

# Hur kan KASAM stärkas?

En litteraturstudie om sjuksköterskans  
möjlighet att stärka patienters känsla av  
sammanhang genom olika interventioner

FÖRFATTARE	Jessica Henricsson Lovisa Käll
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng/  Examensarbete i omvårdnad OM5250  HT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Bodil Augustsson
EXAMINATOR	Elisabeth Björk Brämberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel:	Hur kan KASAM stärkas? En litteraturstudie om sjuksköterskans möjlighet att stärka KASAM genom intervention
Titel:	How can one increase SOC?
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Se kursplan
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	18 sidor
Författare:	Jessica Henricsson Lovisa Käll
Handledare:	Bodil Augustsson
Examinator:	Elisabeth Björk Brämberg

---

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Hälsan är idag ojämnt fördelad i Sverige. Genom sjukdomsförebyggande folkhälsoarbete har sjuksköterskan en möjlighet att bidra till minskade hälsoklyftor. Antonovsky har utvecklat begreppet känsla av sammanhang (KASAM) som består av de tre komponenterna meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. Han menar att individers hälsa ökar med ökad KASAM samt att KASAM inte kan förändras på lång sikt. Forskning har dock visat att KASAM kan förändras. Därför kan sjuksköterskan arbeta för att stärka KASAM. **Syfte:** Syftet med denna litteraturstudie var att belysa hur sjuksköterskan kan arbeta hälsofrämjande genom att stödja interventioner som ökar KASAM hos patienter. **Metod:** Den systematiska litteraturstudien baserades på tio kvantitativa artiklar som analyserades och bearbetats utefter syftet. **Resultat:** Resultatet visade att interventioner kan bidra till en höjning av KASAM både på kort och på lång sikt. Sju av de tio artiklarna visade en statistiskt signifikant ökning av KASAM, och vissa av dem redovisade även höjning för varje enskild komponent. **Slutsats:** Utifrån resultatet drogs slutsatsen att sjuksköterskan bör arbeta för att stärka patienters KASAM. Därigenom kan de fatta fler hälsofrämjande beslut.

**Nyckelord:** KASAM, salutogent arbetssätt, interventioner, hälsofrämjande, sjuksköterska

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

sid

<b>INLEDNING</b> .....	1
<b>BAKGRUND</b> .....	1
Hälsa.....	1
Folkhälsa och folkhälsoarbete.....	1
Hälsans fördelning i samhället.....	3
Salutogent perspektiv; KASAM.....	4
Att mäta KASAM.....	5
Problemformulering.....	5
<b>SYFTE</b> .....	5
<b>METOD</b> .....	6
LITTERATURSÖKNING.....	6
ANALYS.....	6
<b>RESULTAT</b> .....	7
SAMTAL SOM INTERVENTION.....	7
UTBILDNING SOM INTERVENTION.....	8
MINDFULNESS OCH FYSISK AKTIVITET SOM INTERVENTION...9	
ÖVERSIKT ÖVER RESULTAT.....	10
<b>DISKUSSION</b> .....	12
METODDISKUSSION.....	12
RESULTATDISKUSSION.....	13
KONKLUSION.....	16
<b>REFERENSER</b> .....	17
<b>BILAGOR</b>	
1 SÖKSCHEMA	
2 ARTIKELÖVERSIKT	

## INLEDNING

Som sjuksköterskor är vi ålagda att arbeta hälsofrämjande – något vi upplever har större fokus under sjuksköterskeutbildningen än i det verkliga arbetslivet. Hälsan är ojämnt fördelad i samhället och målsättningen är att minska hälsoklyftorna. Socialstyrelsen menar att sjuksköterskor har ett viktigt arbete framför sig i att arbeta både hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Vi vill bidra till den positiva utvecklingen.

Utmed vägen har vi stött på begreppet känsla av sammanhang (KASAM), och fascinerats av dess påverkan på hur människor hanterar livet. Visst finns det en koppling, tänkte vi, mellan hur man lyckas med sina försök att ta sig igenom livets svårigheter och hur man sedan mår? Finns det en möjlighet att vi som sjuksköterskor kan arbeta för att stärka patienters KASAM, och därigenom främja deras hälsa genom att hjälpa dem att fatta fler hälsoriktiga beslut?

Vi valde således att göra en litteraturöversikt i ämnet, för att belysa hur vi som sjuksköterskor kan arbeta hälsofrämjande genom att stärka KASAM hos de patienter vi möter. I bakgrunden lyfter vi fram hälsans ojämna fördelning i samhället, samt hur sjuksköterskan bör och kan arbeta för att främja hälsa.

## BAKGRUND

### Hälsa

Enligt WHO:s definition från 1948 är hälsa *”ett tillstånd då individen inte enbart är fri från sjukdom, utan också har en upplevelse av fullständigt välbefinnande såväl fysiskt och psykiskt som socialt”* (1, egen översättning).

Betydelsen av ordet hälsa har kommit att förändras under det senaste århundradet. Från att ha inneburit endast frånvaro av sjukdom, har ordet numera en vidare innebörd. God hälsa innefattar såväl frånvaro av sjukdom som upplevelse av meningsfullhet och välbefinnande. Hälsan ses inte som ett mål i sig själv, utan är snarare ett medel som bidrar till ökad social utveckling och ekonomisk produktivitet (2).

### Folkhälsa och folkhälsoarbete

Folkhälsan beskriver en befolkningsgrupps sjuklighet, dödlighet, levnadsvanor och hälsorisker. Hur den ser ut beror av ett antal faktorer, såsom grundläggande levnadsförhållanden, individens livsstil och förutsättningar för att fatta hälsoriktiga beslut, befolkningens åldersstruktur, ärftliga förhållanden samt de resurser som finns till hands i samhället. Förutom summan av invånarnas hälsa, beskriver folkhälsan också de skillnader som finns mellan olika folkgrupper i befolkningen (2).

Folkhälsoarbetet är målinriktat och syftar till att främja hälsa, förebygga sjukdom och i det långa loppet minska hälsoklyftorna. Därför bör allt folkhälsoarbete vara

förankrat i nationella policyer och målformuleringar. Arbetet riktar sig till såväl individer som befolkningsgrupper och hela samhället. Ett syfte är att öka medvetenheten om de samband som finns mellan levnadsvanor och hälsa. Eftersom det inte är möjligt att helt eliminera hälsoskillnader, är ännu ett syfte för folkhälsoarbetet att så långt det är möjligt, minska de hälsoskillnader som i sig själva är ett resultat av onödiga och orättvisa faktorer. Folkhälsoarbetet strävar alltså efter att minska den ojämlikhet i hälsa som finns i samhället. Jämlikhet i hälsa skulle innebära att inga systematiska och potentiellt påverkbara skillnader skulle finnas mellan olika befolkningar eller befolkningsgrupper, vare sig socialt, ekonomiskt, geografiskt eller efter kön. Alla människors lika värde måste vara utgångspunkten för allt folkhälsoarbete som bedrivs, således bör ojämlikheterna motarbetas (2). Det generella målet för svensk folkhälsopolitik är att skapa förutsättningar i samhället för en god hälsa för hela befolkningen samt att på ett särskilt sätt uppmärksamma de grupper i befolkningen som har den sämsta hälsan. Sverige arbetar efter två principer mot ojämlikhet i hälsa. Den första principen handlar om att påverka de sociala bestämningsfaktorer som leder till ohälsa, och den andra om att främja hälsa genom att samarbeta mellan olika samhällssektorer. Sverige har sedan en lång tid tillbaka antagit en folkhälsopolitisk målsättning att minska sociala skillnader i hälsa, men trots detta har skillnaderna ökat (3). Hälso- och sjukvården spelar en viktig roll i folkhälsoarbetet. Enligt landstingsförbundet har primärvården som uppgift att bland annat kartlägga hälsoproblem och identifiera hälsorisker och riskgrupper, att förmedla kunskap om hälsorisker och hälsofrämjande faktorer samt att genomföra förebyggande åtgärder. *Hälsopromotion* är den hälsofrämjande delen av folkhälsoarbetet, vilken syftar till att ge människor möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa, för att i förlängningen också kunna förbättra den (2).

Det finns tre nivåer av *hälsoprevention*; primärprevention syftar till att förhindra uppkomst av sjukdom, till exempel genom att hjälpa rökare att sluta röka innan en rökningssjukdom bryter ut (5). Sekundärprevention är en åtgärd som syftar till att undvika försämring eller återinsjuknande, till exempel genom att sluta röka efter att en sjukdom redan brutit ut (6). Tertiärprevention innebär att förhindra ytterligare försämring för den som redan är sjuk (2). Ett av personalen välutvecklat hälsofrämjande förhållningssätt gör att patienten känner sig respekterad och stärkt i tron på den egna förmågan (4).

