



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för socialt arbete

En varsam vandring från ohälsa till hälsa

**En kvalitativ studie utifrån fem kvinnors berättelse om sin väg från
psykisk ohälsa till hälsa**

Socionomprogrammet

C-uppsats 2007

Författare: Elaine Jerebko

Handledare: Gun-Britt Wärvik

Programmet för Personal och arbetslivsfrågor

C-uppsats 2007

Författare: Carola Johansson

Handledare: Gun-Britt Wärvik

PROLOG

Nu ska vi ta med er läsare på en ”Varsam vandring från ohälsa till hälsa”. Vi är två 45-åriga kvinnor som läser skilda utbildningsprogram och valt att gemensamt skriva en C-uppsats utifrån ett sociologiskt och ett arbetslivspedagogiskt perspektiv.

Vi vill framföra ett *speciellt tack* till våra fem intervjuade kvinnorna som berättade delar av sina livshistorier. Vi ställde många personliga frågor och Ni svarade likväl med en för oss hjärtlig öppenhet. Er innerlighet har gett oss möjligheten att vidare förstå, genomföra och förmedla denna undersökning. Vi hoppas att Ni tycker att vi behandlat Era berättelser på ett respektfullt sätt.

Vi vill tacka vår handledare Gun-Britt Wärvik som stöttat oss i att ”ta fram vår egen kunskap” inom oss, som är så svår att klä i ord. Vi kunde inte ha fått en bättre handledning! Vi vill också tacka Yvonne Pontén för hjälp med korrekturläsning.

Ett stort tack till Chris Jerebko som försett oss med underbart goda middagar alla de helger vi arbetat!

Sist men inte minst... har vi haft en arbetsfylld resa, lärorik, ibland förvirrande, ibland klargörande... men framför allt har vi haft rolig!

Elaine Jerebko och Carola Johansson

*”Jag trodde inte att det kunde hända mig.
Det är väl så alla tänker. Man tror att man
ska orka hur länge som helst. Fast man vet
att det inte är sant. Konstigt”*

*”Jag tappade bort mig själv
Förstod inte vem jag var
Inte vad jag ville
och vad som egentligen hänt”*

ABSTRACT

Göteborgs universitet

Institutionen för socialt arbete

C-uppsats, vårterminen 2007

Titel: En varsam vandring från ohälsa till hälsa

En kvalitativ studie utifrån fem kvinnors berättelse om sin väg från psykisk ohälsa till hälsa

Författare: Carola Johansson och Elaine Jerebko

Nyckelord: Varsam, Ohälsa, Hälsa, Begriplighet, Hanterbarhet, Meningsfullhet

Syftet är att visa på förmågan att finna vägar från psykisk ohälsa till hälsa. Varje kvinna har skildrat sin egen livsberättelse utifrån sin uppkomna ohälsa och vidare förmågan att kunna hitta tillbaka till en helad hälsa.

Metoden som vi använder oss utav är kvalitativa intervjuer. I studien medverkar fem kvinnor som är och har varit sjukskrivna med någon form av utmattningsdiagnos.

Vårt resultat visar vi genom en analytisk förklaringsmodell. Vi har funnit att kvinnornas väg till hälsa är en krävande och långsam process som handlar om att finna förmågan, både inom och utanför sig för att göra nödvändiga men samtidigt viljemässiga förändringar av tankar och livsmönster.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	1
1.1 Disposition	2
1.2 Bakgrund	2
2. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	4
3. TIDIGARE FORSKNING	5
3.1 Forskning kring hur individer upplever sin upplevda psykiska ohälsa	5
3.2 Forskning kring försök att förebygga framtida ohälsa	6
3.3 Forskning kring individens egenkontroll	6
3.4 Forskning kring orsaker till psykisk ohälsa i form av utmattning.....	7
3.3 Slutsatser kring tidigare forskning.	7
4. METOD	8
4.1 Litteratursökning	8
4.2 Urval.....	8
4.3 Kvalitativa intervjuer.....	9
4.4 Arbetet med vårt material.....	10
4.5 Bortfall	10
4.6 Validitet.....	10
4.7 Reliabilitet	10
4.8 Generaliserbarhet	10
4.9 Etiska överväganden	11
5. TEORETISKT PERSPEKTIV	12
5.1 KASAM	12
5.2 Funderingar kring KASAM-begreppet	14
6. ANALYS	15
6.1 Bakgrundsinformation.....	15
6.2 Presentation av kvinnorna	15

6.3	Analys utifrån våra tre frågeställningar.....	18
6.4	KASAM i förhållande till våra tre frågeställningar	21
7.	RESULTAT	22
8.	DISKUSSION	24
8.1	Jämförelser med tidigare forskning.....	24
8.2	Diskussion utifrån vår analytiska förklaringsmodell	24
8.3	Våra synpunkter på morgondagens rehabilitering	25
8.4	Hur fungerade våra analytiska redskap	26
8.5	Funderingar kring vår egen förförståelse	27
9.	FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING	27
EPILOG		28
	Både och.....	28
LITTERATURFÖRTECKNING		30
BILAGOR.....		31

1. INLEDNING

”Hälsa är ett tillstånd där människan har tillräckliga resurser för att kunna hantera livet
(och en liten reserv därtill!)”

(Perski)

Nu ska vi ta med er läsare på en ”Varsam vandring från ohälsa till hälsa”. Vi kommer att skildra fem kvinnors berättelse om deras psykiska ohälsa utifrån intervjuer kring tre livsvärldar¹; barn och ungdomsliv, vuxenliv och arbetsliv. Vi åskådliggör tre frågeställningar; vägen till ohälsa, hanteringen av ohälsa och vägen till hälsa. Vårt syfte är att visa på förmågan att finna vägar från ohälsa till hälsa. Vår analytiska förklaringsmodell² vilar på Antonovskys komponenter meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. Den psykiska ohälsan är en samhällelig angelägenhet och därför skulle vi helst vilja kunna ge ett ”svar” utifrån vårt resultat. Ett svar som dels skulle kunna hjälpa andra individer i samma situation att komma vidare, dels tillföra och *medvetandegöra* ohälsodebatten för att hejda de höga sjukskrivningstalen och istället förebygga genom vetenskap.

Detta ämne som vi valt att skriva om ligger oss mycket varmt om hjärtat. Vi har fått ta del av fem kvinnors olika livsberättelser utifrån deras upplevelser av att ha hamnat i psykisk ohälsa och deras varsamma vandring till hälsa. Då vi alla lever olika liv är varje berättelse som kan bidra till kunskap viktig att lyssna på och förmedla. Vår egen förkunskap kan ses utifrån tre perspektiv. Det första är att vi är kvinnor. Det andra är att vi i våra professioner som chefer mött ett flertal sjukskrivna kvinnor med olika diagnoser av utmattningssyndrom³. Vi har i många rehabiliterings-, utvecklings- och enskilda samtal fått ta del av kvinnors sjukdomsberättelser. Det tredje perspektivet är att vi själva har erfarenheter av att vara sjukskrivna med någon form av utmattningsdiagnos⁴. Vi kan känna igen oss i kvinnornas upplevda trötthet, energiförlust, nedstämdhet och dåliga självkänsla. Vi har förståelse för att känslor är svårfattliga och att förändringar av livsmönster förverkligas varsamt.

Varsamheten finns med i vår titel. Vi menar att psykisk ohälsa handlar om vårt inre och berör vårt psyke, våra sinnen, vår mentalitet, våra känslor och vår själ. Där finns vårt själv. Där lagras våra liv i egenskap av erfarenheter, upplevelser, känslor, kunskap, tankar och minnen. Vårt inre är svårbegripligt och dolt. Vi ”hamnar” inte av oförklarliga skäl i psykisk ohälsa. Vi blir inte helt plötsligt utmattade. Ohälsan började någonstans och har sedan fått fortgå under lång tid. Kropp och själ har signalerat, och kanske omgivningen, men vi har inte lyssnat. Vi

¹ Begreppet livsvärldar återfinns i fenomenologin som ett begrepp och definieras ”den värld som vi dagligen lever i och ständigt, om än omedvetet, tar för given” (Bengtsson, 1998). Vi gör inga anspråk på att förklarar våra livsvärldar utifrån fenomenologin, utan vi valde begreppet utifrån att vi tycker att det speglar människans olika tidsåldrar på ett begripligt sätt.

