika yttre och inre skäl. Vad det är som avgör om individen lyckas upprätthålla en beteendeförändring tenderar att förhålla sig till i hur stor utsträckning beteendets angelägenhetsgrad är, samt hur mycket individen själv tror på sin egen kapacitet att genomföra beteendeförändringen (ibid.).

Vidare menar Ewles och Simnett (2005) att som Hälsoarbetare är det lätt att hamna i den fällan att vi förutsätter att personen vill förändra sitt beteende av hälsosamma skäl, vilket inte alltid är fallet. Förändringen kanske måste börja med att stärka individens självkänsla och förmåga för att i ett senare skede kunna göra själva livsstilsförändringen (ibid.). Det viktigaste elementet för en individs motivation att förändras, är deras förväntning att den handlingsinsats de gör kommer att leda till det önskade resultatet. Den tron på dem själva är avgörande för det första beslutet att börja arbeta på deras problem (Langeland, Wahl, Kristoffersen & Hanestad, 2007).

2.5. Hälsoperspektiv patogenes och salutogenes

En person som kom att ha ett stort inflytande med sin salutogenetiska teori i hälsofrämjande arbete är Aaron Antonovsky. Efter det att Antonovsky utfört en undersökning och analyserat resultatet av hur israeliska kvinnor i olika etniska grupper anpassar sig till klimakteriet, kom hans arbete att få en ny riktning år 1970. I en jämförelse av den psykiska hälsan mellan en grupp Europeiska kvinnor som överlevt vistelsen i koncentrationsläger med en kontrollgrupp, visade sig att 29 % av de överlevande hade en allmänt god psykisk och fysisk hälsa och i kontrollgruppen var det 51 %. Att ett så stort antal som 29 % bedöms vara vid tillfredställande psykisk och fysisk hälsa, trots att det genomlevt krig och flykt, fick Antonovsky att börja formulera den salutogenetiska modellen. Den kom senare att publiceras i *Health, Stress, and Coping* 1979 (Antonovsky, 2003).

Antonovskys (2003) utgångspunkt grundar sig på forskningsresultat som visade på att cirka en tredjedel av befolkningen i det moderna industrisamhället präglas av något sjukligt, alltså att de befinner sig i ett patologiskt tillstånd. Utifrån ett patologiskt synsätt söker man förståelse och förklaringar till vad det är som gör människor sjuka och varför, med en bristande kunskap i hur en individ upplever, handskas och värderar sin sjukdom (ibid.). Inom

den moderna sjukvården utgår man från ett patologiskt perspektiv, där man har en bred kunskap om medicinsk behandling och diagnostisering av sjukdomar (Forskningsrådsnämnden, 1998:9). I motsats till detta så intresserar sig Antonovsky för vad det är som gör att människor bibehåller sin hälsa trots att det utsätts för livets alla stressorer. Vilka faktorer är det som gör att människor hanterar dessa stressorer utan att drabbas av ohälsa? Dessa frågor är grunden i det salutogenetiska synsättet, och är vad den salutogenetiska modellen söker förklara (Antonovsky, 2003).

Stressorer innebär ett spänningstillstånd som vi måste hantera på något sätt. Hur vi hanterar spänning och stressorer i livet är enligt Antonovsky (2003) beroende av vilka generella motståndsresurser (GMR) vi har. Exempel på generella motståndsresurser är kulturell stabilitet, jag - styrka, god ekonomi och socialt stöd. Dessa motståndsresurser hjälper oss att göra stressorerna mer begripliga och hanterbara. Återkommande stressorer aktiverar våra generella motståndsresurser, och på så sätt skapas livserfarenhet och gör situationen mer förutsägbar och begriplig. Detta blir avgörande för om resultatet av stressorerna kommer att leda till sjukdom, hälsa eller något där emellan (Antonovsky, 2003, 2005).

För att ytterligare förtydliga hur *salutogen* samt *patogenes* kan definieras följer här definitionen från Nationalencyklopedin;

”Salutogen; hälsofrämjande, om omständigheter som bidrar till att personer är vid god hälsa trots att de har varit eller är utsatta för avsevärda och potentiellt sjukdomsframkallande biologiska eller psykosociala stressorer.” (Nationalencyklopedin, 2008-10-29)

”Patogenes; den serie av förändringar, som genom inverkan av en eller flera sjukdomsframkallande faktorer (kända eller okända) leder till de slutliga sjukdomsyttningarna.” (Nationalencyklopedin, 2008-10-29)

Likt WHO:s definition fokuserar salutogenes på hälsans ursprung och ses som en resurs för individen (Antonovsky, 2005). Antonovsky (1979, 2005) ser hälsa som ett kontinuum som sträcker sig mellan ytterligheterna total hälsa och total ohälsa, och att vi är i ständig rörelse mellan dessa två poler under hela vårt liv. I och med det så anser han att vi alltid befinner oss i någon grad eller form av hälsa, även vid svår sjukdom. *”Det salutogenetiska synsättet får oss att i stället tänka i termer av faktorer som befrämjar en rörelse mot den friska polen på*

kontinuet (Antonovsky, 2005, s.31). Inom stressforskningen har man en längre tid intresserat sig för copingstrategier snarare än stressorer, vilket går i den salutogenetiska andan (Antonovsky, 2005).

Forskningsrådsnämnden (1998: 9) menar att genom en ökad kunskap om vad det är som gör att vissa individer tycks kunna påverka sin hälsa mot den positiva polen på kontinuumet, skulle kunna hjälpa till att minska lidandet hos andra människor.

Det salutogena perspektivet fokuserar på tre aspekter;

- Problemlösning
- Hitta generella motståndsresurser, som hjälper individen att röra sig mot positiv hälsa
- Att identifiera en känsla av sammanhang, vilket är en global och genomgripande känsla i individer, grupper och populationer (Lindström & Eriksson, 2006).

Langeland, Riise, Hanestad, Nortvedt, Kristoffersen och Wahl (2005) hävdar att fastän den salutogena teorin ger en allmän förståelse för hur coping skapas, har inte detta teoretiska perspektiv blivit tillräckligt utforskat inom området psykisk ohälsa. Det finns få empiriska bevis för behandlingsmetoder skapade utifrån det salutogena perspektivet. Evidensbaserade program för att öka coping inom detta område är därför mycket viktig (ibid.).

2.5.1. Det salutogena perspektivet vid psykisk ohälsa

En studie av Langeland, Riise, Hanestad, Nortvedt, Kristoffersen och Wahl (2005) visar att samtalsterapi- grupper som baseras på salutogena behandlingsprinciper resulterade i signifikant förbättring av coping bland personer med mentala hälsoproblem. 69 % av dem som ingick i behandlingen höjde sitt KASAM-värde. Studien påvisade en signifikant förändring av poängen till ett högre värde i hanterbarhet och detta kan indikera att den dynamiska processen av att KASAM börjar med förändring av hanterbarheten, som i sin tur leder till en förbättring av de andra två komponenterna i långa loppet. Detta kan tolkas på det sättet att individen har lärt sig att använda de tillgängliga resurser som finns, även fast att de är på en låg nivå. Antalet deltagare i studien var 116 stycken, varav 70 % kvinnor. Effekten av behandlingen visade dock ingen skillnad i kön (Langeland et al., 2005). Enligt Langeland et al.(2005) har inga tidigare studier undersökt effekterna av salutogena behandlings principer av coping bland människor med psykisk ohälsa.

I en senare studie refererar Langeland, Wahl, Kristoffersen & Hanestad (2007) till Bengel, Strittmatter och Willmann (1999), som framhåller att utvecklingen av salutoga terapiformer och interventionsprogram är av stor vikt för den framtida utvecklingen av salutogenes inom den tillfrisknande processen. Vidare hävdar Langeland et al. (2007) att det är väsentligt att fokusera på det som fungerar bra i en individs liv, att fokusera på de positiva erfarenheterna i motsats till de negativa, och att dra ut den optimistiska potentialen från en problemfokuserad berättelse. En person kan bli hjälpt av att lösningsfokuserade frågor ställs istället. Det är även av stor vikt att lyssna till den individuella berättelsen, för endast i svaren av hans eller hennes livssituation kan resurserna finnas som bidrar till tillfrisknande (ibid.).