I socialstyrelsens nationella riktlinjer (4) för sjukdomsförebyggande arbete framgår det att rådgivning är grunden för de flesta av de förebyggande åtgärderna. Övriga åtgärder är sekundära och ska ske som tillägg till befintlig rådgivning. Riktlinjerna är här uppdelade i tre nivåer: enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. De enkla råden innebär att hälso- och sjukvårdspersonal mycket kortfattat ger hälsorelaterade råd om att till exempel sluta röka, ibland kombinerat skriftlig information. Dessa följs vanligen inte upp. Rådgivande samtal däremot, innebär snarare dialog än information och kretsar mer kring patienten. Skriftlig information eller någon form av undersökning förekommer ofta och ett rådgivande samtal följs oftast upp. Ett kvalificerat rådgivande samtal är en åtgärd som är mer strukturerad och patientcentrerad. Här ingår sådant som motiverande samtal och beteendeterapi. Det krävs att personalen som utför den kvalificerade rådgivningen är väl utbildad i ämnet (4).

Socialstyrelsen framhåller i sina riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (4) att hälso- och sjukvården framöver ska arbeta mer med sjukdomsförebyggande åtgärder. Patienten får därigenom stöd och hjälp med att förändra ohälsosam livsstil. I dessa riktlinjer finns vetenskapligt belagda metoder rekommenderade för att stödja förändring i levnadsvanor avseende tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet samt ohälsosamma matvanor. Det är dessa levnadsvanor som genererar flest sjukdomsfall i Sveriges samlade sjukdomsburda. Sveriges regering önskar att det sjukdomsförebyggande arbetet stärks, och stöder därför införandet av dessa riktlinjer. Målgrupp för riktlinjerna är såväl beslutsfattare inom hälso- och sjukvården som dess personal, till exempel sjuksköterskor (4).

### **Hälsans fördelning i samhället**

Hälsan är ojämnt fördelad i vårt samhälle, vilket har visats på flera områden (3). Det finns ett samband mellan hälsa och social position; sjukdom och tidig dödlighet ökar allteftersom den sociala positionen minskar. En individs sociala position bestäms av fem faktorer: yrke, utbildningsgrad, inkomst, tillgång till materiella resurser såsom bostadsstandard och bil samt den sociala karaktären på det område individen är bosatt i (2). Hälsan följer en social gradient som Marmot (7) benämner statussyndromet. Den position en människa har sig i den sociala hierarkin har ett tydligt och nära samband till individens hälsa, livslängd och risken för att bli sjuk. Skillnaden är påtaglig överallt, i västvärlden såväl som i utvecklingsländer. Det kan tyckas att alla har det ungefär likadant i Sverige, men i själva verket är skillnaderna stora. Det finns ingen tydlig gräns mellan friska och sjuka, det handlar snarare om en löpande skala, där hälsan stiger med ökad social position. Det har visat sig att de som befinner sig längre ner i hierarkin har ett sämre hälsobeteende och därmed också fler riskfaktorer än de som är högre upp. Enligt Marmot (7) är detta dock inte hela förklaringen till skillnaderna i hälsa, även om det förklarar till en viss del. Om riskfaktorerna kompenseras reduceras skillnaden i hälsa med en tredjedel. Det är alltså inte enbart riskfaktorer och hälsobeteende som är förklaringen till den sociala hälsogradienten. Vad som har störst betydelse för skillnaderna är vilken grad av kontroll en individ har över sitt liv. Automin har således stor betydelse för en människas hälsa (7).

Ett väl använt mått på folkhälsan är medellivslängden, som år 2008 var 83,1 år för kvinnor och 79,1 år för män i Sverige. Före år 1990 kunde man genom folk- och bostadsräkningar följa socioekonomiska skillnader i dödlighet. Idag mäter man istället skillnader mellan grupper med olika lång utbildning för att belysa detta. Den i Sverige ökande medellivslängden beror sannolikt på den höjda utbildningsnivån. Skillnader i dödlighet mellan personer med olika lång utbildning finns inom de flesta dödsorsaker. Förutom skillnad i risk för en förtida död mellan olika socialgrupper, finns också stora skillnader i hur man upplever sitt hälsotillstånd (3). Hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes är vanligare bland lågutbildade än bland högutbildade. Det är betydligt vanligare hos arbetare att ha svår värk och dåligt allmänt hälsotillstånd, än hos tjänstemän. Att överleva bröstcancer är mindre vanligt bland kvinnor med lägre utbildning. Även barn i familjer med lägre socioekonomisk

position påverkas rent hälsomässigt av detta, till exempel är det vanligare för dessa barn att drabbas av astma och allergier, skador och våld (3). Det finns också hälsoskillnader mellan olika etniciteter. Det kan ha sin grund i sådant som skedde innan eller i samband med invandringen, eller att invandringen resulterat i en lägre social position, och ett liv med förändrade riskförhållanden (2). Det är vanligare, i alla åldersgrupper, att arbetare skattar sitt hälsotillstånd som dåligt, än att tjänstemän gör det (3). En högutbildad person har bättre hälsa än den som är lågutbildad, liksom den har bättre hälsa som är högavlönad, än den som är lågavlönad (2).

### **Salutogent perspektiv**

Begreppet salutogenes är sammansatt av det latinska ordet salus som betyder hälsa, och det grekiska ordet genesis som betyder ursprung (8). Istället för att fokusera på varför en människa blir sjuk, intresserade sig Antonovsky (9) för varför hon förblir frisk. Han menade att frågan om vad som orsakar hälsa är mer central än frågan om vad som orsakar sjukdom (9). I det salutogena perspektivet ses människan inte som frisk eller sjuk, utan så länge hon lever befinner hon sig någonstans på ett kontinuum där hon har mer eller mindre hälsa och ohälsa. Det salutogena perspektivet strävar efter att se bortom sjukdomen, så att människan, hennes historia, upplevelse, livssituation och lidande, får vara i fokus. Istället för att fokusera på vad som har orsakat eller kommer att orsaka en viss sjukdom, frågar det salutogena perspektivet hur individen kan ta sig närmare hälso-polen på kontinuumet (10). Det salutogena perspektivet fokuserar på framtiden, på människans friskfaktorer och möjligheter, och tillämpas exempelvis genom att betrakta patienten som en resurs och medproducent (11). Ett hälsofrämjande arbete syftar till att stärka de resurser som står till en individs förfogande (8).

Antonovsky (10) har studerat hur det kommer sig att vissa människor är bättre på att hantera stressorer än andra. Han menar att stressorer i sig inte genererar dålig hälsa, utan att det som avgör stressorers effekt på hälsan är hur individen hanterar dem (10). Ur det salutogena perspektivet formar han två begrepp: generella motståndsresurser (GMR) och KASAM, på engelska sense of coherence (SOC) (9). GMR är de resurser som ger individen kraft att bekämpa stressorer. Exempel på resurser är pengar, kulturell stabilitet, socialt stöd och jagstyrka. KASAM är avgörande för hur en individ möter stressorer i livet. Antonovsky (10) menar att den som har hög KASAM är bättre på att lösa upp spänningar så att de inte vidareutvecklas till stress. I det långa loppet främjas således hälsa medan ohälsa motverkas. KASAM består av tre komponenter: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. En person med höga nivåer av dessa tre har stark KASAM, och den med låga värden har svag KASAM (10).

**Begriplighet** – Hur mycket begriplighet en individ känner avgör hur denne upplever tillvaron som förnuftsmässigt gripbar, att den går att förstå och ordna och inte är kaos. Den med hög begriplighet förväntar sig att det han eller hon utsätts för kommer vara förutsägbart, eller åtminstone gå att ordna om det dyker upp plötsligt.

**Hanterbarhet** – Denna komponent belyser huruvida en individ upplever sig ha resurser till förfogande för att kunna möta de krav som denne ställs inför.

**Meningsfullhet** – Handlar om i vilken utsträckning individen upplever att livet har en känslomässig innebörd, att det är värt att investera i engagemang och hängivelse. Meningsfullheten anses fungera som motivationsgivare till de två övriga komponenterna (10). Westlund (11) hävdar att meningsfullheten kan höjas respektive sänkas genom olika livshändelser.