² Med denna modell förklarar vi våra resultat utifrån Antonovskys KASAM och dess tre komponenter; meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet i vårt resultat kapitel 7.

³ Socialstyrelsen ger rekommendationen att begreppet utmattningssyndrom ska användas vid psykisk ohälsa med upplevelsen av svår utmattning. Som är utlöst vid långvarig stress i personens arbetssituation och/eller i individens livssituation i övrigt.

⁴ Beskrivning av ett sjukdomstillstånd (Nationalencyklopedin). Omväxlande kan vi se i vår undersökning av tidigare forskning är att man antingen väljer att använda sig av begreppet utmattningsdiagnos eller begreppet utmattningssyndrom. Vi kommer i fortsättning av vår undersökning att använda oss av begreppet utmattningsdiagnos

gick istället hela vägen till ohälsa. Det blir ett känslomässigt kaos att reda i som tar all tid och kraft. Psykisk ohälsa är svår att förstå. Den behöver lugn, tid och en varsam hantering. Den behöver förstås, hanteras, accepteras och läkas. Varsamheten är en förutsättning. Vägen till en helad hälsa är lång. Varför stannar vi inte upp emellanåt? Varför vi lyssnar inte till oss själva? Varför går vi ända tills vi faller?

1.1 Disposition

Vår uppsats startar med avsnitt ett där vi beskriver bakgrunden till vårt intresse för det som vi vill undersöka och i avsnitt två beskriver vi vårt syfte och våra frågeställningar. I avsnitt tre avhandlas den tidigare forskning som genomförts inom vårt forskningsområde.

I avsnitt fyra beskriver vi de olika metoder som vi använt oss av genom hela vår forskningsprocess. Vi redovisar för vår litteratursökning, hur urvalet av våra informanter gått tillväga, hur vi samlat in vårt empiriska material och hur vi sedan bearbetat materialet. Därefter har vi redovisat undersöknings bortfall, validitet, reliabilitet, generaliserbarhet och våra etiska övervägande.

Vårt teoretiska perspektiv beskriver vi i avsnitt fem. Därefter i avsnitt sex presenterar vi vår analys där vi presenterar våra informanter, analys utifrån våra tre frågeställningar och KASAM i förhållande till våra tre frågeställningar. I avsnitt sju visar vi vårt uppnådda resultat genom en analytisk förklaringsmodell.

I avsnitt åtta för vi en diskussion där vi knyter samman vårt empiriska material med vårt teoretiska perspektiv. Till sist ger vi i avsnitt nio förslag på vidare forskning.

1.2 Bakgrund

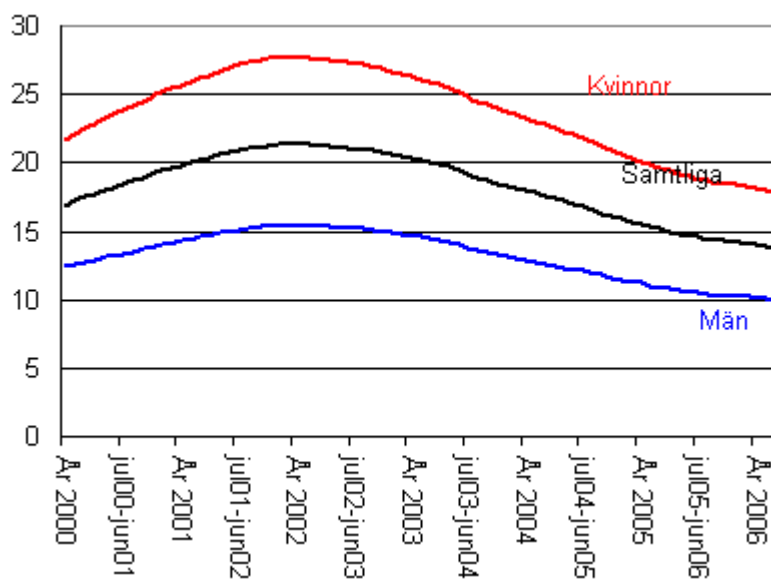
Sveriges riksdag antog ett nationellt mål för folkhälsan i april 2003. Syftet var att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa⁵ på lika villkor för hela befolkningen (Socialstyrelsen, 2005). I rapporten kan man läsa att inom välfärdstjänsterna som innefattar yrken som vänder sig till allmänheten inom vård, omsorg, skola och service finns de mest psykiskt påfrestande arbeten. Inom dessa sektorer med jäktiga arbeten arbetar flest kvinnor. Uppgången i sjukskrivningstalet under 1990-talet förklaras av att det skedde stora organisationsförändringar inom denna sektor och man kan fortfarande idag se att arbetspressen samt tidspressen fortsätter att öka kontinuerligt.

Den näst vanligaste sjukdomsdiagnosen är i dag psykiska besvär och den har sedan år 1997 ökat mest. Socialstyrelsen hänvisar till olika undersökningar som pekar på att arbetsmiljön i kvinnodominerande yrkessektorer tenderar gå mot en sämre arbetsmiljö där det sker ständiga omorganisationer, nerdragningar av resurser men också att kraven från allmänheten ökar. Den arbetsrelaterade ohälsan är oftast en långvarig process som kan pågå under flera år och visar sig i form av olika psykiska och fysiska symtom i form av olika smärtor i kroppen som till exempel hjärtklappning, nedstämdhet, synrubbningar, sömn-, minnes- och koncentrationssvårigheter och en onaturlig trötthet. Socialstyrelsen menar att kliniska

⁵ Världshälsoorganisationens (WHO) definition från år 1946 är: "Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte blott frånvaro av sjukdom och handikapp". Vi upplever en viss kritik till denna definition då vi anser att begreppet hälsa kan ha olika innebörd för varje individ utifrån deras upplevelser och erfarenheter. Vi anammar Erikssons (1984) resonemang kring begreppet hälsa och hennes tvådimensionell modell kallad hälsokorset. Med hälsa/välbefinnande längs den ena och sjukdom längs den andra axeln. Den visar exempelvis att två individer med samma sjukdom kan uppleva en varierand grad av egenupplevd hälsa och välbefinnande.

erfarenheter visar på att flertalet av individerna som är sjukskrivna med diagnosen utmattning vanligen är uppskattade och lojala medarbetare på sin arbetsplats. Yrkesområden där man har mycket kontakt och ansvar för andra individer är en utsatt grupp för utmattningsrelaterad psykisk ohälsa och inom dessa yrken arbetar många kvinnor. Dock är arbetsplatsen inte den enda faktor som ligger bakom ohälsa och sjukskrivningar. Utifrån ett kvinnligt perspektiv kan man se att deras arbetsdeltagande har ökat parallellt som att deras deltidsarbeten minskar. Samtidigt säger Socialstyrelsen att ser det ut som den traditionella arbetsfördelningen i familjer är oförändrad, vilket kan ses som en ojämn arbetsfördelning för kvinnor (Socialstyrelsen, 2003).

Sjuktalet efter kön Dagar per försäkrad



(Försäkringskassan, 2006).

Senast uppdaterad: 2007-03-23

I tabellen kan man se statistik som Försäkringskassan (se även bilaga 5) för över sjukfrånvaron i Sverige. Tabellen visar att kvinnorna har cirka 37 procent fler sjuklönedagar än män. Den psykiska ohälsan är idag ett samhällsfenomen och inte längre en enskild angelägenhet som visar sig genom offentlig statistik från exempelvis Försäkringskassan. Denna tabell kan synas som en paradox utifrån all forskning och vårt resonemang som säger att ohälsotalen ökar. Kan en förklaring vara Försäkringskassans ändrade regelverk? Likaså arbetsgivarnas arbetssätt kring långtidssjukskrivna, då man avslutar anställningar idag när en arbetstagare anses "färdigrehabiliterad". Detta är ett nytt sätt att se och hantera sjukskrivningar och vi vet egentligen inte var det har för betydelse för individen eller ur ett samhällsperspektiv.

2. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Vårt syfte är att visa på förmågan att finna vägar från psykisk ohälsa till hälsa. Vi kommer att skildra fem kvinnors berättelser om deras psykiska ohälsa utifrån intervjuer kring tre livsvärldar; barn och ungdomsliv, vuxenliv och arbetsliv för att kunna spegla kvinnornas olika tidsåldrar på ett begripligt sätt. Vi åskådliggör tre frågeställningar då vi vill fånga en vidare helhet av kvinnornas liv både utifrån historien och nuet;

1. Vägen till ohälsa; Hur förklarar kvinnorna orsaker till sin ohälsa?

2. Förmågan att hantera ohälsan; Hur beskriver kvinnorna att de hanterat att befinna sig i ohälsa, det vill säga under sin sjukskrivning? Vad har dem hittat för att ta sig vidare?

3. Vägen från ohälsa till hälsa; Vad har bidragit till att kvinnorna klarat av att gå vägen till hälsa? Hur ser deras framtidsperspektiv ut?

Genom dessa frågor tror vi oss kunna fånga helheten av kvinnornas liv, för att uppfylla vårt syfte.

3. TIDIGARE FORSKNING

3.1 Forskning kring hur individer upplever sin upplevda psykiska ohälsa

Silén (2006) beskriver kvinnors arbete och livsvillkor i tredje livsfasen⁶ i en fenomenologisk⁷ studie. Ett antal intervjuade förvärvsarbetande kvinnor som arbetar inom vård, skola eller omsorg har fått berätta utifrån ett feministiskt perspektiv hur de uppfattar sin hälsa samt hur de behåller den. Silén har i sin uppsats letat efter det som är stärkande för kvinnornas hälsa istället för orsaker till ohälsa utifrån ett salutogent perspektiv som bygger på Antonovskys KASAM, känsla av sammanhang, för att få en förståelse för den levda kroppen som en helhet i samband till den tid och rum som individen befinner sig i. Resultatet av studien visar på gemensamma faktorer som att alla kvinnor sätter stort värde på att hjälpa andra människor både i sitt privatliv samt arbetsliv. Kvinnorna hade svårt att sätta gränser gentemot sina egna behov och andras. Det svenska samhället är inte jämlik utan kvinnorna känner sig klämda mellan sina två livsvärldar, familjeliv kontra arbetsliv. Upplevelsen av att vara behövd, bli sedd, att få känna integritet och upplevelsen av att ha helande relationer var viktiga gemensamma faktorer för kvinnorna.

Fors och Pelleriti (2006) har granskat nio sjuksköterskors egna upplevelser av vilka faktorer inom sitt arbetsliv som kan vara orsak till sin egna utbrändhet⁸. Metoden de använde sig av var att söka och studera vetenskapliga artiklar. Deras undersökning säger inget om vilket kön deras informanter har. Undersökningens resultat visade på gemensamma faktorer som påverkat deras väg till psykisk ohälsa. Sjuksköterskorna upplevde att de i sin yrkesroll påverkades negativt av att leva upp till både sina egna samt andra professionellas förväntningar, vidare upplevde de en otillräcklighet i förhållande till sin hårda arbetsbelastning vilket ofta ledde till en stor frustration. Upplevelsen av stress och av att ha ett stort ansvar utan tillräckliga befogenheter var en gemensam faktor för alla. Sjuksköterskorna kände en stark upplevelse av att inte bli respekterade, bekräftade eller förstådda utav sin arbetsgivare, andra professioner och patienter.

Eriksson, Starrin och Janson (2003) är tre andra forskare som har studerat 32 långtidssjukskrivna män och kvinnor med diagnosen utbrändhet eller annan stress som var relaterat till deras förvärvsarbete. Metoden de använde sig av var kvalitativa intervjuer. Syftet med studien var att se på processen fram till sjukskrivningen och fram till återgång till arbete. Deras resultat påvisade att alla informanter hade varit med om omfattande förändringar på sina arbetsplatser i form av; ny organisation, nya chefer, nya arbetskamrater, ökat ansvar men inga befogenheter, inga klara gränser samt ny teknik och nya arbetsuppgifter men ingen fortbildning. I samband med dessa förändringar hade alla en upplevelse av att de inte fått vara delaktiga i processen och de kände sig som offer för omständigheterna. Alla informanterna i undersökningen visade en stor förlust av glädje och engagemang. Vägen fram till och även

⁶ Kvinnor i övre medelåldern.

⁷ Fenomenologi handlar om att beskriva människors upplevelse av ett fenomen (Larsson, 1986)

⁸ Utbrändhet är en översättning från den engelska termen "burnout". Översättningen till svenska kan ge associationer till något har laddats ur, utbränt och som inte kan bli bra igen. Socialstyrelsen ger rekommendationen att begreppet utmattningssyndrom istället ska användas vid psykisk ohälsa som är utlöst vid långvarig stress.

under sjukskrivningen beskrev de olika psykosomatiska besvär som sömnsvårigheter, koncentrationssvårigheter, minnesförluster, panik och ångest men även fysiska besvär såsom hjärtklappning, ont i magen och synrubbingar. Flertalet av informanterna kände skam och misslyckanden över att de inte orkade, de drog sig undan både på sitt arbete och på sin fritid. De som återgått till sitt gamla arbete upplevde att viktiga faktorerna till att det gick bra var; att man hade fått vara delaktig och fått vara med att påverka sina arbetsuppgifter, att man hade stöttande arbetskamrater och chef. Men de hade även sett över och gjort förändringar i sitt privatliv genom att prioriterat mellan sina fritidssysselsättningar.

3.2 Forskning kring försök att förebygga framtida ohälsa

Åsbring och Jeanneau (2006) studerade 35 stycken kvinnor som arbetade inom ett landsting. Dessa kvinnor fick alla genomgå en nioveckorskurs för att skatta sin självbild, sin känsla av sammanhang i livet, egenmakt samt sin psykiska hälsa. Kvinnorna fick i grupsamtal tid att stanna upp och reflektera över sin situation med andra kvinnor i liknande situation i syfte att försöka arbeta med deras egenmakt i livet. Resultatet av studien visade att träffarna varit positiva och fungerat stärkande samt höjt kvinnornas medvetande om deras egenmakt i deras individuella livssituation. Att få tid och tillåtelse att stanna upp, reflektera och samtala över livet visade sig i studien vara en medvetandehöjande och stärkande funktion för de människor som är i riskzon för utbrändhet.

3.3 Forskning kring individens egenkontroll

Theorell (2002) skildrar att den som har makt över sin situation också kan utöva kontroll⁹ över den. När man utsätts för stress och man har en upplevelse över att man kan förlora kontrollen, anstränger man sig för att behålla den. Om man mist kontrollen blir det inte längre intressant att kämpa

”Att kunna utöva kontroll över sitt liv innebär att man kan ta kommando över de flesta av sina vardagssituationer och då även över de flesta lite oväntade situationer som man kan ställas inför.”

Om man som individ har upplevelsen av att ha en rimlig kontroll över sin situation behöver man inte riskera att bli förödmjukad i så många vardagssituationer. Var man förlägger möjligheten att utöva kontroll över problem kallas ”Locus of control”. Att förlägga möjligheten utanför sig själv kallas det extern coping. Om man själv utövar kontrollen kallas det intern coping. En annan viktig aspekt av coping är om problem hanteras öppet eller dolt. Theorell menar att det är viktigt för den enskilda individen att kunna utöva kontroll själv och därmed kunna ta makt över sin egen situation. Han skriver vidare att en individ har olika copingmönster hur man agerar i olika situationer och dessa mönster påverkar sedan hur vi agerar i olika situationer.

Theorell har tillsammans med Westerlund och Oxenstierna (2005) gjort en undersökning kring dold och öppen copingstrategi. Metoden som de använde sig av var att de kvinnliga och manliga deltagarna fick fylla i ett formulär med frågor kring olika situationer som kan uppstå mellan individen själv och sina arbetskamrater och sin chef. Syftet med frågorna var att se vilket beteendemönster, dold eller öppen copingstrategi, som individen själv oftast använde sig av, samtidigt som de fick genomgå en medicinsk undersökning. Resultatet visade att individer som uttrycker att de har ett litet beslutsutrymme i arbetat uppvisade ett mer dolt

⁹ Krav- kontrollmodellen är en teoretisk modell som handlar om relationen mellan yttre psykiska krav och möjligheterna till beslutsutrymme och stöd människorna får i sin miljö (Theorell, 2002).

copingmönster och att det fanns ett klart samband att bli sjukskriven, men det såg olika ut beroende på om man var man eller kvinna. Kvinnorna visade på att de använde sig mer av dolda copingstrategier och deras sjukskrivningsfrekvens var högre än männens. En annan iakttagelse var att kvinnor med höga krav har mer dold coping än andra kvinnor. Medelålders män som använder sig av dold coping hade större risk att ha högt blodtryck.