2.6. KASAM, Känsla av sammanhang

När vi möter på stressorer i livet som innebär en ökad spänning, måste dessa hanteras på något sätt, menar Antonovsky (2003). Hur vi kommer att hantera detta är beroende av vilka generella motståndsresurser som finns. Antonovsky studerar frågan vad det är som skapar hälsa. Hans svar på det formulerades utifrån de generella motståndsresurser som finns och som har betydelse för hälsan i termer av KASAM och generella motståndsresurser. Hur vi ser på världen påverkar vår förmåga att hantera spänningar och stressorer (ibid.).

Antonovsky hävdar att KASAM är ett universellt begrepp som kan appliceras på alla kulturer. Empiriska studier visar på att detta stämmer (Lindström & Eriksson, 2006). I en norsk studie utförd av Langeland, Wahl, Kristoffersen, Nortvedt och Hanestad (2007) undersöktes om känslan av sammanhang har någon betydelse för människor med mentala hälsoproblem. Undersökningen innefattades bland annat av KASAM-testet som mätinstrument. Av totalt 136 tillfrågade fullföljde 92 personer studien. Resultatet visar att människors livstillfredsställelse ökar genom förbättrad KASAM. Studien innefattas av en 1-årig uppföljning som även den visar på samma resultat. Denna studie visar på att människor med en hög känsla av sammanhang känner en större livstillfredsställelse medan människor med lägre KASAM känner en lägre livstillfredsställelse (Langeland et al. 2007).

Ett begrepp i det salutoga tänkandet som har stor betydelse för en individs motivation är känsla av sammanhang, KASAM (Försäkringskassan, 2008-12-05). Begreppet KASAM

utvecklades utifrån Antonovskys generella motståndsresurser och definieras av Antonovsky (2003) på följande sätt;

”... en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomgripande och varaktig men dynamisk tillit till att ens inre och yttre värld är förutsägbar, och att det finns en hög sannolikhet för att saker och ting kommer att gå så bra som man rimligen kan förvänta sig.” (Antonovsky, 2003, s.13.)

KASAM anser Antonovsky vara en mycket viktig faktor till vilket position på kontinuumet hälsa - ohälsa en individ har, och för rörelse mot den friska polen (Antonovsky, 2005).

”Känsla av sammanhang”, ger människor ett perspektiv på sin tillvaro som gör att de framgångsrikt kan bemästra komplexa och många stressorer som vi möter i livet.” (Forskningsrådsnämnden, 1998:9)

Antonovsky hävdar att KASAM utvecklas gradvis beroende av erfarenheter från barndomen fram till strax efter 30-års ålder, då den stabiliserar sig. Då det inte finns några empiriska bevis, är det endast hans hypotes (Langeland, Riise, Hanestad, Nortvedt, Kristoffersen, & Wahl, 2005). Resultatet från en studie utförd av Langeland et.al.(2005), visar att KASAM kan förbättras genom terapi.

Begreppet KASAM innefattas av tre delkomponenter; begriplighet hanterbarhet, meningsfullhet, och med det utgör en helhet av begreppet. Antonovsky hävdar att dessa tre komponenter är *”ouplösligt sammanflätade”* med varandra (Antonovsky, 2005, s.123).

2.6.1. Begriplighet

Denna grundkomponent i KASAM-begreppet är enligt Antonovsky kärnan i den ursprungliga definitionen och han definierar det på följande sätt;

”Begriplighet syftar på i vilken utsträckning man upplever inre och yttre stimuli som förnuftsmässigt gripbara, som information som är ordnad, sammanhängande, strukturerad och tydlig snarare än som brus – dvs kaotisk, oordnad, slumpmässig, oväntad, oförklarlig.” (Antonovsky, 2005, s.44)

När en individ med hög känsla av begriplighet möter på överraskningar och oförutsedda händelser försöker den ordna och förklara dessa för sig själv. Detta trots att de kan vara obehagliga och oönskade händelser, så som krig, dödsfall eller misslyckanden. En individ med en hög känsla av begriplighet ser framtiden som förutsägbar och begripbar (Antonovsky, 2005).

2.6.2. Hanterbarhet

Komponenten hanterbarhet handlar om att se livets händelseförlopp som erfarenheter samt att anse sig ha kapacitet att möta utmaningar i livet. Antonovskys formella definition av hanterbarhet lyder;

”som den grad till vilken man upplever att de står resurser till ens förfogande, med hjälp av vilka man kan möta de krav som ställs av de stimuli som man bombarderas av” (Antonovsky, 2005, s.45).

Vid en svag känsla av hanterbarhet kan man gärna se sig som en olycksfågeln, ett offer för omständigheterna med en väldigt liten möjlighet att påverka sitt liv eller situation. I motsats till detta anses personer med en stark känsla av hanterbarhet uppleva livets skeenden som erfarenheter och utmaningar. Med *”resurser som står till ens förfogande”* menar Antonovsky (2005) de resurser man själv har kontroll över samt resurser som exempelvis familj, vänner, kollegor, samhället eller tron på en högre makt (Antonovsky, 2005).

2.6.3. Meningsfullhet

Den sista av de tre komponenterna i KASAM - begreppet är meningsfullhet. Detta betraktar Antonovsky som begreppets motivationskomponent och som den viktigaste av de tre. Att uppfatta områden i livet som viktiga och engagerande och värda att investera känslomässigt engagemang i tyder på stark känsla av meningsfullhet. Antonovsky (2005) definierar begreppet på följande sätt;

”i vilken utsträckning man känner att livet har en känslomässig innebörd, att åtminstone en del av de problem och krav som livet ställer en inför är värda att investera energi i, är värda

engagemang och hängivelse, är utmaningar att "välkomna" snarare än bördor som man mycket hellre vore förutan". (Antonovsky, 2005, s.46)

Det är dock relevant att belysa att om en individ med ett högt värde på meningsfullhet mister en närstående, avskedas eller genomgår en allvarlig operation också kan uppleva sorg och förtvivlan. Det som kan skilja en person med högt värde mot en med lågt är att den söker mening i det som händer och konfronterar utmaningen, för att på så sätt klara sig igenom den (Antonovsky, 2005).

2.6.4. KASAM - livsfrågeformulär

Antonovsky (1979, 2005) utvecklade konceptet KASAM för att söka svar på frågan varför vissa människor, trots motgångar och svårigheter rör sig mot den positiva polen i kontinuumet hälsa – ohälsa. För att kunna svara på detta konstruerade Antonovsky ett frågeformulär i form av en självskattningsskala, som efter en lång process slutligen ledde fram till ett formulär innefattandes av 29 stycken frågor. Frågeformuläret kom att kallas för livsfrågeformuläret och Orientation of Life Questionnaire eller Sense of Coherens-scale (SoC) på engelska (Antonovsky, 2005).

11 frågor handlade om begriplighet, 10 om hanterbarhet och 8 om meningsfullhet. Frågorna skattas på en sjugradig skala, och 13 av frågorna räknas i omvänd riktning (1 = 7 osv.). Endast ett alternativ per fråga får markeras. Frågorna som summeras har en spännvidd mellan 29-203 poäng, där 29 ses som låg KASAM-poäng och 203 som hög. Ett generellt genomsnitt ligger på 140-poäng, över 160-poäng skattas som ett starkt KASAM och under 120-poäng som ett svagt KASAM (Antonovsky, 2005). *Se bilaga 2. KASAM- livsfrågeformulär 2.(doublepeak.net, 2008-12-28)*

3. PROBLEMFÖRMULERING och SYFTE

Nedan följer en presentation av problemformuleringen som ligger till grund för studien samt syftet med studien.