Antonovsky (10) menar att KASAM utvecklas under de 30 första åren i livet och att människan efter dessa år fått en stabil placering på KASAM-skalan, med denna KASAM möter hon sedan livet. Människan kommer alltid att attackeras av stressorer, men Antonovsky (10) hävdar att en individs KASAM inte förändras påtagligt över tid. Den som från början har hög KASAM kommer att hitta vägar ur svårigheterna, men eftersom stressorerna hela tiden pressar individen kommer denne förbli stabil i sin KASAM. Den med måttlig KASAM kommer att röra sig i en något nedåtgående spiral, eftersom individen inte alltid lyckas med att möta stressorerna. För den med låg KASAM ter sig livet istället som en ond cirkel, eftersom han eller hon gång på gång misslyckas med att möta livets påfrestningar. KASAM kommer således ständigt att försvagas. KASAM kan också förändras tillfälligt, men individen går då snart tillbaka till sitt ursprungsläge. Försök till förändring i KASAM är således inget Antonovsky (10) uppmuntrar, förutom när det gäller särskilda tillfällen. Han menar att det är möjligt att stödja individer mot tillfälligt ökad eller åtminstone bestående KASAM genom att till exempel försöka göra mötet med patienten så skonsamt som möjligt då man ger svåra sjukdomsbesked, eller genom att försöka stärka patientens begriplighet. Westlund (11) menar dock att man ständigt ska arbeta för att stärka individens KASAM.

### **Att mäta KASAM**

KASAM kan mätas genom att ett frågeformulär besvaras av patienten. Antonovsky (10) har tagit fram två olika formulär, ett med 29 frågor, kallat SOC-29 och ett med 13 frågor, kallat SOC-13. Frågorna i formuläret SOC-13 är alla hämtade från SOC-29. Frågorna besvaras på en skala från 1-7, och räknas sedan samman. I SOC-29 ligger poängintervallet mellan 29-203, och i SOC-13 mellan 13-91. Ju högre poäng, desto högre KASAM. Varje formulär innehåller ett antal frågor angående varje komponent, varför det är möjligt att mäta varje komponent enskilt.

### **Problemformulering**

Sjuksköterskan ska arbeta hälsofrämjande med ett salutogent förhållningssätt. Forskning visar att KASAM har stor betydelse för människors hälsa. Har vi som sjuksköterskor möjlighet att stärka KASAM hos patienter och därigenom stödja dem mot hälsoriktiga och hälsofrämjande beslut? Vilka interventioner leder till ökad KASAM för patienten?

### **SYFTE**

Syftet är att belysa hur sjuksköterskan kan arbeta hälsofrämjande genom att stödja interventioner som ökar KASAM hos patienter.



## METOD

En litteraturöversikt innebär att en översikt av kunskapsläget skapas inom ett visst vårdvetenskapligt ämne. Befintlig forskning kartläggs, varefter en viss uppfattning skapas till exempel kring vad som studerats eller vilka metoder som använts. Förutom att litteraturöversikten ger en översikt över ett visst forskningsområde, som är en funktion i sig, kan dess resultat användas som grund till framtida forskning. Litteraturöversikten kan således både vara fristående, och kombineras med fortsatt empirisk forskning. Genomförandet är strukturerat, och inleds med att problemområde identifieras och ett syfte formuleras. Därefter inleds litteratursökningen (12).

## LITTERATURSÖKNING

De databaser som användes vid litteratursökningen var *Cinahl* och *Pubmed*, och sökord som användes var initialt *sense of coherence*, *nurse/nursing* och *intervention*. Senare lades även *care/caring*, *programme*, *salutogenic* och *patient* till för att öka möjligheterna till fler relevanta träffar. Sökorden användes i olika kombinationer. För en detaljerad översikt över sökningen, se bilaga 1. Sökningar som inte genererade några av de använda artiklarna presenteras ej i söktabellen.

Inkluderingskriterier: Artiklarna skulle innehålla en intervention utförd på patienter och ha kartlagt förändring av KASAM. Då artiklar eftersöktes på *Cinahl* användes begränsningen *peer reviewed*. Vidare gjordes inga aktiva begränsningar konsekvent, utan de artiklar som inte fanns i fulltext på *Pubmed* eller *Cinahl* eftersöktes med hjälp av titel på *Google Scholar*. Avseende språk gjordes begränsningen manuellt utifrån de språk författarna behärskar; svenska, engelska, norska och danska. Inga aktiva begränsningar gjordes vad gäller årtal.

## ANALYS

Först genomlästes titlarna för att en första bedömning av artiklarnas relevans för ämnet skulle kunna göras. Därefter lästes abstracten i de via titeln utvalda artiklarna. Då abstracten verkade svara på syftet lästes artiklarna igenom i sin helhet. 23 artiklar genomlästes, varav 13 uteslöts. Nio visade sig inte innehålla någon egentlig intervention, två var inte vetenskapliga artiklar, en var en review, och en presenterade inte KASAM i resultatet. Eftersom det visade sig vara svårt att hitta artiklar inkluderades även en artikel där studien genomförts med anhöriga (13).

Kvar blev tio artiklar, alla genomförda med kvantitativ ansats, som studerades var och en för sig. De analyserades och bearbetades utifrån syftet genom upprepad läsning. Artiklarnas giltighet bedömdes först med stöd av Friberg (14), där till exempel följande frågor ställdes; finns det en tydlig frågeställning? Är interventionen väl beskriven? Verkar resultaten rimliga (14)? Därefter granskades de med hjälp av Willmans et al. granskningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ ansats. Där bedömdes bland annat forskningsmetod, patientkaraktär, urval, bortfall, instrument och huruvida resultatet var generaliserbart eller ej (15). Kvaliteten redovisas i artikelöversikten, se bilaga 2, som också beskriver artiklarnas

syfte och resultat. Interventionerna i studierna analyserades ingående, det sattes överskrifter på olika interventioner, till exempel föredrag, föreläsning och utbildning. Alla överskrifter kategoriserades sedan in i olika teman genom färgkodning. De tre teman som slutligen framkom var; samtal som intervention, utbildning som intervention samt mindfulness och fysisk aktivitet som intervention. Dessa förekom i flera olika kombinationer. Ännu en gång bearbetades artiklarna, och då med fokus på interventionernas inverkan på KASAM och dess komponenter. Tabell 1 redovisar mätinstrument, statistisk signifikans samt tid för uppföljning. För redogörelse av interventionernas resultat komponent för komponent, se tabell 2. En av de tio artiklarna beskriver inte ett etiskt godkännande (17), dock skriver Friberg (16) att alla artiklar som presenteras i vetenskapliga tidsskrifter genomgått en viss bedömning avseende innehåll och genomförande. Därav kan slutsatsen dras att även denna artikel (17) är etiskt godkänd.

## **RESULTAT**

Resultatet presenteras således i tre delar utefter de teman som framkom i analysfasen; samtal som intervention, utbildning som intervention samt mindfulness och fysisk aktivitet som intervention.

### **SAMTAL SOM INTERVENTION**

Följande studier innehåller en väsentlig del samtal i sina interventioner. Tre studier avsåg att utvärdera resultatet av ett interventionsprogram med syfte att bland annat stärka KASAM (13, 18, 19). Programmen bestod av utbildning i form av föreläsningar och av samtal i form av diskussionsgrupper (13, 18, 19). Interventionen riktades till olika grupper; patienter med inflammatorisk tarmsjukdom (18), kvinnor som genomgått bröstcanceroperation (19) samt anhöriga till individer med bipolär sjukdom (13). Gemensamt för interventionerna var att varje träff började med att ett specifikt tema eller ämne presenterades av en gruppleddare för att sedan mynna ut i en gruppdiskussion där deltagarna fick chans att uttrycka reaktioner och känslor samt att dela egna erfarenheter (13, 18, 19). I en av studierna fick deltagarna även utöva rollspel för att träna på hur olika situationer kan klaras av (13). I en studie erbjöds deltagarna att medverka i avslappningsövningar (19). Grupperna träffades vid fyra (19, 18), respektive tio (13) tillfällen för att diskutera tillsammans i grupp. De mätinstrument som användes för att mäta KASAM var SOC-29 (13, 18) samt SOC-13 (19). Oxelmark et al. (18) visar att gruppdiskussioner tillsammans med föreläsningar gav en statistiskt signifikant ökning av KASAM hos patienter med kortare tid sedan diagnos, vid uppföljning efter nio månader. KASAM ökade, men inte statistiskt signifikant för Jönsson et al. (13). I den tredje studien var det efter ett år en betydande skillnad i KASAM mellan de två grupperna, då interventionsgruppens KASAM ökat och kontrollgruppens KASAM minskat (19). Alla tre interventioner gav alltså ökad KASAM, men i olika utsträckning (13, 18, 19).

Ytterligare två studier syftade till att bland annat höja KASAM genom samtal och diskussion. Gemensamt för studierna var att interventionen enbart bestod av samtalsterapi; i form av enskilt samtal (20) och gruppsamtal (21). Langeland et al. (20) riktade sin intervention till individer med psykiska problem och träffade patienterna för gruppsamtal vid 16 tillfällen á 90 minuter. Delbar et al. (21) riktade sig till cancerpatienter och en sjuksköterska träffade dessa en och en vid 16 tillfällen á 120 minuter. I båda samtalsformerna bearbetades känslor och diskuterades problem som kan uppstå i vardagen och hur dessa kan lösas på bästa sätt. Båda interventionerna använde SOC-29 för att mäta KASAM och de visade båda statistisk signifikant ökning av KASAM (20, 21). Langeland et al. (20) gjorde även en mätning efter sex månader, men i resultatet framgår varken ökningens storlek eller statistisk signifikans. Det framkom att hanterbarhet var den KASAM-komponent som ökat mest i de båda studierna, med statistisk signifikans. De övriga två komponenterna ökade också med statistisk signifikans i båda studierna, med undantag för meningsfullhet i Langelands et al. (20) studie. Deltagande i en samtalsintervention verkar således främst höja individers hanterbarhet (20, 21).