3.4 Forskning kring orsaker till psykisk ohälsa i form av utmattning

Maslach (1998) menar att en individs psykiska ohälsa i form av utmattning utlöses av olika faktorer inom en individs arbetsituation och ser inte till någon personlighetsfaktor. Om en individ upplever ständiga orättvisor med för hög arbetsbelastning, brist på gemenskap, brist på rättvisa, brista på erkänsla, värdekonflikter samt brist på inflytande och kontroll kan man uppleva en stress som leder till utbrändhet. Dessa faktorer är en Maslach betraktar utbrändhet som ett tillstånd och ser inte till några andra faktorer till tillståndet än själva arbetsituationen.

Hallsten (2001) lägger tonvikten på att utbränning är en process med förändring för individen över en längre tid och förmodas visa sig inom områden som är viktiga och centrala för en individs självkänsla som blivit problemfylld. Han vill använda sig av begreppet utbränning och det har sin grund i när en individ upplever kroniska stressorer i livsmiljön, i familjelivet och/eller arbetslivet. När en individ upplever sig hotad eller hindrad att utföra en central roll för dennes identitet kan utbränning uppkomma. Hallsten menar att en individ med bristande resurser i form av upplevd kontroll och stöd samtidigt som man har en upplevelse av krav och osäkerhet, riskerar att drabbas av utbränning.

3.3 Slutsatser kring tidigare forskning.

När vi studerat kring vårt ämne kan vi konstatera att mycket forskning har bedrivits för att se på den psykiska ohälsan ur ett arbetsrelaterat perspektiv. Vad vi kan se är att det kommer ny forskning kring både arbets- och familjeliv. Det finns mycket forskning kring Antonovskys KASAM men vi har ännu inte hittat någon studie som belyser ohälsa utifrån tre livsvärldar och tre frågeställningar som visar en människas väg både till psykisk ohälsa och sen vägen till hälsa som vi valt att göra i vår undersökning.

4. METOD

4.1 Litteratursökning

Vårt syfte med litteratursökningen var att bli medvetna om och försöka skapa oss en bild av forskningen inom vårt ämnesområde samt att få kunskap om ämnet. Vi började med att göra en litteratursökning på Göteborgs universitets biblioteks hemsida på Internet och där söka på olika databaser. Databaserna som vi använt flitigt igenom hela undersökningen är Libris, sökmotorerna google och scholargoogle samt Nationalencyklopedins-, Socialstyrelsens-, Folkhälsoinstitutets-, Försäkringskassans- och Arbetslivsinstitutets hemsidor. Vi har använt oss av olika sökord som vi kombinerat: ohälsa, hälsa, livsvärld, arbetsliv, sjukskrivning och KASAM. Vi fick varierande antal träffar och som mest 2000 träffar på sökorden: hälsa, ohälsa och arbetsliv. Trots alla träffar hade vi svårt att hitta tidigare forskning som vi tyckte var relevanta för vår forskning. Ett medvetet val som vi gjort i vår undersökning är att inte ta med vetenskapliga rapporter skrivna tidigare än år 2000, då det vi undersöker är en relativt ny förseelse och kräver senare forskning. Däremot har vi använt oss av annan litteratur som varit äldre. Vi kan uppleva att forskningen är begränsad om man vill belysa kvinnors psykiska ohälsa utifrån olika perspektiv, något som också Arbetslivsinstitutet efterlyser som vi beskrev i vår bakgrund.

Då vi läst rapporter, avhandlingar, tidskrifter samt böcker har vi genom dess källhänvisningar letat oss vidare till mer kunskap i ämnet. Det som vi uppfattat som intressant för vår undersökning har vi läst grundligare, men vi har även snabbläst viss litteratur för att få en bredare kunskap på kort tid. Urvalet till den tidigare forskning som vi redovisar under kapitel tidigare forskning valde vi ut då vi upplevde att den var både intressant och relevant till vår egen forskning.

4.2 Urval

Urvalet av våra informanter¹⁰ kom vi att söka efter i en medelstor kommun där vi hade kontakter i form av 20 stycken mellanchefer i en förvaltning. Genom ett mejl presenterade vi oss och förklarade vårt syfte, samt att vi berättade hur vi ville gå tillväga med att söka våra informanter. Vi bad cheferna att tillfråga kvinnliga medarbetare som varit sjukskrivna längre tid än sex månader med någon form av utmattningsdiagnos och bad dem förmedla vårt informationsbrev. I detta informationsbrev ställda till informanterna presenterade vi oss och förklarade syftet med vår undersökning, vår metod och hur vi skulle gå tillväga med att presentera det färdiga resultatet i form av en C-uppsats. Vi bad dem som var intresserade att själva ta kontakt med oss per telefon (bilaga 1). Detta i syftet att deras chef inte skulle få vetskap om deras deltagande, samt att de själva kunde tänka igenom i lugn och ro om de ville ta kontakt med någon av oss. Vi reflekterade över när vi skulle göra vårt urval, att ämnet vi valt kan upplevas som känsligt och att risken för bortfall kunde bli stor. Vårt mål var att vi skulle finna minst åtta stycken informanter att intervjua. Då svaren dröjde gjorde vi en ny påminnelse via mejl till samma mellanchefer som tidigare och vi fick till slut kontakt med fem kvinnor. Dessa kvinnor tog telefonkontakt direkt med den av oss som de ville bli intervjuad av. Kvinnorna berättade för oss att det som var avgörande till att de tog kontakt med en av oss var att de kände till oss sedan tidigare. Vi har reflekterat över det avgörandet, frågan är om vi fått mer svar om vi inte varit kända yrkespersonligheter¹¹ i förvaltningen? Kanske tog man

¹⁰ En informant är en intervjuperson som ger forskare upplysningar om språk, kultur och levnadsförhållanden (Nationalencyklopedin). Vi har valt att omväxlande i vår text kalla dessa personer för kvinnor eller informanter.

¹¹ Vi har båda arbetat inom olika positioner i över 20 år inom samma förvaltning.

inte kontakt med oss för att man exempelvis var rädd att inte få vara anonym? När informanterna tog kontakt med oss per telefon berättade vi återigen om syftet med vår undersökning samt vilka metoder vi skulle använda oss av. Vi gav dem möjlighet att själva avgöra var de ville att intervjun skulle genomföras, till exempel på en offentlig mötesplats, hemma hos någon av oss eller hemma hos dem själva.

4.3 Kvalitativa intervjuer

Vi har intervjuat fem kvinnor i åldrarna 31 till 63 år och som alla har någon form av utmattningsdiagnos. Varje intervju varade mellan 2,5 till 3 timmar. Vi valde att använda oss av den kvalitativa forskningsintervjun på grund av att vi ville utgå utifrån de intervjuades egna ord, uttryck och meningsbeskrivning (Larsson, 2005). Intervjuformen vi använde oss av är vad Kvale (1997) beskriver halvstrukturerad och som omfattar en rad teman och förslag till relevanta frågor. Frågorna vi ställde till kvinnorna var kring deras tre livsvärldar och kring vägen till ohälsa, i ohälsan och vägen till hälsa.

Vår målsättning med samtliga intervjuer var att som metod spela in dem på en Minidisc, i syfte att kunna fokusera oss på våra informanter, då vi trodde att mötet mellan oss skulle blir mer levande och öppet om inte vi inte behövde vara koncentrerade på att skriva utan istället på att lyssna. Inspelning gjordes efter att två informanter gett sitt samtycke. Tyvärr gick vår utrustning sönder och vi fick i de tre återstående intervjuerna anteckna hela informantens berättelser under pågående intervjuer.