3.1. Problemformulering

Rapporter visar att psykisk ohälsa tenderar att öka bland befolkningen. I takt med det växer även behovet av hälsofrämjande åtgärder. Målsättningen med hälsofrämjande arbete är att stärka individens förmåga att fokusera på faktorer som individen kan ta kontroll över och som påverkar deras hälsa i positiv riktning (Ewles & Simnett, 2005). Tidigare studier visar tydliga samband mellan människors KASAM och deras upplevda hälsa. Trots detta finns endast ett fåtal studier som studerat effekten av salutogena behandlingsmetoder. Då vi i vår framtida yrkesroll kommer att arbeta med hälsofrämjande arbete, vill vi undersöka om KASAM-livsfrågeformulär kan användas vid en intervention med ett salutogent perspektiv.

3.2. Syfte

Studien syftar till att undersöka om människor med psykisk ohälsa kan få en förändrad förståelse för sin livssituation genom KASAM-livsfrågeformulär samt om det kan innebära motivation mot förändring.

- Ger KASAM-livsfrågeformulär en förändrad förståelse över sin livssituation för människor med psykisk ohälsa?
- Leder det till motivation mot förändring?

4. METOD

Under denna rubrik presenteras studiens valda ansats, datainsamlingsmetod samt genomförande. För att förtydliga tillvägagångssättet i studien delas de olika avsnitten in i underrubriker, med syfte att beskriva genomförandet av studien på ett detaljerat sätt. Även studiens tillförlitlighet och etiska aspekter presenteras och diskuteras.

4.1. Ansats

Studien utgår från en kvalitativ ansats, men innefattas både en kvantitativ och kvalitativ metod, för att kunna uppnå studiens syfte. Den kvalitativa intervjun utgår från svaren från KASAM-livsfrågeformulär som först besvaras av undersökningspersonerna och sedan sammanställs. KASAM-formuläret och sammanställningen av det är den kvantitativa metoden. Den kvantitativa metoden innefattas av statistiska mätmetoder, formalitet och

struktur (Holme & Solvang, 1991). Den kvalitativa metoden karakteriseras av närhet till den källan varifrån informationen hämtas. Metoden syftar till att ge en djupare förståelse för problemet samt att beskriva helheten i ett sammanhang (Holme & Solvang, 1991). Vid studien valde vi att använda oss av kvalitativ intervju, då undersökningssituationen liknade ett vanligt samtal i en vardaglig situation. I och med detta utövar forskaren en minimal styrning av undersökningssituationen, då strävan är att inte påverka samtalets utveckling (ibid.).

4.2. Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes på två sätt, dels genom KASAM- livsfrågeformulär samt intervju. Deltagarna svarade på KASAM- livsfrågeformulärets 29 frågor tillsammans med en av forskarna, som sedan sammanställdes och delades in i kategorierna total KASAM- poäng, begriplighet, hanterbarhet samt meningsfullhet. Sedan intervjuades varje deltagare med syfte att undersöka om KASAM- livsfrågeformuläret inneburit en förändrad förståelse för dess livssituation.

4.2.1. KASAM-livsfrågeformulär

Den kvantitativa datainsamlingsmetoden i denna studie består av KASAM- livsfrågeformulär, (bilaga 2). Formuläret är ett strukturerat frågeformulär med standardiserade frågor som besvaras med hjälp av en självskattningsskala som sträcker sig mellan 1-7. Fördelarna med att använda sig av ett strukturerat frågeformulär är tydligheten i svaren samt att det är enkelt att räkna samman resultatet, vilket leder till kvantitativ data som sedan kan analyseras (Bowling, 2002). För beskrivning av KASAM- livsfrågeformulär, se punkt 2.6.4.

4.2.2. Intervju

Kvalitativ intervju handlar enligt Trost (2005) om att försöka förstå vad den intervjuade känner och tänker, vilka erfarenheter den har samt hur den intervjuades föreställningsvärld ser ut.

Intervju är en form av samtal och vi lever idag i ett intervjusamhälle där den massmediala tekniken och samhällsforskarens intressen strålar samman (Kvale, 1997). På olika nivåer sker ständigt intervjuer i någon form, i terapier, förhör, anställningsintervjuer, möten mellan människor, hos psykologer och inte minst inom journalistiken. Intervjun används som ett slagkraftigt verktyg för att lyfta fram verkligheten om människans upplevelse av specifika

händelser. Intervjuarens roll är att avslöja underliggande sanningar som finns bakom de synbara (ibid.).

Genom en halvstrukturerad intervju uppfattas spontanitet, respondentens initiativ samt dennes egna tolkningar och uttryckssätt samtidigt som man följer förutbestämda frågeställningar och teman. Man kan dessutom se till sociala, kulturella och mellanmännsliga attityder (Ryen, 2004).

4.2.2.1. Intervjuguide

Intervjuguiden tar upp områden som ligger till grunden för studien, den beskriver i stora drag de ämnen studien handlar om alternativt flera mer formulerade frågor. Tematiska frågor syftar mer till ämnet för själva intervjun och bidrar därmed mer till kunskapsproduktionen medan de dynamiska frågorna stimulerar av ett positivt samspel mellan intervjuare och respondent (Kvale, 1997). I utformningen av detta formulär har vi tagit fram större frågeområden utifrån studiens syfte uppdelat på fyra områden; frågeformuläret, hanterbarhet, meningsfullhet samt begriplighet. Vi håller oss till förhållandevis få frågor då vi ville lämna så mycket som möjligt öppet för att deltagaren skulle kunna styra frågeföljden (Trost, 1993).

Intervjuguide, se bilaga 3.

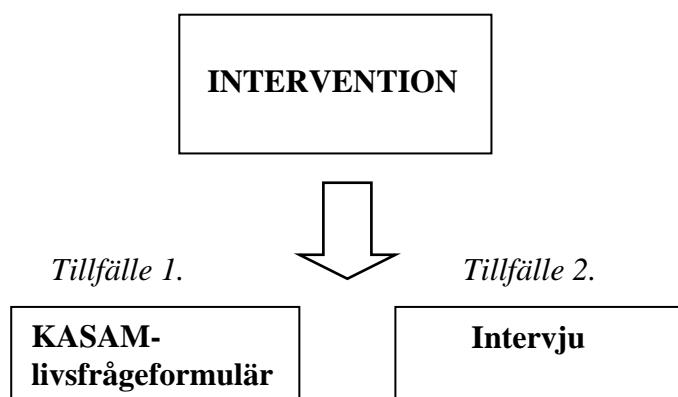
4.3. Undersökningsgrupp

Undersökningsgruppen består av fyra personer med psykisk ohälsa, som samtliga ingår i en rehabiliteringsgrupp vid en psykologmottagning. Verksamhetschefen vid mottagningen gjorde ett strategiskt urval av undersökningsgruppen till studien. Samtliga tillfrågade hade blivit remitterade av läkare till mottagningen där en psykiatrisk egenbedömning gjordes. Detta instrument är en självskattningsskala som har utvecklats vid psykiatriska kliniken på Karolinska sjukhuset i Stockholm av överläkare Per Svanborg och professor Marie Åsberg¹ Utifrån svaren bedömde psykologen om patienten har ångest- och depressionssyndrom. Samtliga av dem som kom att ingå i vår studie bedömdes vara deprimerade vid inskrivningstillfället. Då studien genomförs har deltagarna ingått i en rehabiliteringsgrupp vid psykologmottagningen under cirka ett års tid. Vid studiens genomförande bedömdes tre deltagare vara på väg ur sin depression medan en deltagare fortfarande var deprimerad.

¹ Psykiatrisk Egenbedömning, Institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för psykiatri Karolinska Institutet

4.4. Genomförande

Nedan följer en detaljerad beskrivning av genomförandet av studien.



2

Efter att vi fått godkännande från det Forskningsetiska rådet vid Högskolan i Gävle påbörjade vi vår studie. Det första momentet var att överlämna informationsbrev till varje tillfrågad deltagare. I brevet framkom studiens syfte, tid, datum, plats, publicering av avslutad studie samt att deltagandet var frivilligt. Samtliga tillfrågade valde att delta i studien.