Norrbrink Budh et al. (22) fann att KASAM ökade efter en intervention innehållande ett tvärvetenskapligt smärtlindringsprogram för patienter med ryggmärgsskada och kronisk nervsmärta. Deltagarna möttes 90 minuter i veckan i 10 veckor och deltog i beteendeterapi i gruppform. Utöver beteendeterapi fick deltagarna även undervisning och övning i avslappning och kroppsmedvetenhet (22). Som mätinstrument användes SOC-29 och genom programmet ökade KASAM hos interventionsgruppen, dock inte med statistisk signifikans. Då kontrollgruppens KASAM minskade bidrog programmet till en betydande skillnad i KASAM mellan de båda grupperna efter intervention (22).

## **UTBILDNING SOM INTERVENTION**

Följande studier innehåller en väsentlig del utbildning i sina interventioner. Två studier genomförde utbildningsinterventioner för att se om KASAM kunde stärkas genom detta (13, 19). Interventionerna fokuserade på olika grupper; kvinnor som genomgått bröstcanceroperation (19) samt anhöriga till personer med bipolär sjukdom (13). Under utbildningen började varje träff med en introducerande föreläsning inom olika ämnen (13, 19). Deltagarna fick även lära sig strategier för att hantera problemsituationer (19). Utbildningsinterventionen bestod av fyra träffar á 60 minuter (19) respektive tio träffar á 90 minuter, där introduktionen av dagens ämne inkluderades (13). Deltagarna i denna studie fick även ett kompendium med introduktionerna i slutet av programmet (13). Koinbergs et al. (19) utbildningsprogram utgick från ett holistiskt och salutogent perspektiv med fokus på hälsa som resurs och att stärka förmågan av egenvård hos deltagarna (19). Utöver utbildning innehöll interventionen samtal och diskussion i grupp (13, 19). I en av studierna erbjöds deltagarna även att medverka i avslappningsövningar (19). Som mätinstrument användes SOC-29 (13) respektive SOC-13 (19). KASAM ökade inte statistiskt signifikant i någon av grupperna (13, 19). Dock visar Koinberg et al. (19) att det ett år efter interventionen fanns en betydande skillnad mellan kontroll- och interventionsgrupp då KASAM hade sjunkit respektive ökat (19).

I två andra studier konstaterades det att KASAM kan höjas genom ett gruppbaserat interventionsprogram bestående av föreläsningar samt gruppsamtal (18, 22). I en studie ingick även övning i avslappning och kroppsmedvetenhet (22). Interventionerna riktade sig till patienter med inflammatorisk tarmsjukdom (18) respektive patienter med ryggmärgsskada och kronisk nervsmärta (22). Utbildningsinterventionerna bestod i den ena studien av fem föreläsningar (18) samt tio föreläsningar á 90 minuter i den andra (22). Föreläsningarna innehöll information och utbildning om de olika sjukdomarna, farmakologisk behandling, anatomi och fysiologi (18, 22), olika undersökningar och kirurgiska ingrepp demonstrerades (18) och patienter ombads välja en eller flera böcker att läsa som behandlade området smärta (22). Båda studierna använde sig av SOC-29 för att mäta skillnaden i KASAM före och efter interventionen (18, 22). Oxelmark et al. (18) visar att föreläsningarna i kombination med gruppterapi gav en statistiskt signifikant ökning av KASAM hos patienter som fått sin diagnos för mindre än tre år sedan, då KASAM mättes nio månader efter interventionen. Norrbrink Budh et al. (22) redovisar att interventionen gav ökad, men inte statistiskt signifikant ökad, KASAM. Kontrollgruppens KASAM minskade dock, vilket gav en betydande skillnad mellan grupperna.

Forsberg et al. (23) fann en statistiskt signifikant ökning vad det gäller KASAM hos personer med psykisk funktionsnedsättning efter en studiecirkelintervention. Varje studiecirkel bestod av två till sju patienter som träffades i två timmar vid två tillfällen per vecka under 12 månader, alla studiecirkel hade samma ledare. Den ena veckoträffen fokuserade på utbildning om mat, vad man bör äta och vad som är nyttigt. Det informerades även om tobak, alkohol och droger. Efter föreläsningen lagade de näringsriktig mat tillsammans. Vid den andra veckoträffen utövades fysisk aktivitet. Denna intervention ökade KASAM statistiskt signifikant, och det visades även att komponenterna hanterbarhet och begriplighet ökade mest (23).

## **MINDFULNESS OCH FYSISK AKTIVITET SOM INTERVENTION**

Följande studier innehåller en väsentlig del mindfulness eller fysisk aktivitet i sina interventioner. Tre studier visade att KASAM ökade genom en intervention som syftade till att minska stress genom ett mindfulnessbaserat meditationsprogram (17, 24, 25). Studierna riktade sig till kvinnor med fibromyalgi (24), kvinnor som avslutat bröstcancerbehandling (25) samt patienter som avslutat bröstcancerbehandling eller behandling av annan kronisk sjukdom (17). Interventionerna pågick under åtta veckor och bestod av ett samlingstillfälle i veckan á 150 minuter. Studierna beskriver tre tekniker; bodyscan, sittande meditation och yoga (17, 24, 25), som avsåg att hjälpa deltagarna att vara lyhörda då stressiga situationer uppstod (24) samt att ge dem meditativ mindfulness som ett verktyg att använda sig av i mötet med stress (25). Teknikerna innebar följande; bodyscan – att i liggande position systematiskt gå igenom hela kroppen steg för steg och känna hur det känns. Sittande meditation – att rikta uppmärksamheten först till andningen och sedan vidare till en medvetenhet om hur det känns i kroppen sensoriskt såväl som kognitivt. Yoga – att stimulera avslappnad och fokuserad rörelse (24). Dobkin et al. (17) och Matousek et al. (25) beskriver även i sina studier ett fjärde tema; meditation som involverar visuell fantasi. Deltagarna i dessa studier fick delta i en sex timmar

lång retreat som syftade till att stärka vad de lärt sig under samtalstillfällena. Retreaten var placerad sex veckor in i programmet (17, 25). Studierna beskriver att deltagarna fick hemuppgifter att göra och uppgifterna var relaterade till vad som gjordes under mötena (17, 24, 25). I två av studierna uppmuntrades deltagarna att göra dessa hemövningar varje dag (24, 25), och i två av studierna bestod hemuppgifterna även i att integrera mindfulness i vardagen (17, 25). Interventionsresultatet vad gäller KASAM mättes med hjälp av SOC-29 och i alla studier gav programmet en statistisk signifikant ökning hos interventionsgruppen (17, 24, 25). Matousek et al. (25) beskriver att den komponent som ökade mest hos deltagarna i interventionsgruppen var begriplighet, som ökade med statistisk signifikans. Meningsfullheten ökade också med statistisk signifikans. Även hanterbarheten ökade, dock utan statistisk signifikans (25). Möjligen kan man därav dra slutsatsen att begriplighet är den komponent som ökar mest vid interventioner som enbart handlat om meditativ mindfulness.

Norrbrink Budh et al. (22) genomförde en intervention för patienter med ryggsmärta och kronisk nervsmärta, och fann att KASAM höjdes efter detta. Deltagarna träffades vid två tillfällen per vecka i tio veckor för att, i kombination med undervisning och beteendeterapi, lära sig avslappningsövningar och kroppsmedvetenhetsövningar. Förändring av KASAM efter programmet mättes med hjälp av SOC-29 och visade en ökning hos interventionsgruppen. Även om ökningen i KASAM var svag, var det en betydande skillnad jämfört med kontrollgruppen, då deras KASAM minskat (22).

En intervention, utformad som en studiecirkel, bestod bland annat av undervisning om kroppen, och om vikten av att vara aktiv för att undvika skador och bibehålla kroppsliga funktioner. Andra teman i studiecirkeln var näringsriktig mat, alkohol, tobak och droger. Deltagarna träffades en gång i veckan i 12 månader under två timmar för att utöva fysisk aktivitet tillsammans. Alla i gruppen hade någon form av psykisk funktionsnedsättning. Efter interventionsprogrammet mätte man skillnad i KASAM och använde sig av SOC-13, mätningen visade då en statistisk signifikant ökad KASAM hos interventionsgruppen. De komponenter som ökat mest var hanterbarhet och begriplighet. Detta visar att ett program som utöver kroppen också innehåller utbildning, inte bara ökar begriplighet utan dessutom ökar komponenten hanterbarhet hos deltagarna (23).