Själva intervjutillfället

En av intervjuerna genomfördes hemma hos informanten själv, tre intervjuer gjordes hemma hos en av oss och en intervju utfördes i ett mindre konferensrum på en arbetsplats. Trots skilda yttre rumsliga förutsättningar upplevde vi som intervjuare att atmosfären blev lugn och avslappnad under alla intervjuerna. Våra intervjuer började med att vi pratade kring våra etiska övervägande (bilaga 3). Syftet var att skapa en trygghet samt att kunna ge vår intervjuperson tillfälle att kunna ställa frågor och en chans till reflektion. Därefter började vi ställa frågor till vår informant utifrån våra tre livsvärldar (bilaga 4). Stundtals var intervjuerna mycket känslofyllda och i några av intervjuerna förekom det både skratt och gråt. Men ingen av kvinnorna som blev sorgsna ville avbryta intervjun utan ville fortsätta att berätta om sin situation. Alla våra intervjuer avslutades med att vi pratade kring hur intervjun hade upplevts utifrån kvinnornas perspektiv och med frågan om det var något mer de funderade kring innan vi skildes åt. Vi lämnade ut ett informationsblad (bilaga 2) där våra namn och telefonnummer fanns med ett erbjudande att kvinnorna kunde ringa oss när som helst om de upplevde ett behov av det. Ingen av kvinnorna hörde av sig.

Efter intervjuerna

Vi valde att transkribera intervjuerna, det vill säga att överföra vad som sagts till text på data (Larsson 2005) i direkt anslutning till de två intervjuerna som spelades in på Minidisc. I dessa anteckningar skrev vi även ner viktiga detaljer som inte hördes på bandet men som vi tänkte kunde vara viktiga senare i vår analys exempelvis om någon uttryckte sig med skratt eller gråt. Även anteckningarna som skrevs under de återstående tre intervjuerna renskrivdes på data i direkt anslutning till själva intervjutillfället, då vi fortfarande var uppfylld av mötet och kunde få med det man missat att skriva under själva intervjun. Trots farhågor över att vår Minidisc gått sönder och att vi istället fick anteckna tre intervjuer för hand, upplevde vi att det blev bra möten och utskriften blev innehållsrika.

4.4 Arbetet med vårt material

När vi hade skrivit ner alla intervjuerna på data, läste vi igenom dessa vid ett flertal tillfällen. Därefter gick vi tillsammans igenom våra tre frågeställningar utifrån varje livsvärld i varje intervju och gjorde en kortare sammanfattning för varje kvinna, som vi skrev ner på data. Detta i syfte att vi skulle kunna få en bättre överblick för att kunna analysera och bearbeta vårt material. Vi har medvetet valt bort sista sidan i vårt intervjumaterial där kvinnorna skulle beskriva sig själva utifrån färdigskrivna ord (bilaga 4, sista sidan). Vi har i analyserandet av materialet upplevt att det inte gick att relatera till vårt syfte.

4.5 Bortfall

Vi har svårt att se hur stort bortfall vi har i vår undersökning då vi valt att be andra ta kontakt med våra informanter för vår räkning. Vi har inte tagit kontakt med cheferna för att höra hur många informanter de kontaktat. Detta för att vi har upplevt att vi inte haft tid men en annan orsak är också att vi inte kan kräva samma engagemang från dem som vi själva upplever. Vår målsättning var att få intervjua åtta kvinnor men det var fem stycken som vi fick kontakt med.

4.6 Validitet

Med validitet menas att man undersökt det man verkligen ville undersöka och ingenting annat (Kvale, 1997). Frågorna vi ställt har haft relevans för vår undersökningens syfte. Vi har försökt att ställa våra frågor på ett tydligt vis och försökt formulera frågorna så de inte kan tolkas på olika sätt. Vi har i vår analys försökt att vara noga med att hålla oss till begreppen i vår valda teori. Det finns åtskilliga faktorer som kan påverka en samhällsvetenskaplig undersökning. Vi är medvetna om att kvinnorna som vi mött i vår undersökning väljer både medvetet och omedvetet att lämna ut valda delar av sig själv. Att mötas och känna förtroende för dem som ställer frågorna är i högsta grad individuellt. Vi själva som intervjuar kan också påverka intervjupersonen på olika sätt genom vår dagsform, personlighet, kunskap och erfarenheter.

4.7 Reliabilitet

Med reliabilitet menas att undersökningens resultat är tillförlitlig och hur väl svaren kan stå emot inflytande av tillfälligheter (Kvale, 1997), att hur väl vår undersökning mäter det som vi avser att mäta. Med tanke på reliabiliteten har vi valt att använda öppna frågor i syfte att försöka undvika att vara styrande. Vi är medvetna om att våra frågor kan upplevas känsliga och personliga vilket skulle kunna leda till att man inte orkar eller helt enkelt inte kan svara helt öppet och uppriktigt. I vår analys har vi varit noga med att det ska vara våra intervjuade kvinnors upplevelser och ord, inte våra egna. Därför har vi också använt oss av många citat direkt från våra informanter. Då vi varit två personer som analyserat vårt material har vi i dialog kommit överens om en intersubjektiv enighet (Kvale, 1997) efter att vi samtalat om de skiftande tolkningar som kan framkomma utifrån kvinnornas berättelser.

4.8 Generaliserbarhet

Med generaliserbarhet menas att resultatet som blir i en undersökning gäller för alla individer även dem som inte förekommer i undersökningen. Kvale (1997) menar att det är svårt att generalisera sett utifrån att varje enskild individ, varje speciell situation samt varje fenomen har sin egen inre struktur och logik. Det centrala syftet med vår kvalitativa studie är inte att generalisera vårt resultat till att gälla för en population utan att skapa en vidare förståelse för våra intervjupersoners upplevelser och erfarenheter, vilket leder till en ökad kunskap som vi alla kan ha nytta av ur olika perspektiv allt utifrån ett mikro- till ett metaperspektiv.

4.9 Etiska överväganden

Då vi kommer att intervjua kvinnor som idag är sjukskrivna är det extra viktigt att vara medveten om vilket ansvar vi har gentemot dem. Att som Larsson (2005) beskriver inte söka efter kunskap som inte är relevant för vår undersökning och som kan skada individen. Vi har valt att försöka följa Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (1990) inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning i vår forskningsprocess. Vi inledde intervjuerna med våra informanter med att prata om vår etiska forskningsplan (bilaga 3) som bygger på Vetenskapsrådet fyra följande huvudkrav:

Informationskravet: Vi informerade de deltagande kvinnorna om vårt syfte med undersökningen. Vi berättade att deltagandet var frivilligt och vi var tydliga med att om de när som helst kunde hoppa av sitt deltagande. Vi har varit öppna med vårt syfte i vår undersökning och om hur forskningsprocessen kommer att ske. Vi har varit extra tydliga med hur vi kommer att hantera det ofärdiga materialet samt vad som händer med den färdiga uppsatsen.

Samtyckeskravet: För att skaffa kvinnornas samtycke bad vi först deras chefer att ta kontakt med dem och skicka ut vårt informationsbrev där vi är berättade om syftet med vår undersökning, vilken metod vi kommer att använda samt hur resultatet kommer att presenteras. I detta brev presenterade vi oss själva och var tydliga med att vi arbetar i samma kommun som de själva arbetar inom. Syftet med detta är att individen själv skulle kunna ta kontakt med oss om de är intresserade att medverka. Vi ville försäkra oss om att våra informanter tog kontakt med oss av egen vilja och inte av att de kände sig pressade av sin arbetsgivare.

Konfidentialitetskravet: Vi kommer att förvara vårt material inlåst och kommer i all vårt material aidentifiera våra informanter. Vi har valt att endast intervjua kvinnor och inte nämna deras ålder, arbetsplats eller inom vilken yrkeskategori de tillhör i våra resultat, detta i förebyggande syfte att man inte ska kunna identifiera våra informanter. Vi är medvetna om att det kan upplevas som känsliga teman att prata om samt att upplevelsen av att kännas igen av andra i en medelstor kommun skulle kunna vara ett hinder för att vilja delta i vår undersökning.