På utsatt tid och plats för *Tillfälle 1*, träffade vi deltagarna en och en för att genomföra KASAM – livsfrågeformuläret. En forskare ställde frågorna och deltagaren svarade. Detta tog cirka 45 minuter/deltagare. Efter att samtliga svarat på formuläret, sammanställdes poängen och varje deltagare informerades individuellt kort om detta och vad KASAM innebär. Genom att deltagarna besvarade frågorna i enkäten gavs de en grund för den kommande intervjun, där de skulle reflektera över sina egna tankar och upplevelser kring de berörda områdena begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

Slutligen skulle deltagarna intervjuas med syfte att undersöka om KASAM-livsfrågeformuläret inneburit en förändrad förståelse för dess livssituation. Vi önskade även, om medgivande gavs, att dokumentera intervjuerna med hjälp av en bandspelare, då vi ansåg att vi kunde koncentrera oss bättre på frågorna och svaren på så sätt, än om vi skulle anteckna intervjuerna (Trost, 1993). *Tillfälle 2* för intervjuer skedde en vecka senare vid samma tid och

på samma plats. Deltagarna informerades än en gång om de etiska aspekterna och intervjun tog cirka 30 min per deltagare, intervjuerna spelades efter samtycke in på band för att senare transkriberas. Till intervjuerna användes en intervjuguide som vi hade framställt utifrån våra frågeställningar. Samtliga intervjuer transkriberades några dagar senare.

4.5. Transkribering och analys av enkät och intervju

Under denna rubrik följer en beskrivning av transkriberingen, analys av intervjuer samt analys av KASAM- livsfrågeformulär.

Vid intervjuer idag analyseras sällan bandinspelningarna direkt utan det inspelade skrivs över till text, så kallad transkribering. Det för med sig några teoretiska och metodiska bekymmer då utskriften när den är klar ses som den enda tillförlitliga och empiriska datamaterialet i studien. Paradoxalt till detta är att det dock inte den primära källan utan en konstruktion, tal har blivit text. Noteras bör att varje transkribering för med sig en rad värderingar, beslut och tolkningar utifrån den som transkriberar (Kvale, 1997).

Vi valde att vänta med att transkribera och analysera vårt material tills all våra data var insamlad och alla intervjuerna var avklarade (Trost, 1997). Resultatet av intervjuerna uppgick till cirka 1,5 timmes bandinspelning vilket i sin tur resulterade i 19 sidor transkriberad text. I vår transkribering valde vi att skriva ut intervjuerna ordagrant förutom att vi uteslöt pauser, hostningar samt andra läten. Vissa delar av intervjuerna valdes också bort då de inte var relevanta till studiens syfte (ibid.).

Samtliga transkriberade intervjuer skrevs ut och lästes igenom utav forskarna. Då vi intervjuat två deltagare var valde vi att läsa igenom varandras transkriberingar, dels för att få en helhetsuppfattning av resultatet samt för att granska transkriberingen. Vidare analyserades intervjuerna utifrån intervjuguiden och det som besvarade våra frågeställningar sammanfattades i ett separat dokument. Sammanfattningen presenteras i resultatet.

Efter att samtliga deltagare besvarat enkäter räknades poängen samman. Resultatet sammanställdes sedan i tabellform uppdelat på varje deltagare samt kategorierna total poäng, begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

4.6. Reliabilitet och validitet

”Reliabiliteten bestäms av hur mätningarna utförs och hur noggranna vi är vid bearbetningen av informationen. Validiteten är beroende av vad vi mäter och om detta är utklarat i frågeställningen” (Holme & Solvang, 1997, s.163).

Trost (1997) beskriver reliabiliteten som tillförlitlighet, att undersökningen är stabil och att studien skulle få samma resultat om den återupprepades. Men detta förutsätter att enheterna är statiska vilket inte är fallet i vår studie då enheterna består av människor. Även om studien skulle göras om på ett likadant sätt med samma deltagare och samma forskare så skulle resultatet i alla fall inte bli det samma då vi människor ständigt befinner oss i process. Vidare beskriver Trost (1997) att kvalitativa intervjuer skall innehålla en låg grad av standardiseringar, ”slumpinflytelser”. Detta blir paradoxalt då flera faktorer i en intervju är slumpmässiga så som sinnesstämning på både intervjuare och deltagare, tid och plats, yttre påverkansfaktorer och så vidare (ibid.).

Med validitet menas att studien verkligen har mätt det den syftar till att mäta (Trost, 1997). Om studien till exempel vill mäta hur många relationer en människa har haft bör det i första hand förtydligas vad en relation är. Allt för att försäkra sig om att forskaren och deltagaren talar om samma fenomen. Då vi använt oss av Antonovskys livsfrågeformulär i sin ursprungliga form blir validiteten i denna studie hög, då vi vet att vi frågar om det vi vill ha svar på (ibid.).

4.7. Etik

Enligt Vetenskapsrådets forskningsetiska principer inom humanistisk- och samhällsvetenskaplig forskning skall de forskningsetiska principerna följas (codex.vr., 2008-10-03).

Samhället och samhällets medlemmar har ett berättigat krav på att forskning bedrivs, enligt *Forskningskravet*. Men i forskning som bedrivs är det av stor vikt att individer inte får utsättas för fysisk eller psykisk, kränkning eller förödmjukelse. Detta innefattas i *Individskydds kravet*, och skall vara en självklar utgångspunkt för forskningsetiska överväganden. Innan forskningen skall utföras är det mycket viktigt att forskaren gör en

värdering av värdet av det förväntade resultatet och kunskapsstillskottet. Och om det finns några risker i form av negativa konsekvenser för undersökningsspersonerna (ibid.).

Individskyddskravet innefattas av fyra huvudkrav;

- Informationskravet
- Samtyckeskravet
- Konfidentialitetskravet
- Nyttjandekravet

För att granska och kontrollera att detta följs finns det olika forskningsetiska kommittéer.

Inför vår studie kontaktade vi det Forskningsetiska rådet vid Högskolan i Gävle, då deltagarna ur ett etiskt perspektiv anses vara en sårbar grupp. För granskning skickade vi in en ansökan och en projektplan över vår tänkta studie. Efter kommentarer och justeringar godkändes vår ansökan och vår studie kunde påbörjas.

Vid användning av enkät och intervju som undersökningsmetod i forskning finns en viss risk att personen kan komma att uppleva det som intrång i dess personliga integritet och känna en oro över att informationen som kommer fram ”läcker ut” (Hansagi & Allebeck, 1994). För att i så stor utsträckning som möjligt minimera den risken informerade vi deltagarna om, både muntligt och skriftligt, att all information som framkommer i studien inte kommer att kunna kopplas till dem personligen och att det inspelade materialet kommer att lagras på ett sätt så ingen annan kommer åt det. I undersökningens framställning av resultat så identifieras varje deltagare som deltagare D1, D2, D3 och D4, för att det inte ska vara möjligt att identifiera personerna. Vi påtalar även muntligen, utöver informationsbrevet, att de när som helst får avbryta medverkan i studien och att deras medverkan är frivillig. De informeras även om att det slutliga resultatet kommer att offentliggöras på Högskolan i Gävle samt databasen DIVA. I och med detta anser vi Individskyddskravet vara uppfyllt för studien.

5. RESULTAT

Under denna rubrik presenteras resultat av KASAM- livsfrågeformulär sammanställt i Tabell 1 samt resultatet av samtliga fyra intervjuer som sammanställts fråga för fråga. Deltagarna presenteras som D1, D2, D3 och D4.

5.1. Sammanställning av KASAM-livsfrågeformulär

Nedan i Tabell 1 presenteras resultatsammanställningen av samtliga fyra KASAM-livsfrågeformulär.

Tabell 1. Resultatsammanställning av KASAM-formulären

Deltagare	KASAM-poäng	Begriplighet	Hanterbarhet	Meningsfullhet
D1	104	28	37	35
D2	139	42	48	42
D3	153	52	59	36
D4	163	51	49	56

5.2. Fråga 1. KASAM- livsfrågeformulär

Hur upplevde du att det var att svara på formuläret?