## **ÖVERSIKT ÖVER RESULTAT**

Alla studier har alltså visat ökning vad det gäller KASAM (tabell 1, tabell 2)), de flesta med statistisk signifikans (17, 18, 20, 21, 23-25) men även några utan (13, 19, 22). Alla studier som haft någon typ av kontrollgrupp har påvisat att kontrollgruppens KASAM sjunkit vid uppföljningen (18-22, 24).

Tabell 1 – resultat över ökning i KASAM, mätinstrument, statistisk signifikans och tid för uppföljning.

Studie	Baseline	Uppföljning	Mätinstrument
13	145,7	ns <sup>1</sup>	SOC-29
17	130,08	138,99 *** <sup>1</sup>	SOC-29
18	132,2	145,3* <sup>2</sup>	SOC-29
19	69,8	70,9 ns <sup>3</sup>	SOC-13
20	120	125* <sup>1</sup>	SOC-29
21	138,58	153,08*** <sup>1</sup>	SOC-29
22	147	149,5 ns <sup>3</sup>	SOC-29
23	52,8	61,2** <sup>1</sup>	SOC-13
24	130,51	139,54 * <sup>1</sup>	SOC-29
25	133,56	142,51 *** <sup>1</sup>	SOC-29

\* p<0,05

\*\* p<0,01

\*\*\* p<0,001

ns = ingen signifikans

<sup>1</sup> direkt efter intervention

<sup>2</sup> nio månader efter intervention

<sup>3</sup> tolv månader efter intervention

Tabell 2 – resultat över ökning i varje enskild komponent

Studie	Ökning hanterbarhet	Ökning begriplighet	Ökning meningsfullhet
20	43 – 45 ** <sup>1</sup>	42 – 44** <sup>1</sup>	35 – 37ns <sup>1</sup>
21	48,27 – 53,88 *** <sup>1</sup>	48,85 – 53,79** <sup>1</sup>	41,46 – 45,41 ** <sup>1</sup>
23	Ökning <sup>1, A</sup>	Ökning <sup>1, A</sup>	
25	47,89 – 49,67ns <sup>1</sup>	42,74 – 46,67 *** <sup>1</sup>	42,93 – 46,18*** <sup>1</sup>

\*\* p<0,010

\*\*\* p<0,001

ns = ingen signifikant

<sup>1</sup> direkt efter intervention

<sup>A</sup> går ej att utläsa siffervärde

## DISKUSSION

### METODDISKUSSION

I studien inkluderades tio artiklar, alla genomförda med kvantitativ ansats. Eftersom det var svårt att hitta artiklar som svarade på syftet gjordes sökningen utan några egentliga begränsningar, förutom beträffande *peer reviewed* på *Cinahl*. Istället utfördes begränsningen manuellt, vilket kan ha varit studien till gagn – hade vi begränsat oss till fri fulltext flera relevanta artiklar uteblivit, som nu kunde hämtas från *Google Scholar*. Det var dock ett antal studier som inte gick att hitta i fulltext, och kanske hade resultatet sett annorlunda ut om vi fått tillgång till dem. Avseende tidsaspekten bortsågs den ifrån den på grund av att det var svårt att hitta relevanta studier. En möjlig anledning till att så få artiklar hittades kan ha varit att fel sökord använts. Vi samtalade sinsemellan, letade efter möjliga sökord i redan funna artiklar och kom fram till att träffarna skulle bli alltför irrelevanta om sökord uteslöts. Hade perspektivet vidgats utanför sjuksköterskans, hade det antagligen funnits ett mycket stort antal studier, men att manuellt försöka leta artiklar utan att använda för syftet relevanta sökord i hopp om att hitta några få artiklar till kändes alltför tidskrävande. Möjligtvis hade det genererat ytterligare artiklar, som skulle kunna ha bidragit till ett annorlunda resultat. Syftet med studien var att söka artiklar som beskriver interventioner som syftar till att höja KASAM. Det finns då en risk att artiklar som inte kartlagt skillnad i KASAM har förbisetts, varför en viss bias kan ha uppstått. Detta är dock en exkludering som inte genomförts medvetet, och vi kan inte erinra oss att sådana artiklar påträffats under sökandet, men faktum kvarstår: ingen av de inkluderade artiklarna saknar positiv förändring av KASAM.

Fyra av de inkluderade studierna var randomiserade kontrollerade studier (18, 20, 23, 24), som anses inneha den högsta bevisstyrkan (14). Vi menar att de övriga studierna (13, 17, 19, 21, 22, 25) också har hög tillförlitlighet eftersom kohortstudier och kontrollerade jämförelsestudier har hög, om än inte lika hög, tillförlitlighet (14). Detta ger styrka åt resultatet. Nio (13, 18-25) av de tio artiklarna hade ett etiskt godkännande. Dock menar Friberg (16) att alla vetenskapliga artiklar som publiceras genomgått en viss bedömning; att de är av god kvalitet både vad gäller innehåll och genomförande. Därför förutsätts här att detta godkännande också innehåller en viss etisk aspekt. Studierna bedömdes vara etiskt försvarbara också beträffande patientgrupperna, då alla patienter fått ge sitt samtycke för deltagande. De har också varit fria att lämna studien om så önskats. Fem av de valda artiklarna bedömdes ha hög kvalitet (18-21, 23) och fem medelhög kvalitet (13, 17, 22, 24, 25). Att de endast fått medelhögt betyg beror främst på faktorer som att studien inte var randomiserad (13, 19, 22, 17), att det var ett stort bortfall (13, 24), saknades redogörelse för bortfall (17, 22) eller att det inte gjorts uppföljning på lång sikt (17, 24). Vi menar att de studier som gjort uppföljning på lång sikt är extra föredömliga (18, 19, 22), eftersom Antonovsky (10) menar att KASAM endast kan höjas tillfälligt. Det vore intressant om studierna antingen bekräftade eller dementerade hans påstående.

Nio av tio artiklar är genomförda i västvärlden (13, 17-20, 22-25) och en i Israel (21), vilket ger dem en hög applicerbarhet för vårt samhälle. De är dessutom alla genomförda på 2000-talet, vilket förstärker applicerbarheten ytterligare. En annan

styrka för denna studie är att enbart kvantitativa artiklar använts, som även om de riktat sig till olika patientgrupper endast använt två olika mätinstrument; SOC-13 och SOC-29, båda framtagna av Antonovsky (10). Eftersom SOC-13 innehåller ett urval av frågor från SOC-29, är de till stor del lika, vilket gör att resultatet blir enkelt att jämföra. Att studien riktat sig till olika patientgrupper kan ses både som en styrka och en svaghet; det visar att interventioner som syftar till att höja KASAM kan ha ett brett användningsområde, men det leder också till att vi inte haft möjlighet att ta del av studier som utfört interventioner på mer homogena patientgrupper.

Då sjuksköterskeprogrammet innehåller förhållandevis lite undervisning kring statistik kan vår begränsade kunskap ha inneburit risker dels för feltolkning, men också för att väsentligt innehåll förbisetts. Trots ansträngning visade det sig vara svårt att tolka en tabell i Jönssons et al. (13) studie, varför eventuellt viktiga data gått förlorad.

De två tabellerna har gjorts för att på ett enkelt sätt ge en överblick över hur stor ökningen i KASAM varit vid olika mätningar över tid, och även för att det ska kunna utläsas om ökningen varit statistiskt signifikant eller ej. I tabell 1 beskrivs storleken på KASAM-ökningen, och vid vilken tid uppföljning skett. Tabell 2 presenterar de studier som redovisat förändring för varje enskild komponent, den visar därmed endast fyra studier (20, 21, 23, 25).

## RESULTATDISKUSSION

Det har i resultatdelen redogjorts för interventioner som alla genererat förhöjd KASAM, huvudsakligen vad gäller kort sikt, och för tre även på lång sikt. Tre teman utkristalliserades; samtal som intervention, utbildning som intervention samt mindfulness och fysisk aktivitet som intervention.

Fyra studier (13, 18, 19, 22) genererade en höjning i KASAM genom interventioner bestående av framförallt utbildning och gruppdiskussion (18, 19, 13), i en studie ingick också avslappning (22). Socialstyrelsen framhåller i de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder (4) att rådgivning är den grundläggande delen av det hälsofrämjande arbetet, vilket vi anser att dessa interventioner utgår ifrån (13, 18, 19, 22). Varken Koinberg et al. (19), Jönsson et al. (13) eller Norrbrink Budh et al. (22) påvisar statistiskt signifikanta ökningar i KASAM, vilket däremot Oxelmark et al. (18) gör. Forsberg et al. (23) påvisar en statistiskt signifikant ökning i KASAM genom en studiecirkel. Vi anser att även Forsberg et al. (23) beskriver en rådgivningsintervention, dock med praktiska och aktivitetsrelaterade inslag. Detta stämmer väl överens med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (4). Dessa metoder menar vi att sjuksköterskan kan använda sig av i sitt dagliga arbete, i synnerhet när det gäller rådgivning. Att ge ett enkelt hälsorelaterat råd tar inte många minuter i anspråk, varför sjuksköterskan inte har någon anledning att låta bli.