Nyttjandekravet: Vårt insamlade material om våra enskilda informanter får inte användas i något annan avsikt än till vår undersökning. Vi är medvetna om att detta är mycket viktigt att reflektera över samt vara tydliga till våra informanter att vi arbetar inom samma kommun som de själva. Vi måste vara medvetna och tydliga med att aldrig i framtiden utnyttja vår kontakt genom denna forskning med deltagaren, i något för dem negativt syfte.

5. TEORETISKT PERSPEKTIV

5.1 KASAM

Som teoretiskt perspektiv har vi valt att använda oss utav Aaron Antonovskys begrepp känsla av sammanhang, KASAM och dess komponenter för att tolka våra frågeställningar. Aaron Antonovsky föddes 1923 i Brooklyn. Han var professor i medicinsk sociologi i Israel innan han avled år 1994.

Antonovsky (1991) har främst ägnat sig åt förutsättningar som gäller för ett någorlunda friskt liv. Han ville få oss att fokusera på ett salutogenetiskt tänkande som gör att vi ser vi till individens totala historia och till hälsofrämjande omständigheter även om vi befinner oss i ohälsa. Antonovskys salutogenetiska kärnfråga lyder ”hur ska vi göra för att kunna förklara hälsa istället för sjukdom”? Han väljer att se på begreppen hälsa/ohälsa som en skala, ett kontinuum där vi rör oss fram och tillbaka beroende på hur vi mår och vad som sker i livet. Om vi anammar ett salutogenetisk synsätt och tankesätt underlättas rörelsen mot den friska sidan på kontinuet. Han menar att vi skulle komma fram till en analys av ohälsobilden om vi kunde förstå individens hela historia och förstå var personen vid en viss tidpunkt befinner sig på detta kontinuum.

Den salutogenetiska kärnfrågan fick Antonovsky att formulera begreppet känsla av sammanhang, KASAM. Han anser att människans egen livskontroll är en nyckelfaktor. Den livskontroll han beskriver har tre viktiga komponenter. Den första är förmågan att *förstå* sin livssituation, den andra att *hantera* livssituationen och den tredje känslan av att livet är *meningsfullt*. Dessa tre komponenter utgör KASAM och Antonovsky benämner dem begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Hans egen formella definition av KASAM lyder;

”Känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och (3) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang.”

Alla tre komponenterna i KASAM är nödvändiga och påverkar varandra. Den motivationsdrivande komponenten meningsfullhet ser Antonovsky som den viktigaste. Utan denna blir vare sig begriplighet eller hanterbarhet varaktig. De människor som är engagerade och bryr sig har möjligheter att hitta förståelse och resurser. Sen menar han att begripligheten är den därefter viktigaste komponenten, eftersom hanterbarhet förutsätter förståelse. Men hanterbarheten är också betydelsefull, för om man inte tror att resurser finns avtar meningsfullheten och personens strävan att hantera situationen blir mindre.

Nedan förklarar vi KASAM´s komponenter mer ingående.

Begriplighet: Antonovsky förklarar begriplighet som hur man upplever inre och yttre stimuli som förnuftsmässigt gripbara, om informationen är ordnad, sammanhängande, strukturerad och tydlig och inte kaotisk eller som brus. Att man som individ med jämna mellanrum har en upplevelse av att saker och ting hör ihop och att man kan hitta konstruktiva förklaringar till det man inte förstår. En människa med hög känsla av begriplighet förväntar sig att framtida händelser är förutsägbara, eller om de kommer som överraskningar, går att förklara. Olyckor och misslyckanden kan inträffa men individen har förmågan att göra dem begripliga.

Hanterbarhet: Antonovsky menar att hanterbarhet handlar om i vilken omfattning man upplever att resurser finns till ens förfogande som gör att man kan möta de krav som ställs av de stimuli som man fylls med. En individ med hög känsla av hanterbarhet, känner sig inte som ett offer för omständigheterna, eller tycker att livet är orättvist. När olyckliga saker händer i livet, går de vidare och tar nya tag, men när känslan av hanterbarhet återkommande överbelastas utan att individen har möjligheter till vila och återhämtning, kan man uppleva ohälsa. Det är också viktigt att ha upplevelsen av att förfoga över nödvändiga resurser i form av kunskap, material, tid samt en social struktur.

Meningsfullhet: Denna komponent anser Antonovsky vara den viktigaste faktorn och ser den som en motivationskomponent. Det som känns meningsfullt för individen betraktas som utmaningar, värda känslomässig investering och engagemang. Om en individ känner glädje och stolthet över det hon gör, oavsett frivillighetsgrad är viktigt. Meningsfullhet handlar, enligt Antonovsky också om värderingarna som samhället ger i resurser i form av belöningar, makt och prestige. Likaså betydelsen av de sociala värderingar som ges om ens arbete. Det handlar också om vikten av att känna sig delaktighet i ens egna processer, ens öde och ens dagliga erfarenheter att inte dra sig för att konfrontera olyckliga upplevelser utan att söka en mening i den och göra sitt bästa för att komma igenom den. Vidare beskriver Antonovsky att ett bemötande kan vara förutsägbart utan att vara tillfredställande. Ett hungrigt barn som gråter kan bemötas på ett förutsägbart sätt genom att få smäll, ignoreras eller genom att omfamnas och få mat. Detta leder till erfarenheter som sen bidrar till en känsla av meningsfullhet. Kylighet, fientlighet och likgiltighet förmedlar budskap av nedvärdering även om barnet får mat. Lek, beröring, omtanke och förmedlar barnets betydelsefullhet.

Antonovsky menar att en persons KASAM formas och växer fram ur kulturellt och strukturellt betingat mönster av erfarenheter under hela livscykeln. Den formar individens livserfarenheter. En individ som går in i vuxenlivet med en stark KASAM behåller den och den som har en svag KASAM kommer att behålla den, stora förändringar är väldigt sällsynta. När en förändring verkligen sker i en individs KASAM är det efter en lång tid av möten, beslut och förändringar som påbörjar ett nytt mönster av livserfarenheter. När sedan detta mönster bibehålls under ett antal år kan en successiv förändring ske. Han menar att en människas KASAM formas under barndomen och efter puberteten för att sedan förstärkas eller försvagas under de tidiga vuxenåren. För att förstå en människas ohälsa behöver alltså hänsyn tas till individens hela livssituation och historia. Antonovsky kallar detta för mönster av livserfarenheter. Han säger att den som i tidigt vuxenliv har en svag KASAM blir livet som en ond cirkel. *"Förloraren kommer att fortsätta förlora och livet blir alltmer kaotiskt, ohanterbart och meningslöst"*. Han menar att vuxenlivet kommer att visa på allt större skillnader i KASAM-styrka mellan de som går in i vuxenlivet med en starkt, måttlig eller svag KASAM. Han uttrycker att den vuxnes KASAM utgör en djup rotad livshållning, kanske inte stelt fixerad men djupt rotad. Antonovsky pratar om också starkt respektive svagt själv, om den manifesta identiteten. En person med ett starkt själv och en fast identitet har en starkt KASAM, och tvärtom en person med ett svagt själv och oklar identitet har en svagt KASAM. Antonovsky säger att individers liv ständigt påverkas av starka krafter vilket innebär att en individs KASAM återkommande attackeras. Han har utvecklat ett KASAM-formulär där man kan besvara ett antal frågor som berör skilda områden i livet som sen påvisar om man har en stark eller en svag KASAM.

Antonovsky vill beskriva KASAM som ett hållningssätt. Hur detta hållningssätt ser ut i det enskilda fallet bestäms av den värld av erfarenheter man vuxit upp i formade av den sociala strukturen, den historiska period man levt i, liksom mönstren av olika skeenden i ens liv. Han förklarar att KASAM kan tillfälligt förändras till exempel under en sjukhusvistelse för att sen falla tillbaka till "normal" nivå igen.