I intervjuerna framkom det att de flesta av deltagarna upplevde att vissa frågor var svårare än andra att besvara. Även att frågorna krävde eftertanke, och en reflektion som framkom var att svaren förmodligen skulle ha blivit annorlunda vid andra tidpunkter i livet. En gemensam reflektion hos deltagarna var att det var intressant att genomföra formuläret. En av deltagarna uttryckte ”... jag kände att det var fantastiska frågor, men det var två som var lite knepigare”

Väcktes det några nya tankar hos dig?

Samtliga deltagare uttryckte att det fick nya tankar genom formuläret, så som bra tankar, positiva tankar och tankar om meningen med livet. Tankarna skiftade dock, någon beskrev det som ”... man kan få en helt annan sida av sig själv på något vis, och hur man ser på andra och hur andra kan se på mig” och en annan uttryckte att ”... hela frågeformuläret var så att man vaknade”

Var det något du reflekterade över mer än något annat?

Reflektionerna var många. De flesta kopplade det till en aktiv handling, att det väckte tankar om handlingar som behövs för att göra förändringar i livet. Dom beskriver det som att de fick en tydligare bild över deras livssituation och vilka förändringar som behövs göras ... *”Ja, jag tänkte att jag måste göra förändringar, jag måste förändra livet, jag måste ta tag i det mer”* Någon annan beskriver det som att det blev tydligt att hon kommit en bit på väg, genom att ... *”man kan se en ”siffra” där man är, som förtydligar vart man befinner sig i de olika områdena”*. Alla beskriver det som att de fått en ny reflektion på någon del i sig själv, att det blev mer svart på vitt *”... när man ser det så här och får höra så blir det mer tydligt”*. De upplevde även att frågeställningarna var nya för dem, de hade inte tänkt på det här sättet tidigare.

5.3. Fråga 2. Begriplighet

Vill du berätta hur du upplevt begripligheten i livet?

Deltagarnas beskriver genomgående att deras liv har varit fyllt av händelser som inneburit stora påfrestningar för dem. En förklarar det som *”... det har hänt så mycket i mitt liv så jag förstår att jag är utbränd, det är inte så konstigt”*. Gemensamt för samtliga deltagare är att det har en stor förståelse för sin livssituation och vad som varit orsak till att deras depression. Svaren varierar i vad de uttrycker om sin begriplighet, en beskriver det *”... de problem som har dykt upp i livet har kommit som en väldig överraskning för mig, jag har alltid tänkt att ”nu har jag fått mitt straff”, så nu får inga mer sjukdomar eller fel”*, medan en annan beskriver att *” Jag har haft vägen utstakad hela tiden, och vetat hur jag ska leva mitt liv. Livet har varit över förväntan”*. En deltagare beskriver, för att komma ur depressionen behövs det göras många förändringar i livet och att framförhållning är bra även om man inte kan förutsäga hela livet.

Förändrades din uppfattning över begripligheten efter att du genomfört KASAM-formuläret?

På den här frågan varierar svaren något, då en uttrycker att deras uppfattning inte förändrats något alls och andra uttryckte att det blev tydligare efter testet och att frågorna var relevanta *”Man får ju frågor där som gör att man tänker till, att jag tänker tillbaka och reflekterar hur det är. Frågor om hur man reagerar mot människor och hur de reagerar mot mig, förut har jag bara ryckt på axlarna, men nu har jag börjat analysera hur folk är och så”*.

Upplever du att du själv kan förändra något för att öka begripligheten?

Här svarade några att de upplevde att de kunde göra vissa förändringar att vara mer observant och tänka mer på omgivningen samt lyssna mer på andra människor. En uttrycker även att det inte kan vänta på att någon annan ska göra förändringarna, förändringarna måste komma från en själv. En upplevde att begripligheten har funnits med hela livet och att endast små justeringar behövs.

5.4. Fråga 3. Hanterbarhet

Vill du berätta hur du upplevt hanterbarheten i livet?

Deltagarna upplever att de inte har hanterat livet särskilt bra hitintills i deras liv. En uttrycker att *"... jag tycker att jag hanterar det dåligt för jag vill ju komma tillbaka."* Strategierna för hur de hanterar livet ser olika ut, någon drar sig tillbaka i vetskap att det kommer någon och hjälper en annan beskriver *"... jag har försökt göra det bästa av situationen, fast det kostar på. Det tar på krafterna jag har försökt göra så gott jag kan. Jag tycker ändå att jag är starkt, saker som har hänt har jag klarat av fast det tar på psyket och kroppen."* Det framkom även att en deltagare inte hade reflektera över hanterbarheten i sitt liv utan bara *"ångat på."*

Förändrades din uppfattning över hanterbarheten efter att du genomfört KASAM-formuläret?

En deltagare reflekterar att den hanterar livet ohälsosamt och uttrycker att det inte ska behöva vara så. Vidare beskriver deras uppfattning inte har förändrats men att det säkert kommer att göra det.

Upplever du att du själv kan förändra något för att öka hanterbarheten?

På denna fråga fick vi endast ett svar *"... jag skulle inte ändra på någonting, utan kom smällen så fick den komma igen."*

5.5. Fråga 4. Meningsfullhet

Vill du berätta hur du upplevt meningsfullheten i livet?

Det som är genomgående i svaren är att samtliga deltagare svarar att de upplever att livet är meningsfullt. Ett uttryck löd *"... om det inte skulle varit meningsfullt, då skulle man väl ha*

gett upp på något vis, men det gör man ju inte, det är ju full mening ändå, fast man är sjuk och så.” En annan beskriver meningsfullheten genom gemenskapen med andra människor.

Förändrades din uppfattning över meningsfullhet efter att du genomför KASAM-formuläret?

En stark upplevelse från en deltagare var ”... *Ja, jag kände herre gud! Är det så hemskt livet är, men så kändes de efteråt. Det var deppigt, jag kände mig nere och negativ.*” En annan beskriver att det blev påtagligt att livet inte borde vara så som det är. I övrigt framkom det att meningsfullheten funnit med genom hela livet och varit väldigt stark.

Upplever du att du själv kan förändra något för att öka din meningsfullhet?

De beskriver att förändringarna måste komma från en själv och att livet inte ska vara en kamp utan de uttrycker en vilja att ”*leva ut*” livet.

6. DISKUSSION

Under denna rubrik följer diskussioner om metodologiska problem, resultat, konklusion samt framtida forskning.

6.1. Metoddiskussion

Syftet med vår studie var att undersöka om KASAM- livsfrågeformuläret kan användas som intervention för människors med psykisk ohälsa. Vi ville undersöka om frågorna i sig kunde förändra deras förståelse över sin livssituation. För att på bästa sätt uppnå syftet med studien valde vi att utgå från en kvalitativ ansats, men med både en kvantitativ och en kvalitativ metod. Den kvantitativa metoden består av KASAM- livsfrågeformuläret och den kvalitativa metoden består av intervjuer. För att svara på undersökningens syfte ansåg vi att denna metod var lämplig.

Vi valde att begränsa antalet deltagare till fyra stycken då vår studie innefattades av både KASAM- livsfrågeformulär och intervju. För att behålla kvalitén och hålla materialet

hanterbart, enligt Trost (1993), tog vi detta beslut samt med tanke på vår relativt snäva tidsram för studien.

Vi valde att genomföra KASAM- livsfrågeformuläret och intervjuerna på psykologmottagningen då samtliga deltagare har tillbringat en del tid där och upplever det som en trygg plats där vi också kunde arbeta ostörda, vilket visade sig stämde och enligt Trost (1993) är detta viktigt att ta hänsyn till. Formuläret som underlag kändes tryggt och vi kände oss väl förberedda med kunskap kring begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Men något vi reflekterade över i efterhand var att vi borde ha genomfört KASAM- livsfrågeformuläret på fler testpersoner innan för att bli mer trygg i utförandet samt för att veta mer om hur människor eventuellt kan reagera under och efter en liknade intervju. En annan reflektion var att om vi hade haft en annan design på metoden och låtit deltagarna besvara formuläret på egen hand, hade resultaten förmodligen inte blivit detsamma. Då vissa deltagare uttryckte svårigheter att förstå frågorna innebar det att vi behövde förklara mer utförligt vad dessa frågor betydde, vilket har kunnat påverka deras svar.