Två studier genomförde interventioner med samtalsterapi, enskilt (21) och i grupp (20). Dessa båda gav en statistiskt signifikant ökning i KASAM, där hanterbarhet var den komponent som ökade mest, också den med statistiskt signifikans.



Langeland et al. (20) påvisar också en signifikant ökning i begriplighet, och Delbar et al. (21) påvisar också statistiskt signifikanta ökningarna i såväl begriplighet som meningsfullhet. Man kan jämföra de enskilda samtalen i Delbars et al. (21) studie med det kvalificerade rådgivande samtalet som beskrivs i de nationella riktlinjerna (4). Samtalsgrupper verkar således vara en bra metod för ökad KASAM. Sjuksköterskan i primärvården har möjlighet att leda samtalsgrupper för patienter som till exempel drabbats av sjukdom eller som vill sluta röka. Eftersom primärvården har i uppgift att förmedla kunskap om hälsofrämjande faktorer och att genomföra förebyggande åtgärder (2) passar denna typ av interventioner bra där.

I tre av studierna fick deltagarna hemuppgifter (17, 24, 25), till exempel att integrera mindfulness i vardagen (17, 25). Dessa tre studier har alla visat statistiskt signifikant ökning av KASAM (17, 24, 25). Att ge en hemuppgift är att ge patienten ett egenansvar, där patienten blir medproducent, vilket är centralt i det salutogena perspektivet (11). Sjuksköterskans hälsofrämjande åtgärder ska hjälpa patienter till ökad kontroll över sin hälsa, för att i förlängningen också kunna förbättra den. Därför är det viktigt att sjuksköterskan i sitt hälsofrämjande arbete bjuder in patienten till ett egenansvar, som genererar en möjlighet att öka KASAM och därigenom hälsan (2). Matousek et al. (25) påvisar att begriplighet och meningsfullhet var de komponenter som ökade mest, med statistisk signifikans. Också Forsberg et al. (23) beskriver att begriplighet är en av de två komponenterna som ökat mest i deras studiecirkelsintervention, dock utan statistisk signifikans angiven. Vi anser att det är starkt hälsofrämjande att bjuda in patienten att vara medproducent, eftersom egenansvar gör det möjligt till ökad kontroll. Marmot (7) menar att hälsoskillnaderna minskar när individer får större deltagande och kontroll över sina liv, att autonomi har stor inverkan på hälsan. Sjuksköterskan kan bidra till patientens ökade kontroll genom att ge ansvarsuppgifter samt bjuda in till delaktighet i beslut. Därmed blir denne en resurs, vilket överensstämmer med det salutogena perspektivet (8).

Sex av artiklarna har inte tagit upp vilken eller vilka av KASAM-komponenterna som ökat mest, vilket bidrar till att det är svårt att veta vad interventionerna lett till mer specifikt (13, 17-19, 22, 24). En möjlighet är att skillnaden mellan komponenternas ökning varit obefintlig, varför författarna valt att inte ta upp detta i sitt resultat.

Det är alltså fyra av de tio artiklarna som har beskrivit vilken eller vilka av KASAM-komponenterna som ökat mest (20, 21, 23, 25). Hanterbarhet är den komponent som flest studier beskriver som den mest ökade (20, 21, 23) med statistisk signifikans i Delbars et al. (21) och Langelands et al. (20) studier. Delbar et al. (21) beskriver dock att alla komponenter ökat med statistisk signifikans, medan Langeland et al. (20) beskriver att begriplighet ökat med statistisk signifikans, men inte meningsfullhet. Forsberg et al. (23) beskriver på samma sätt att hanterbarhet och begriplighet var de komponenter som ökat mest, dock beskrivs varken statistisk signifikans eller ökningens storlek. Matousek et al. (25) beskriver att meningsfullheten ökat med statistisk signifikans, men inte hanterbarheten. Tillsammans visar detta att hanterbarhet verkar vara den komponent som ökar mest efter interventioner som syftar till att stärka KASAM (20, 21, 23). Antonovsky (10) skriver att meningsfullheten ofta fungerar som motivation till ökning av de andra

komponenterna, varför det hade varit intressant att ta del av interventionernas effekt avseende varje enskild komponent. Två av studierna (21, 25) beskriver att meningsfullhet ökat statistiskt signifikant. Något samband mellan dessa studier ser vi dock ej. Det hade varit intressant att få ännu mer kunskap i hur man som sjuksköterska kan främja meningsfullheten, just eftersom den är motivationsgivaren.

Utifrån detta kan man reflektera kring om någon särskild intervention är kopplad till någon särskild komponent. Rena samtalsinterventioner verkar höja alla komponenter, och i synnerhet hanterbarhet (20, 21), medan en intervention med utbildning och fysisk aktivitet verkar höja hanterbarhet och begriplighet (23). En intervention baserad på mindfulness meditation verkar däremot höja framför allt begriplighet men också meningsfullhet och hanterbarhet (25). Då inte fler artiklar presenterar ökningen komponent för komponent kan dock inga slutsatser dras avseende detta. Kanske har sådant som grupsammansättning och antal sessioner också påverkat vilken komponent som ökat mest.

Även om meningsfullheten är motivationsgivaren, skriver Antonovsky (10) ingenting om att man ska fokusera på att höja den. Han skriver däremot att när man tillfälligt ämnar öka KASAM, bör man fokusera på begripligheten. En större begriplighet skulle för patienten innebära en ökad förståelse, och han eller hon skulle förhoppningsvis bättre kunna strukturera sin tillvaro. Vad gäller hanterbarhet skulle en höjning leda till att patienten skulle uppleva sig ha resurser till att möta kraven. Hanterbarheten höjdes med statistisk signifikans i samtalsinterventioner (20, 21). Några av studierna (20, 21, 25) påvisade förhöjd meningsfullhet. Westlund (11) menar att meningsfullheten förändras under hela livet genom livshändelser. Kanske kan det förklara varför meningsfullheten inte var den som höjdes mest i någon studie – för att den hänger mer ihop mer med livet i allmänhet. Vi hade önskat att fler studier presenterat ökningen komponent för komponent.

Fyra av studierna (18-20, 22) har mätt KASAM också på lång sikt, efter sex (20), nio (18) respektive 12 månader (19, 22) efter avslutad intervention. Langeland et al. (20) skriver att de mätt KASAM efter sex månader, och att två tredjedelar av deltagarna hade fortsatt förhöjd KASAM, dock redogörs det ej för statistisk signifikans. Oxelmark et al. (18) beskriver att KASAM efter nio månader fortfarande ökat med statistisk signifikans. Koinberg et al. (19) beskriver att det efter ett år fortfarande var en skillnad mellan grupperna, dock ej statistiskt signifikant. Norrbrink Budh et al. (22) har enbart följt upp KASAM efter ett år, och även om KASAM hade ökat, var ökningen inte statistiskt signifikant. Vid uppföljning är det således bara en studie (18) som visat på fortsatt statistiskt signifikant förhöjd KASAM. Denna studie motbevisar Antonovskys (10) antagande om att KASAM inte går att förändra över tid, dock är det bara sex deltagare i denna grupp, varför resultatets trovärdighet kan ifrågasättas. Övriga tre studier (20, 19, 22) bekräftar hans teori då de vid mätning efter en längre tidsperiod inte påvisat att KASAM ökat med statistisk signifikans. Dock har de ökat, vilket är anmärkningsvärt med tanke på att Antonovsky (10) hävdar att KASAM inte kan ökas över tid. Vad han menar med längre tid kan man enbart spekulera kring. Smith et al. (26) påvisar i en studie att KASAM förändrats hos individer över en fyraårsperiod. Eriksson et al. (27) bekräftar detta genom att i sin studie visa att KASAM förändras över tid i större utsträckning än vad man

ursprungligen trott, samt att KASAM verkar höjas med åldern. Tillsammans med Westlund (11) pekar dessa studier på att Antonovskys (10) antagande om ett stabilt KASAM inte stämmer. Vi hade önskat att fler studier gjort uppföljning på längre sikt, för att ytterligare kunna bekräfta eller dementera Antonovskys uppfattning.