5.2 Funderingar kring KASAM-begreppet

Vi tycker att KASAM är en mycket betydelsefull och användbar begreppsförklaring. De tre komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet kan förklara hur vi människor rör oss på det kontinuum som Antonovsky beskriver. Hans beskrivning av vikten att förstå en människas ohälsa utifrån hela individens livssituation och historia har vi anammat i vår undersökning. Hans salutogenetiska synsätt får oss att tänka i frisktermer istället för i sjuktermer. Vi ställer vi oss dock frågande till innebörden och mätningen av starkt och svagt KASAM. Hur uppkommer svagt respektive starkt KASAM? Föds man ett visst mått? Han beskriver att personer med ett starkt själv och en fast identitet har en stark KASAM. Är då självet och KASAM synonyma? Eller är det den sociala strukturen som enbart formar KASAM? Är en svår uppväxt synonymt med en svag KASAM (och vice versa)? Är det de med en svag KASAM som barn som senare i livet går vägen till i ohälsa? Är de mindre förändringsbenägna? Eller är det de med en starkt KASAM som barn som senare i livet utvecklar ohälsa? Enligt Antonovsky är KASAM en *"stabil, varaktig och generell hållning till världen som utmärker en person genom hela vuxenlivet, såvida det inte sker genomgripande, bestående förändringar i hennes livssituation"*. Han säger å ena sidan att en persons KASAM formas och växer under hela livscykeln, men å andra sidan att förändringar är sällsynta. Hur föränderlig är KASAM? Har vi människor, enligt Antonovsky möjligheten att förändra oss?

Vi upplever begreppsformuleringen stark och svag KASAM som svårtolkad och inte tillräckligt klargjort. Vi ställer oss också frågande till mätningens betydelse. Vi kommer inte att beakta begreppen svag eller stark, utan hålla oss till KASAM med dess tre komponenter för att analytiskt förklara vår frågeställning. Vi vill i motsats till Antonovsky leva i tron att människans KASAM är utvecklingsbar och föränderlig under hela livet. Vi vill i likhet med Antonovsky se hälsa utifrån ett kontinuum och ur ett livshistoriskt perspektiv, därav våra tre livsvärldar i intervjumaterialet. Vi vill kunna fånga det salutogenetiska, men vi tror oss inte kunna se det friska (hälsa) om vi inte också kan se det sjuka (ohälsa), därav våra tre frågeställningar som ser till både vägen till ohälsa, i ohälsan och vägen till hälsa.

6. ANALYS

Vi kommer att fokusera vår analys utifrån vårt samlade intervjumaterial (de tre livsvärldarna) och kategorisera våra svar under två olika teman (Larsson, 2005). Våra två teman inbegriper våra tre frågeställningar och Antonovskys tre komponenter; meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet.

Vi kommer i detta stycke först att först beskriva kvinnorna utifrån bakgrundsfrågorna i intervjumaterialet. Därefter presenterar vi varje kvinna för sig. Därpå kommer en analys utifrån våra frågeställningar. Till sist redogör vi för KASAM i förhållande till de tre frågeställningarna.

6.1 Bakgrundsinformation

Här presenterar vi kvinnorna utifrån deras ålder, ursprung, utbildning, yrke och sjukskrivning.

Vi har intervjuat fem kvinnor i åldrarna 31 till 63 år och som alla har någon form av utmattningsdiagnos. Två av kvinnorna har sitt ursprung i andra länder. Tre av kvinnorna har högskoleutbildning och de övriga två har gymnasiekompetens. Fyra av kvinnornas yrkesval kan beskrivas som människointensiva och bygger på mänskliga relationer inom den offentliga sektorn. Den femte kvinnan arbetade med arbetsuppgifter inom planering och ekonomi på en enskild firma. En av kvinnorna är tillbaka i arbete på 75 % och 25 % sjukersättning från Försäkringskassan. Två av kvinnorna har nyligen börjat arbetsträna. Två av kvinnorna är fortfarande sjukskrivna.

6.2 Presentation av kvinnorna

Det vi nedan presenterar om kvinnorna är endast en liten, ringa del av deras nyanserade liv. Det handlar om att bevara kvinnornas anonymitet och alla namn är fingerade. Det vi presenterar är kvinnornas egna beskrivningar och ordval som är hämtade utifrån varje persons hela intervjumaterial.

Lottas barn/ungdomsliv: Som barn beskriver hon sig som tyst, blyg, ordentlig och lydig. Mamman var sjuk under hela uppväxten, pappan var sjuk en längre tid, syskonet var sjuk en kort period. Hon upplever att de levde ett mycket begränsat liv. Lotta beskriver sig som osynlig under sin uppväxt, *"mamma tog all plats"*. Hon var duktig i skolan och hade höga betyg. Hon hade inte mycket vänner, kände sig ensam, hade ingen att anförtro sig åt. Lotta beskriver sin barndom som *"jag byggde på ett bra självförtroende istället för självkänsla, fick aldrig någon grundtrygghet, jag levde i en begränsad värld"*.

Vuxenliv: Lotta är nyligen skild, hon har två barn som varit mycket sjuka. Då hon själv mår dåligt känner hon sig otillräcklig när barnen är sjuka. De sista åren har hon sovit dåligt. Hon har dock börjat hitta en vardag, ett sätt att fungera på. Hon vågar tänka lite framåt. Lotta har fortfarande svårt att vila, att *"bara va"*. Hon hittar sin rofylldhet ute i naturen. *"Jag har tagit steg åt rätt håll, vill mycket, har blivit bromsad.. vill gå mot det friska. Jag tar små steg, men åt rätt håll. Tänker fortsätta med det! Att prova. Jag gör saker som jag mår bra av"*.

Arbetsliv: Hon gav allt på sitt arbete, *"jag var mitt jobb"*. Hon tog mycket ansvar, vilket resulterade i en stor psykisk belastning. Lotta har varit sjukskriven i flera år, hon klarar inte att återgå till samma arbetsfunktion. Idag arbetstränar hon och det fungerar bra. Upplever förståelse där hon arbetstränar.

Annas barn/ungdomsliv: Som barn beskriver hon sig som livlig, obstinat och glad. Mamman var hemma, pappan arbetade borta. Hon blev misshandlad av en förälder och kom inte överens med den andre föräldern. Anna var utanför i skolan, hon beskriver att hon var mobbad, hade svårt att lära och hade ofta ont i magen. Kände att hon aldrig dög vare sig i familjen eller i skolan, men hon beskriver *"jag accepterade min roll i familjen, jag var trygg trots allt, men dög inte lika mycket som mina syskon"*. Hon hade inte mycket vänner då familjen flyttade flera gånger. Hon tog hand om sin lillebror. Anna beskriver själv sin barndom ändå som ganska trygg. *"Jag har lärt mig att aldrig ge upp"*. Hennes barndom lärde henne att hitta egna lösningar. Den gav henne styrka, men också förmågan att ställa höga krav på sig själv och ta mycket ansvar.

Vuxenliv: Anna träffade en man med missbruksproblem, hon upplevde en otrolig lycka när de fick barn, *"ett självförverkligande"*. Hon gifte senare om sig och fick ett barn till. Ett av barnen har behövt mycket stöttning under sin uppväxt. Anna beskriver själv att hon tagit för stort ansvar i familjen. Hon *"tvingar"* sig till mycket för att komma tillbaka. *"Jag hittar kraft och lugn i musiken, naturen, i mina djur. Jag hittar lugn i andligheten.. där kan se mig själv ur ett större perspektiv"*.

Arbetsliv: Hennes ansvarfulla yrke kräver goda relationer. Hon hanterar svåra ärenden, hinner inte följa upp, känner inte att det finns en yrkesmässigt förståelsen för hennes klientel. Anna har många bra arbetskamrater och arbetar i en trygg arbetsgrupp. Hon är fortfarande sjukskriven, men har börjat arbetsträna. Det fungerar bra, hon *vill* tillbaka till jobbet.

Emmas barn/ungdomsliv: Som barn beskriver hon att hon var bestämd och kontrollerande. Hon upplevde sig som omtyckt. Mamman hade flera jobb vilket gjorde att hon sov mycket, pappan arbetade borta. Pappan hade en form av missbruk (och har än idag). De hade dålig ekonomi, *"jag tog känslomässigt ansvar för familjen, tog fighterna med pappa, jag tog ansvar för pappa"*. Hon var en ledare i skolan, omtyckt med många vänner, men hon hade hög prestationskrav. Hon hade lätt för att lära sig upp till högstadiet, sen kom hennes sjukdomar och skolan rasade. Emma beskriver sin barndom som på sätt och vis en lycklig barndom, *"jag har lekt mycket och haft mycket roligt, men nu skulle jag beskriva den som både bra och dålig, det fanns mycket oro.. jag har lärt mig att se mer till andra"*.