Genom att använda oss av en halvstrukturerad intervju ville vi försöka urskilja spontanitet, respondentens initiativ samt dennes egna tolkningar och uttryckssätt och samtidigt följa förutbestämda frågeställningar och teman (Ryen, 2004). Detta visade sig ha både sina för och nackdelar. I och med att vi hade relativt öppna frågor ledde det till vissa feltolkningar av en del frågor. Då vi som forskare inte är vana att utföra intervjuer upplevde vi det svårt att hålla fokus på frågorna och veta när vi egentligen hade fått svar på frågan. Det var svårt att hålla deltagarna kvar vid frågeställningen, utan att styra dem för mycket då de tenderade att sväva ut i sina svar. Fördelen men detta var att vi fick fylliga svar och att vi fick ta del av deltagarnas berättelser. Kvalitativ intervju handlar enligt Trost (2005) om att försöka förstå vad den intervjuade känner och tänker, vilka erfarenheter den har samt hur den intervjuades föreställningsvärld ser ut. Genom att vi valde denna metod bedömer vi att vi fått fram deltagarnas känslor, tanke- och handlingsmönster i förhållande till frågeställningarna.

Beträffande reliabiliteten och validiteten i vår studie så konstaterar vi att reliabiliteten är väldigt liten i och med att studien innefattas av människor. Då människor befinner sig i en ständig process skulle inte resultatet bli det samma om studien utfördes igen. Men i och med att vi utgår från KASAM- livsfrågeformulär samt en utformad intervjuguide så kan studien upprepas på samma sätt, även om resultatet inte skulle bli det samma. Trost (1997) beskriver

att kvalitativa intervjuer bygger på en låg grad av standardiseringar, medan tanken om reliabilitet grundar sig på en hög grad av standardiseringar, blir det paradoxalt att prata om reliabilitet vid kvalitativa intervjuer. Då vi använder KASAM-livsfrågeformulär i sin ursprungliga form bör validiteten vara hög då vi vet att vi frågat om de vi vill ha svar på.

6.2. Resultatdiskussion

Nedan följer en diskussion om resultatet i vår studie samt hur det ställer sig till tidigare forskning.

Det vi upplevde var komplicerat med sammanställningen av resultatet var att på ett så utförligt, fylligt sätt som möjligt återberätta vad deltagarna beskrivit. Då frågorna handlar om känslor och upplevelser var det svårt att fånga dessa med ord. Vi anser trots detta att vi lyckats plocka ut essensen ur varje intervju och beskrivit detta på bästa sätt i resultatet.

I vårt resultat har vi även redovisat deltagarnas sammanställda KASAM- poäng. Egentligen har dessa poäng ingen mer relevans i vår studie än att få ett underlag inför intervjun. Huruvida deltagarna hade höga respektive låga KASAM poäng hade ingen betydelse utan det vi vill undersöka var om frågorna i sig kunde ge deltagarna en förändrad syn på sig själv och sin livssituation. Det kan ändå vara värt att notera att i en tidigare studie utförd av Nilsson, Holmgren och Westman (2000) visar ett samband mellan lågt KASAM och svag upplevd hälsa. Vi ser liknande resultat i vår studie då den deltagare som fortfarande hade depression vid studietillfället även hade lågt KASAM- poäng, medan de deltagare som var på väg ur sin depression hade högre KASAM- poäng. Då de flesta svåra depressioner enligt Gustavsson (2004) uppkommer på grund av olika orsakssamband var vår tanke att svaren skulle ge en tydligare bild över eventuella styrkor respektive svagheter hos individen, och vilka områden som påverkar individen på ett positivt respektive negativt sätt.

Då vår hypotes är att ”det man inte vet kan man inte förändra”, var tanken att människor genom KASAM- livsfrågeformulärets frågor eventuellt kan väcka nya sätt att se på sig själv och sin livssituation. En primär målsättning för hälsofrämjande arbete är att stärka individens förmåga att fokusera på faktorer som individen faktiskt kan ta kontroll över och som påverkar deras hälsa i positiv riktning (Eweles & Simnett, 2005). Deltagarna beskriver i resultatet att de genom formuläret får ”upp ögonen” för sig själv och hur de hanterar sitt liv samt att de är de

själva som måste göra förändringarna mot ett bättre mående. I och med dessa insikter skapas även en möjlighet till att ”ta kontrollen” över sin egen situation, att börja förändra det som eventuellt behövs förändras. I och med detta ser vi att KASAM- livsfrågeformulär kan verka som en hälsofrämjande metod. Svederberg, Svensson och Kinderberg (2001) menar att inom hälsofrämjande arbete jobbar man för att individen själv, genom förståelse och eget kunnande skall fatta välgrundade val, inte minst när det gäller sitt eget välbefinnande och livsstil.

Vi ser fördelar med KASAM- livsfrågeformulär, då det ger en bild av hur man har förstått livet, hur man har hanterat livshändelser samt hur meningsfullt man har upplevt livet. Detta kan hjälpa till att ge en ”kartbild” över individen och dennes omgivning. Detta får vi bekräftat genom resultatet där deltagarna beskriver att de reflekterat över sig själv och sina beteenden. De beskriver nya tankar om förändringar, att de fick en tydligare bild över deras livssituation. Utifrån denna ”kartläggning” av individens livssituation och beteenden blir det tydligt vad som behövs förstärkas och eventuellt förändras. Detta underlag ser vi kan vara en bra utgångspunkt att arbeta utifrån vid en eventuell beteendeförändring. Huruvida deltagarna har blivit motiverade att göra en förändring genom KASAM- livsfrågeformuläret kan vi däremot inte utläsa av vårt resultat. Då Eweles och Simnet (2005) beskriver motivation som något som kommer och går under perioder utav tid samt att individen ständigt påverkas av yttre och inre skäl, kan man fråga sig om det överhuvudtaget går att mäta motivation. Det vi däremot kan se är att deltagarna förstår att de behöver göra vissa förändringar, om det är motivation till förändring kan vi inte svara på men att det väckt nya tankar och reflektioner kan vi tydligt se.

6.3. Konklusion

- Metoderna vi valt att använda oss av har på ett innehållsrikt sätt besvarat syftet med studien
- KASAM- livsfrågeformulär medförde en förändrad förståelse för deltagarnas livssituation
- Huruvida KASAM- livsfrågeformuläret leder till motivation mot förändring kan inte bekräftas utifrån resultatet

6.4. Framtida forskning

Vi kan i och med denna studie konstatera att salutogena behandlings metoder är ett outforskat område och att flera studier behövs för att understödja dessa. I och med att antalet människor som lever med psykisk ohälsa ökar menar Langeland, Riise, Hanestad, Nortvedt, Kristoffersen och Wahl (2005) att det behövs större fokus på coping och det hälsofrämjande perspektivet, något även vi instämmer med. Då det patogena perspektivet fortfarande är övergripande inom sjukvård och hälsa är vår förhoppning att vi som hälsopedagoger kan öppna nya dörrar för ett salutogen arbetssätt. Att arbeta med interventioner där man stärker individer, grupper och organisationers friskfaktorer tror vi kan ge möjligheter till att skapa ett friskare samhälle.