Alla studier som haft någon form av kontrollgrupp (18-22, 24) har visat att kontrollgruppens KASAM sjunkit vid uppföljningen. Detta anser vi är anmärkningsvärt, med tanke på att Antonovsky (10) menar att KASAM förblir stabilt genom livet. Den med låg KASAM kan dock sjunka ytterligare vid misslyckande av att lösa upp stressorer. Ingen av artiklarna i studien har visat att det funnits statistiskt signifikant skillnad i KASAM mellan grupperna från början, eller att någon grupp haft låg KASAM, varför den nedåtgående förändringen inte kan förklaras av detta. Westlund (11) menar att KASAM förändras genom stora livshändelser. Ytterligare två studier har visat att KASAM sjunker i samband med negativa livshändelser (28, 29). Tillsammans med sex artiklar i denna studie (18-22, 24) styrker de att Westlund (11) har en poäng avseende detta. Kanske är det deras sjukdom eller livssituation som sänkt meningsfullheten, och därigenom också deras totala KASAM. Detta, anser vi, är något som motiverar sjuksköterskan att arbeta för att stärka KASAM då han eller hon möter patienter som går igenom svåra perioder. Dessa studier visar att den som inte fått stöd genom en intervention liknande de som nämns i resultatet i förlängningen får lägre KASAM (18-21, 22, 24). Antonovsky (10) menar att man ska skona individers KASAM i sådana situationer, varför det är av stor vikt att vi som sjuksköterskor tar detta till oss, för att i framtiden kunna arbeta mer hälsofrämjande med patienter i svåra situationer. Detta kan vara till stor hjälp för deras upplevda KASAM, och således i förlängningen också för deras hälsa.

## **KONKLUSION**

Vår studie visar att KASAM kan höjas både på lång och kort sikt genom olika interventioner. Alla interventioner har påvisat ökad KASAM, och måste därför ses som KASAM-höjande. Med tanke på de positiva effekter hög KASAM har på hälsan, är det befogat för sjuksköterskor att arbeta med interventioner som syftar till att öka KASAM. Vårt resultat visar att detta är möjligt, och ger dessutom exempel på hur man kan gå tillväga. Sjuksköterskan kan arbeta med samtal, antingen enskilt samtal eller i grupp. Hon eller han kan också arbeta med utbildning, i form av rådgivning eller föreläsningar och slutligen i form av fysisk aktivitet eller genom att lära patienter att praktisera mindfulness. Vi anser därför att detta resultat är en bra grund att stå på då sjuksköterskan önskar arbeta hälsofrämjande. Fortsatt forskning behövs, dels för att ytterligare bekräfta effekten på lång sikt, och dels på grund av det knappa utbudet av studier.

Vi menar att patientens KASAM bör höjas, det vill säga, att denne ska få mer meningsfullhet, högre begriplighet och större hanterbarhet. Detta tror vi kommer att leda till att patienten fattar fler hälsoriktiga beslut. I förlängningen skulle detta kunna minska riskfaktorer, vilket är centralt i arbetet för att motverka ojämlikhet i hälsa. På så sätt kan vi som sjuksköterskor bidra till att minska hälsoskillnaderna i samhället.

## REFERENSLISTA

1. WHO, WHO definition of Health. (elektronisk.) (2003) Tillgänglig: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> 2012-12-14
2. Pellmer K, Wramner B, Wramner H. Grundläggande folkhälsovetenskap. 3. uppl. Stockholm: Liber; 2012.
3. Danielsson M, Talbäck M. Folkhälsan i översikt. I: Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2009.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning.
5. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank – primärprevention. (elektronisk.) (2009) Tillgänglig: <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/ViewTerm.aspx?TermID=4612> 12-11-05
6. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank – sekundärprevention. (elektronisk.) (2009) Tillgänglig: <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/ViewTerm.aspx?TermID=4613> 12-11-05
7. Marmot, M. Statussyndromet. Stockholm: Natur och kultur, 2004.
8. Kristenson M, Wijk H, Müssener U, Hertting A. Begreppen hälsa och hälsofrämjande. I: Hertting A, Kristenson M, (red.) Hälsofrämjande möten från barnhälsovård till palliativ vård. Lund: Studentlitteratur; 2012
9. Bengt Lindström - Kumlin T. Känsla av sammanhang i teori, empiri och kritik. Stockholm: Forskningsrådsnämnden; 1998.
10. Antonovsky A. Hälsans mysterium. 2. uppl. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur; 1991.
11. Westlund P, Sjöberg A. Planera för mirakel. Arbeta salutogent, stärk KASAM. Stockholm: Fortbildning AB; 2008.
12. Friberg F. Att göra en litteraturoversikt. I: Friberg F, (red.) Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. 1 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2006.
13. Jönsson PD, Wijk H, Danielson E, Skärsäter I. Outcomes of an educational intervention for the family of a person with bipolar disorder: a 2-year follow-up study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. 2011;18(4):333-41.
14. Segesten K. Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. I: Friberg F, (red.) Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. 1 uppl. : Studentlitteratur; 2006
15. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad omvårdnad En bro mellan forskning & klinisk verksamhet. 3. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2011.
16. Segesten K. Användbara texter. I: Friberg F, (red) Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. 1 uppl. Lund; Studentlitteratur; 2006.
17. Dobkin P L, Zhao Q. Increased mindfulness – the active component of the mindfulness-based stress reduction program? *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2011;17(1):22-7.

18. Oxelmark L, Magnusson A, Löfberg R, Hillerås P. Group-based intervention program in inflammatory bowel disease patients: effects on quality of life. *Inflammatory Bowel Disease*. 2007;13(2):182-90.
19. Koinberg I, Langius-Eklöf A, Holmberg L, Fridlund B. The usefulness of a multidisciplinary educational programme after breast cancer surgery: a prospective and comparative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2006;10(4):273-82.
20. Langeland E, Riise T, Hanestad BR, Nortvedt MW, Kristoffersen K, Wahl AK. The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems: a randomised controlled trial. *Patient Education & Counseling*. 2006;62(2):212-9.
21. Delbar V, Benor DE. Impact of a nursing intervention on cancer patients' ability to cope. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2001;19(2):57-75.
22. Budh CN, Kowalski J, Lundeberg T. A comprehensive pain management programme comprising educational, cognitive and behavioural interventions for neuropathic pain following spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2006;38(3):172-80.
23. Forsberg KA, Björkman T, Sandman PO, Sandlund M. Influence of a lifestyle intervention among persons with a psychiatric disability: a cluster randomised controlled trial on symptoms, quality of life and sense of coherence. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(11-12):1519-28.
24. Weissbecker I, Salmon, P, Studts JL, Floyd AR, Dedert EA, Sephton SE. Mindfulness-Based Stress Reduction and Sense of Coherence Among Women With Fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology*. 2002;9(4):297-307.
25. Matousek RH, Dobkin PL. Weathering storms: a cohort study of how participation in a mindfulness-based stress reduction program benefits women after breast cancer treatment. *Current Oncology*. 2010;17(4):62-70.
26. Smith PM, Curtis Breslin F, Beaton DE. Questioning the stability of sense of coherence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2003;38(9):475-484.
27. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiol Community Health*. 2005;59(6):460-466.
28. Schnyder U, Büchi, Sensky T, Klaghofer R. Antonovsky's Sense of Coherence: Trait or State? *Psychotherapy and psychosomatics*. 2000;69(6):296-302.
29. Volanen SM, Souminen S, Lahelma E, Koskenvuo M, Silventoinen K. Negative life events and stability of sense of coherence: a five-year follow-up study of Finnish women and men. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2007;48(5):433-441-

## BILAGOR

### BILAGA 1 – SÖKSCHEMA

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Ref.nr i studien
8/11	Cinahl	Nursing Sense of coherence Intervention*	Peer reviewed	21 st	21
14/11	Cinahl	Salutogenic Sense of coherence Care	Peer reviewed	15 st	20
14/11	Cinahl	Sense of coherence Care Programme	Peer reviewed	7 st	19
19/11	PubMed	Nursing Sense of coherence Intervention*		41 st	23
19/11	Cinahl	Sense of coherence Health care Intervention*	Peer reviewed	12 st	13
20/11	PubMed	Sense of coherence Patient	Free full text	40 st	25 18
20/11	Cinahl	Sense of coherence Patient	Peer reviewed	104 st	17 22
21/11	Manuell sökning	Från artikel nr 20 referens nr 20			24

## BILAGA 2 – ARTIKELÖVERSIKT

**Ref nr:** 13  
**Titel:** Outcomes of an educational intervention for the family of a person with bipolar disorder: a 2-year follow-up study.  
**Författare:** Jönsson P D, Wijk H, Danielson E, Skärsäter I.  
**Tryckår:** 2010  
**Land:** Sverige  
**Syfte:** Att analysera resultaten av en utbildningsintervention för familjen till en person med bipolär sjukdom vad det gäller deras stresshantering, sociala funktion och situation som vårdare.  
**Design:** Kvantitativ studie. Kohortstudie. Mätinstrument: SOC-29  
**Deltagare (bortfall):** n=34 (15). Interventionsgrupp 34.  
**Resultat:** Familjemedlemmarna fick en ökad förståelse för tillståndet. KASAM ökade efter interventionen, framför allt vad det gäller begriplighet.  
**Kvalitet kommentar:** Medel. Ej randomiserad studie. Stort bortfall.