REFERENSLISTA

Antonovsky, A.(1979). *Health, stress and Coping*: San Francisco: Jossey-Bass Inc., Publishers

Antonovsky, A. (2003). *Hälsans Mysterium*. Finland: WS Bookwell

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans Mysterium*. Finland: WS Bookwell

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur

Bowling, A. (2002). *Research methods in health*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press

Ewles, L. & Simnett, I. (2005) *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur

Forskningsrådsnämnden 1998:9. *Känsla av sammanhang i teori, empiri och kritik*. Uppsala: Ord & Form AB

Gustavsson, C. (2004) *När någon i din närhet har depression*. Uddevalla: Mediaprint

Hansagi, H. & Allebeck, P. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård, handbok för forskning och utvecklingsarbete*. Lund: Studentlitteratur

Holme, M, I. & Solvang, K, B.(1991) *Forskningsmetodik, Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur

Kostenius, C. & Lindqvist, A-K.(2006) *Hälsovägledning från tanke till ord och handling*. Lund: Studentlitteratur

Kvale, S.(1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Langeland, E., Wahl, K.A., Kristoffersen, K., Nortvedt, W.M. & Hanestad, R.B. (2007). Sense of coherence predicts change in life satisfaction among home-living residents in the community with mental health problems: a 1-year follow-up study. *Springer Science + Business Media B.V.2007, Qual Life Res (2007) 16:939-946*

Langeland, E., Riise, T., Hanestad, R.B., Nortvedt, W.M., Kristoffersen, K. & Wahl, K.A.(2006). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems. A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling, 62, (2006) 212-219*

Langeland, E., Wahl, K.A., Kristoffersen, K., & Hanestad, R., B.(2007). Promoting coping: Salutogenesis among people with mental health problems. *Mental Health Nursing, 28:275-295, (2007)*

Lindström, B. & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*. Vol.21. No 3 (2006)

Naidoo, J. & Willis, J. (2007) *Folkhälsa och hälsofrämjande insatser*. Denmark: Studentlitteratur

Nilsson, B. Holmgren, L. & Westman, G. (2000). Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden: Gender and psychosocial differences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18:1,14-20. ISSN 0281-3432

Rydén, O. & Stenström, U.(2008) *Hälsopsykologi Psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*: Bonniers utbildning AB

Ryen, A.(2004) *Kvalitativ intervju - från vetenskapsteori till fältstudie*. Malmö: Daleke Grafiska AB

Svederberg, E., Svensson, L. & Kindeberg, T.(2001) *Pedagogik i hälsofrämjande arbete*. Lund: Studentlitteratur

Söderlund, M. Universitetslektor, HiG, Föreläsning i Vetenskapsfilosofi, 2008-09-09

Tamm, M. (2002). *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur

Trost, J. (2005). *Kvalitativa Intervjuer*. Lund: Studentlitteratur

Wetterberg, L. (2006) *Psykiatri i fickformat*. Stockholm: Karolinska institutet

Winroth, J. & Rydqvist, L-G. (2008). *Hälsa & Hälsopromotion med fokus på individ-, grupp- och organisationsnivå*. Litauen: Logotipas

Webbadresser

Försäkringskassan, SASSAM

<http://uppsol.forsakringskassan.se/templates/Page.aspx?id=6547> 2008-12-05

KASAM- livsfrågeformulär, bilaga 3

www.itcanbedone.net/upload/Kasam.pdf 2008-12-28

Landstinget Gävleborg

<http://www.lg.se/templates/Page.aspx?id=9283> 2008-10-07

Socialstyrelsen, Lägesrapport 2007

<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2008/9980/2008-131-8.htm> 2008-10-07

Socialstyrelsen, Folkhälsorapport 2005

<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A448-9F02-43F3-B776-D9CABCB727A9/6169/20051114.pdf> 2008-10-27

Statens folkhälsoinstitut

http://www.fhi.se/templates/Page_8384.aspx?&MSHiC=65001&L=9&W=Psyisk+oh%C3%A4lsa+&Pre=%3CFONT+STYLE%3D%22color%3A+%23000000%3B+background%2Dcolor%3A+%23FFFF00%22%3E&Post=%3C%2FFONT%3E 2008-10-07

Nationalencyklopedin

<http://www.ne.se/artikel/1161719> 2008-10-29

<http://www.ne.se/artikel/280789> 2008-10-29

<http://www.ne.se/artikel/1141262> 2008-11-26

Vetenskapsrådet

<http://www.codex.vr.se/> 2008-10-03

WHO

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf 2008-12-10

Informationsbrev

Härmed tillfrågas du om deltagande i en studie där syftet är att undersöka om människor kan öka sitt välbefinnande genom ökad kunskap och förståelse över sin livssituation, med hjälp av livsfrågeformuläret KASAM(känsla av sammanhang).

Studien genomförs med ett frågeformulär samt en intervju, detta sker vid två tillfällen.

- Tillfälle 1; vi träffas på mottagningen tisdagen den 11/11 kl. 13.00 där du tillsammans med någon av oss, Alexandra eller Susanna, fyller i livsfrågeformuläret KASAM. Träffen beräknas ta cirka 1 timme.
- Tillfälle 2, vi träffas på mottagningen tisdagen den 18/11 kl. 13.00 där du tillsammans med någon av oss, Alexandra eller Susanna, genomgår en intervju med livsfrågeformuläret KASAM som grund. Intervjun kommer att spelas in på band om ni samtycker till det, och den beräknas ta ca 1.5 timme.

Medverkan i denna studie är helt frivillig och du kan när som helst välja att hoppa av studien. Allt material och information kommer att behandlas konfidentiellt och resultatet i studien kommer att presenteras på ett sätt som inte gör det möjligt att identifiera enskilda personer.

Vi är två studenter som läser det Hälsopedagogiska programmet vid Högskolan i Gävle. Under höstterminen 2008 skriver vi vår C – uppsats i pedagogik. Uppsatsen beräknas vara klar i januari 2009 och är då en offentlig handling som kommer att finnas tillgänglig i biblioteket på Högskolan i Gävle samt på databasen DIVA.

Har du några frågor eller funderingar är du välkommen att kontakta någon av oss eller vår handledare.

Alexandra och Susanna

Alexandra Isberg

Mobil:

E-mail:

Susanna Lidén

Mobil:

E-mail:

Handledare

Maud Söderlund

Tel:

E-mail:



9. Känner du dig orättvist behandlad?

1 2 3 4 5 6 7
mycket ofta mycket sällan/aldrig

10. De senaste tio åren har ditt liv varit:

1 2 3 4 5 6 7
fullt av förändringar utan att du visste vad som skulle hända härnäst helt förutsägbart utan överraskande förändringar

11. De flesta saker du gör i framtiden kommer troligtvis att vara:

1 2 3 4 5 6 7
helt fascinerande fullkomligt urtråkiga

12. Har du en känsla av att du befinner dig i en obekant situation och inte vet vad du skall göra?

1 2 3 4 5 6 7
mycket ofta mycket sällan/
aldrig

13. Vilket påstående beskriver bäst hur du ser på livet?

1 2 3 4 5 6 7
det går alltid att finna en lösning på livets svårigheter det finns ingen lösning på livets svårigheter

14. När du tänker på ditt liv, händer det mycket ofta att du:

1 2 3 4 5 6 7
känner hur härligt det är att leva frågar dig själv varför du överhuvudtaget finns till

15. När du ställs inför ett svårt problem är lösningen:

1 2 3 4 5 6 7
alltid förvirrande och svår att finna fullständigt solklar

16. Är dina dagliga sysslor en källa till:

1 2 3 4 5 6 7
glädje och djup tillfredsställelse smärta och leda

17. I framtiden kommer ditt liv förmodligen att vara:

1 2 3 4 5 6 7
fullt av förändringar utan att du vet vad som händer härnäst helt förutsägbart och utan överraskande förändringar

18. När något otrevligt hände tidigare brukade du:

1 2 3 4 5 6 7
älta det om och om igen säga "Det var det" och sedan gå vidare



19. Har du mycket motstridiga känslor och tankar?

1 2 3 4 5 6 7
mycket ofta mycket sällan/aldrig

20. När du gör något som får dig att känna dig väl till mods:

1 2 3 4 5 6 7
kommer du kommer det
säkert att fort- säkert att hända
sätta att känna något som för-
dig väl till stör den goda
mods känslan

21. Händer det att du har känslor inom dig som du helst inte vill känna?

1 2 3 4 5 6 7
mycket ofta mycket sällan/
aldrig

22. du är inställd på att ditt personliga liv i framtiden kommer att vara:

1 2 3 4 5 6 7
helt utan mål fyllt av mål och
och mening mening

23. Tror du att det i framtiden *alltid* kommer att finnas människor som du kan räkna med?

1 2 3 4 5 6 7
det är du det tvivlar du på
helt säker på

24. Händer det att du har en känsla av att du inte vet exakt vad som håller på att hända?

1 2 3 4 5 6 7
mycket ofta mycket sällan/
aldrig

25. Även en människa med stark självkänsla kan ibland känna sig som en "olycksfågel".

Hur ofta har du känt det så?
1 2 3 4 5 6 7
aldrig mycket ofta

26. När något har hänt, har du vanligtvis funnit att:

1 2 3 4 5 6 7
du över- eller du såg saken
undervärderade i dess rätta
dess betydelse proportion

27. När du tänker på svårigheter som du troligtvis kommer att möta inom viktiga områden av ditt liv, har du då en känsla av att:

1 2 3 4 5 6 7
du alltid kom- du inte kommer
mer att lyckas att lyckas över-
övervinna vinna svårighet-
svårigheterna erna

28. Hur ofta känner du att det inte är någon mening med de saker du gör i ditt dagliga liv?

1 2 3 4 5 6 7
mycket ofta mycket sällan/ aldrig

Det finns ingen som vid sina sinnes fulla bruk är lycklig, entusiastisk, tillfreds och har högt livsmod i en mycket bekymmersam, hotfull och obehaglig livssituation. Det finns i alla samhällsklasser människor som sitter fast i en önskad belägenhet, och som inte ser någon möjlighet att bryta sig ut. Då och då är livet smärtsamt för oss alla, när nära och kära lider och dör, när den vi älskar sviker oss eller ens barn far illa, osv. Den som har en stark KASAM är inte mer tillfreds i sådana lägen, men däremot försöker den KASAM-stärke aktivt se sammanhangen och påverka omständigheterna så gott man kan, göra det bästa möjliga av situationen, ta vara på det som kan göra livet uthärdligt mitt i det obehagliga. Det är för denna specifika aspekt av välbefinnande-förmåga som KASAM har betydelse.

Och det är en träningsbar förmåga! Även om det bara finns några få publicerade rapporter om försök att följa människors förmåga att utveckla sin KASAM över tid, står det ganska klart att KASAM-förändringar väl återspeglar personlig mognad och utveckling av färdigheter typ de "7 F" vi har med i verktygslådan i den här boken.

Ett antal normativa studier har gjorts på olika håll i världen. (ref) Det verkar som om ett någorlunda generellt genomsnitt för friska personer ligger runt 140 KASAM-totalpoäng. (Den teoretiska variationsvidden är 29-203 p.) Över 160 p är en stark KASAM-person, och under 120 är svag. Mer än 190 respektive mindre än 70 bör föranleda misstanke om feltolkade instruktioner eller bristande uppmärksamhet i svaret.

En verkligt KASAM-stark person kan utsätta sig för svårare utmaningar, och tål mer komplexitet i tillvaron, än en KASAM-svag. Det är inget "fel" i att vara KASAM-svag, men man bör då tänka på att sänka sin ambitionsnivå, inte ta på sig alltför stora ansvar och försöka hålla nere svårighetsgraden i de utmaningar man antar.

Den som har KASAM-poäng under 120 bör försöka förenkla sin tillvaro, aktivt söka dra ner på ambitionerna att leva efter andras normer och i stället söka sig till sådana aspekter av livet man själv känner starkt för och behärskar. Viss vägledning kan man få av att titta på vilken av de tre aspekterna som drar ned poängen mest.

Om det är "M" som är svag (<30), tyder det på bristande engagemang i de vardagliga situationer man oftast befinner sig i. Då bör man satsa på att utveckla sin perspektiv-förmåga (enligt kapitel 5 i denna bok), fundera över livets mening och försöka utgå mer från sina egna värderingar och göra det man är bra på, oftare försätta sig i situationer man tycker om. Det kan också stå för depressivitet och emotionell utmattning. Ibland kan det bero på att man har kopplat sitt liv till en annan människa eller grupp vars livsstil/kultur inte passar en själv.

Om "B"-poängen är lägre än 35 tyder det på att den vardagliga livssituationen är mera komplex än man för tillfället har intellektuell ork att klara av, eller att man har språkliga eller sociala svårigheter i sin nuvarande miljö. Ibland orsakas svag B av kognitiva problem, förekomst av alltför många negativa och oroande tankar, oförmåga att själv försöka styra sina reaktioner, dåligt självförtroende. Svag B har ibland en klar koppling till "extern kontroll-locus".

Låga "H"-poäng (<35) brukar betyda tillitsbrist och resurssvaghet i förhållande till vardagens krav, kan stå för både otillräcklig kompetens, dålig ekonomi, bristande samhörighet, el dyl. Det kan också bero på att man har blivit överrumplad av livets komplexitet när jobb, familj, ekonomi och annat ställer större krav än man för närvarande maktar med, och man har ännu inte lyckats utveckla tillräckligt funktionella nya beteenden. En form av kognitiv funktion som närmast kan kallas självförtroende ingår också i H, alltså förmågan att tro sig om att kunna påverka och vara stark.

Har man under 100 KASAM-poäng finns en uppenbar risk att man har kört fast i sin nuvarande belägenhet, och vi rekommenderar att man då söker professionell hjälp (gärna en kognitiv beteendeterapeut), inte för att genomgå "psykoterapi", utan för att få hjälp att på ett strukturerat vis upprätta och påbörja genomförandet av en personlig handlingsplan.



Det viktigaste på åtgärdsidan är att försöka förenkla sin tillvaro och få det mer som man själv vill. Genom att rikta sin uppmärksamhet mer på välbefinnande, och söka sig till situationer och människor som man tycker om och mår bra med, kan man på ganska kort tid förändra läget signifikant.

(För den nyfikne som vill läsa mer om användbarheten av KASAM, eller hur detta instrument har konstruerats och validerats, kan läsa om detta i Antonovskys bok "Hälsans mysterium", sid. 90-234.)

Intervjuguide

1. Inledning

- Hälsa välkommen
- Datum, tid, plats och namn på forskare och deltagare

2. Huvudfas

- Utgå från intervjuguiden
- Öppna frågor; hur, vad och varför
- Använd gärna stickord
- Gör gärna en sammanfattning, spegling av svaren. Använd gärna kontraster
- Använd ord och begrepp likt deltagarens

3. Avslutning

- Sammanfatta viktiga delar
- TACKA för medverkan i studien!

Referens

Kvale, S.(1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Frågor

1. Antonovskys frågeformulär

- Hur upplevde du att det var att svara på formuläret?
- Väcktes det några nya tankar hos dig?
- Var det något du reflekterade över mer än något annat?
- Vill du berätta, beskriva?

2. Begriplighet

- Vill du berätta hur du hitintills sett på din begriplighet i livet?
- Förändrades din uppfattning över din begriplighet efter att du genomfört KASAM-formuläret?
- I så fall, vill du berätta hur?
- Upplever du att du själv kan förändra något för att öka din begriplighet?
- Kan du berätta hur?

3. Hanterbarhet

- Vill du berätta hur du hitintills sett på din hanterbarhet i livet?
- Förändrades din uppfattning över din hanterbarhet efter att du genomfört KASAM-formuläret?
- I så fall, vill du berätta hur?
- Upplever du att du själv kan förändra något för att öka din hanterbarhet?
- Vill du berätta hur?

4. Meningsfullhet

- Vill du berätta hur du hitintills sett på din meningsfullhet i livet?
- Förändrades din uppfattning över din meningsfullhet efter att du genomfört KASAM-formuläret?
- Vill du berätta hur?
- Upplever du att du själv kan förändra något för att öka din meningsfullhet?

5. Avslut

Avslutningsvis... nu när du genomfört KASAM-formuläret samt intervjun, som handlat om Känslan av sammanhang och dess tre begrepp Begriplighet, Hanterbarhet och Meningsfullhet, finns det något ytterligare du vill ta upp innan vi avslutar?