---

**Ref nr:** 17  
**Titel:** Increased mindfulness – the active component of the mindfulness-based stress reduction program?  
**Författare:** Dobkin P L, Zhao Q.  
**Tryckår:** 2011  
**Land:** USA  
**Syfte:** Se om ökad mindfulness leder till andra vinster för patienten.  
**Design:** Kvantitativ studie. Kohortstudie. Mätinstrument: SOC-29  
**Deltagare (bortfall):** n=83 (ej redogjort). Interventionsgrupp 83.  
**Resultat:** Depressiva symtom, stress och medicinska symtom minskade signifikant. KASAM ökade signifikant ( $p < 0,001$ ).  
**Kvalitet kommentar:** Medel. Ej randomiserad studie. Ej redogjort för bortfall. Saknar uppföljning på lång sikt.

---

**Ref nr:** 18  
**Titel:** Group-based intervention program in inflammatory bowel disease patients: effects on quality of life.  
**Författare:** Oxelmark L, Magnusson A, Löfberg R, Hillerås P.  
**Tryckår:** 2006  
**Land:** Sverige  
**Syfte:** Att utveckla ett medicinskt och psykologiskt gruppbaserat interventionsprogram för patienter med tarmsjukdom och se vilka positiva effekter det fick avseende hälsorelaterad livskvalitet och KASAM.  
**Design:** Kvantitativ studie. Randomiserad kontrollerad studie. Mätinstrument: SOC-29

**Deltagare (bortfall):** n=44 (11). Interventionsgrupp 24, kontrollgrupp 50.  
**Resultat:** Patienter med kortare sjukdomshistoria visade signifikant ökning av KASAM 12 månader efter interventionen (p<0,05). I övrigt inga signifikanta skillnader i hälsorelaterad livskvalitet eller KASAM.  
**Kvalitet kommentar:** Hög.

---

**Ref nr:** 19  
**Titel:** The usefulness of a multidisciplinary educational programme after breast cancer surgery: A prospective and comparative study  
**Författare:** Koinberg I, Langius-Eklöf A, Holmberg L, Fridlund B.  
**Tryckår:** 2006  
**Land:** Sverige  
**Syfte:** Att utvärdera ett tvärvetenskapligt utbildningsprogram jämfört med traditionella uppföljningsbesök efter bröstcanceroperation – vad det gäller välbefinnande, egenvård och coping-förmåga.  
**Design:** Kvantitativ studie. Icke randomiserad jämförelsestudie. Mätinstrument: SOC-13  
**Deltagare (bortfall):** n=96 (7). Interventionsgrupp 50, Kontrollgrupp 46  
**Resultat:** Båda grupperna hade efter ett år ökat välbefinnande och förbättrad egenvård. Kontrollgruppen hade lägre KASAM, vilket gav en signifikant skillnad i KASAM mellan grupperna.  
**Kvalitet kommentar:** Hög.

---

**Ref nr:** 20  
**Titel:** The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems: a randomised controlled trial.  
**Författare:** Langeland E, Riise T, Hanestad B R, Nortvedt M W, Kristoffersen K, Wahl A K.  
**Tryckår:** 2006  
**Land:** Norge  
**Syfte:** Att undersöka effekten av gruppbaserad samtalsterapi för att hantera psykiska problem.  
**Design:** Kvantitativ studie. Randomiserad kontrollerad studie. Mätinstrument: SOC-29  
**Deltagare (bortfall):** n=106 (14). Interventionsgrupp 59, kontrollgrupp 47.  
**Resultat:** Interventionsgruppen kunde bättre hantera sina bekymmer. KASAM-poäng var signifikant högre i interventionsgruppen än i kontrollgruppen eftersom KASAM ökade i interventionsgruppen och minskade i kontrollgruppen (p=0,03).  
**Kvalitet kommentar:** Hög.  
**Ref nr:** 21



**Titel:** Impact of a nursing intervention on cancer patients' ability to cope.

**Författare:** Delbar V, Benor D E.

**Tryckår:** 2001

**Land:** Israel

**Syfte:** Att se hur en intervention påverkar KASAM och deras multidimensionella hälsas lokus av kontroll.

**Design:** Kvantitativ studie. Kvasiexperimentell. Mätinstrument: SOC-29

**Deltagare (bortfall):** n=94 (0). Interventionsgrupp 48, kontrollgrupp 46.

**Resultat:** KASAM ökade signifikant i interventionsgruppen ( $p < 0,001$ ). Deras lokus av kontroll blev signifikant mer internt, medan det externa lokuset var oförändrat.

**Kvalitet kommentar:** Hög.

---

**Ref nr:** 22

**Titel:** A comprehensive pain management programme comprising educational, cognitive and behavioural interventions for neuropathic pain following spinal cord injury.

**Författare:** Norrbrink Budh C, Kowalski J, Lundeberg T.

**Tryckår:** 2005

**Land:** Sverige

**Syfte:** Att se om ett multidisciplinärt smärtlindringsprogram kan leda till bättre sömnkvalitet, humör, livsnöjdhet, hälsorelaterad livskvalitet samt KASAM hos patienter med ryggmärgsskada och neuropatisk smärta.

**Design:** Kvantitativ studie. Kohortstudie. Mätinstrument: SOC-29

**Deltagare (bortfall):** n=38 (ej redogjort). Interventionsgrupp 27, kontrollgrupp 8.

**Resultat:** 12 månader efter interventionen hade deltagarna i interventionsgruppen minskad ångest och depression, samt tendenser mot bättre sömnkvalitet. Dessutom sågs en signifikant skillnad vad det gäller KASAM mellan grupperna. KASAM minskade i kontrollgruppen och ökade i interventionsgruppen.

**Kvalitet kommentar:** Medel. Ej randomiserad studie. Ej redogjort för bortfall.

---

**Ref nr:** 23

**Titel:** Influence of a lifestyle intervention among persons with a psychiatric disability: a cluster randomised controlled trial on symptoms, quality of life and sense of coherence.

**Författare:** Forsberg K A, Björkman T, Sandman P O, Sandlund M.

**Tryckår:** 2009

**Land:** Sverige

**Syfte:** Att undersöka hur ett interventionsprogram om livsstil påverkar psykiska och psykosociala faktorer hos personer med psykisk sjukdom.

**Design:** Kvantitativ studie. Randomiserad kontrollerad studie.  
Mätinstrument: SOC-13  
**Deltagare (bortfall):** n=41 (5). Interventionsgrupp 24, kontrollgrupp 17.  
**Resultat:** Deltagarna i interventionsgruppen visade signifikant ökad KASAM-poäng (p=0,009).  
**Kvalitet kommentar:** Hög.

---

**Ref nr:** 24  
**Titel:** Mindfulness-Based Stress Reduction and Sense of Coherence Among Women With Fibromyalgia  
**Författare:** Weissbecker I, Salmon P, Studts J L, Floyd A R, Dedert E A, Sephton, S E.  
**Tryckår:** 2002  
**Land:** USA  
**Syfte:** Att se hur stor betydelse KASAM har för symtom hos patienter med fibromyalgi.  
**Design:** Kvantitativ studie. Randomiserad kontrollerad studie.  
Mätinstrument: SOC-29  
**Deltagare (bortfall):** n=91 (29). Interventionsgrupp 51, Kontrollgrupp 40  
**Resultat:** KASAM och symtom var oberoende relaterade till den upplevda stressen vid start. KASAM var inte en statistiskt signifikant moderator för hur symtomen påverkade patientens psykosociala liv. KASAM ökade signifikant efter interventionen (p=0,014).  
**Kvalitet kommentar:** Medel. Stort bortfall. Saknas uppföljning på lång sikt.

---

**Ref nr:** 25  
**Titel:** Weathering storms: a cohort study of how participation in a mindfulness-based stress reduction program benefits women after breast cancer treatment  
**Författare:** Matousek R H, Dobkin P L.  
**Tryckår:** 2010  
**Land:** Kanada  
**Syfte:** Att förstå processen som ligger bakom potentiella förtjänster som visar sig efter deltagande i MBSR-program.  
**Design:** Kvantitativ studie. Kohortstudie. Mätinstrument: SOC-29  
**Deltagare (bortfall):** n=59 (2). Interventionsgrupp 59.  
**Resultat:** Signifikanta skillnader visades i både KASAM (p<0,001), mindfulness, minskad stress och coping.  
**Kvalitet kommentar:** Medel. Ej randomiserad studie.

---