Vuxenliv: Emma bor tillsammans med en man som hon älskar. Han har stor förståelse för hennes ohälsa. Hon har många vänner, *"jag gör saker som jag blir glad av"*. Hon upplever att hon har dålig självkänsla men ett gott självförtroende. Hon behöver lära sig acceptera sig själv och att inte ta så mycket ansvar. *"Jag har mycket humor, även i tragiska saker, galghumor, det räddar mig många gånger. Jag skämtar om allt, inget är förbjudet"*.

Arbetsliv: Emmas egen upplevelse av sitt arbete var att det blev för mycket krav, hon orkade inte ta ansvar för andra människor. Hon säger att hon inte kan återgå till samma arbetsfunktion. Hon är fortfarande sjukskriven. *"Jag vet inte vad jag klarar idag"*. Upplever att hon har en god kontakt med den nya chefen.

Karins barn/ungdomsliv: Som barn beskriver hon sig som glad, hade humör, var arg och testade gärna gränser. Mamman arbetade mycket, pappan var sjuk. Karin hade barnflickor och var på den tiden ett ”modernt nyckelbarn”. Familjen hade en ostabil ekonomi. Hon fick klara sig mycket själv. I skolan var hon okoncentrerad, *”skolan var inte viktig”*. Hon hade mycket infektionssjukdomar. Hade inte många vänner. Karin beskriver sin barndom som att *”jag fick klara sig mycket själv, fick inte så mycket bekräftelse, men tyckte att den var bra”*.

Vuxenliv: Hon fick barn tidigt, separerade tidigt. Karin har levt mycket ensam med sitt barn och upplevt det som en jobbig tid att vara ensam mamma både socialt och ekonomiskt. Hon är idag gift. Det har funnits mycket sjukdomar i familjen. Hon väljer att umgås mestadels i familjen. Hon försöker ge sitt barn och barnbarn bekräftelse på att de duger och ställer upp på dem. Karin är mycket ute och går, tränar, läser, umgås med familjen och barnbarnen. *”Min man och jag har roligt ihop, vi åker utomlands, men ibland gör jag saker själv”*.

Arbetsliv: Hon har arbetat inom socialt arbete där hon hanterat svåra ärenden och tagit mycket ansvar. Hon har varit med om flera omorganisationer, upplevt problem med arbetskamrater och chefer och bytt arbetsplats vid flera tillfällen. *”Idag upplever jag en arbetstillfredsställelse, en lagom balans mellan arbete och privatliv”*. Hon har fått en ny och bra chef. Karin arbetar deltid med viss del sjukersättning från Försäkringskassan.

Marias barn/ungdomsliv: Som barn var hon alltid glad och optimistisk. Mamman var hemma, pappan arbetade. De hade god ekonomi. Hon upplevde skolan som bra. Hon hade mycket släkt och vänner omkring sig. *”Det var mycket lek och glada minnen”*. Maria beskriver sin barndom som mycket lycklig. *”Mina föräldrar fanns alltid där”*.

Vuxenliv: Maria fick fly från sitt hemland tillsammans med sin man och små barn. De levde tre år på en flyktningförläggning i ovisshet om de skulle få stanna. Familjen lämnade allt, sitt hus, släkt och vänner. Hon fick lära sig nytt språk och ny kultur. *”Funderar mycket på hur det skulle varit för mig idag om jag inte hade haft en så bra uppväxt”*. Bor idag tillsammans med sin man och vuxna barn. Hon väljer att umgås mestadels med familjen. Är mycket ute, cyklar gärna, tycker om trädgårdsarbete och chi gong.

Arbetsliv: Maria är utbildad i sitt hemland och arbetade där med utsatta människor under många år i arbetsledande position. Fick komplettera sin utbildning i Sverige. Har sedan dess arbetat på många olika vikariat inom den offentliga sektorn. Hon har på grund av det fått möta många nya arbetskamrater och chefer. Hon har hunnit med flera omorganisationer. Hon har fått hantera många svåra ärenden där hon velat göra mer än hon kunnat och haft befogenheter för. *”Kroppen säger ifrån när man inte själv gör det. Jag tog med mig mycket av jobbet hem, kunde inte släppa. Ville att vi skulle se helheten, hela människan.. inte bara en liten del”*. Maria är fortfarande sjukskriven, har försökt arbetsträna men det har inte fungerat. Hon känner ingen hemhörighet med arbetsplatsen då hon bytt mycket.

6.3 Analys utifrån våra tre frågeställningar

Citaten i texten nedan är tagna direkt ur våra kvinnors berättelser. För att avidentifiera vem som sagt vad kallar vi kvinnorna A, B, C, D och E.

1. Vägen till ohälsa; Hur förklarar kvinnorna orsakerna till sin ohälsa?

Alla kvinnor vi intervjuat vill mycket. De vill alla mer än de egentligen förmår *"jag vill att allt ska vara så perfekt"*(B). Flera uppger att de upplever stor frustration när de inte kan lösa situationer eller problem, att bara kunna hantera upplevs inte som tillräckligt *"jag är som person hjälpsam, vill väl överallt och vill att allt ska vara bra runt omkring mig"* (C). De har alla ett stort engagemang *"jag ser mycket mer till andra människors behov, det är därför jag sitter där jag sitter"* (A). De har alla på olika sätt lärt sig tidigt att ta ansvar, antingen för dem själva och/eller för andra. De har anpassat sig till sina uppväxtförhållanden, hur svårt de än haft det.

"Min mamma slog mig, hon hade stora krav på sig, pappa var aldrig hemma" (D).

"Jag accepterade min roll i familjen, att jag inte dög" (D)

"Jag anpassade mig till min mammas martyrskap" (E)

"Jag hade inget värde, jag har inte fattat det .. att jag inte vågat känna mig älskad." (A)

Alla idag svårt med gränssättningar, att säga nej *"jag har svårt att säga nej"* (B). Alla har på något vis en familjesituation som påverkat eller påverkar dem mycket. De tar alla ett stort ansvar, både i sina familjer och i sina yrkesval. Tre av kvinnorna har själva fått barn som av olika anledningar behövt mycket stöttning. Tre av kvinnorna har genomgått skilsmässor. De vill ge mycket till sina barn

"Jag tog min mammaroll så hårt! Inget dög mer än det jag gjorde.. Jag började kämpa för mitt barn, jag tog det väldigt allvarligt.. Vet inte hur jag ska vara .. göra. Min känsla när jag fick barn var att jag skulle bära dom. Jag har tagit för stort ansvar.. " (D)

"I alla relation måste finnas glädje, närhet, kärlek, trygghet. Mycket som jag inte fått.. Känner mig otillräcklig över att jag inte orkat ge till barnen det jag skulle velat. Men jag har ändå gett mer än det jag fick, jag har gått flera steg från min egen barndom. Resten får väl dom fixa "själva".. jag har ju försökt rätta upp denna generation något... Men ibland känns det jobbigt.. " (E)

"Jag ser att mina döttrar gör mycket som jag själv gjort.. tar hand om.. engagerar sig mycket.. och det skrämmer mig.. för jag är rädd att de ska börja må som mig". (C)

Alla beskriver att de upplevt flera förändringar i arbetslivet, antingen arbetsplatsbyten eller fler eller nya arbetsuppgifter, vilket upplevts som stressande *"det var ovissheten i jobbet, när jag skulle byta.. sen har det varit för mycket krav i sysslorna, orkade inte ha ansvar för människor, dom var så sjuka"* (E). De har alla upplevelsen av oförstående chefer eller byte av många chefer. De har alla i sitt yrke, på något sätt hanterat mycket svåra ärenden *"när det inte går att lösa mår jag dåligt, känner mig frustrerad"* (D). Fyra av kvinnorna har arbetat med ärenden som handlar om människors svåra levnadssituationer, som ofta inte kan lösas, utan får hanteras på bästa sätt. *"Jag orkade inte. Har haft minnesluckor. Hade ett jobbigt fall som tog det sista.. att jag föll. Engagerar mig mycket. Det handlar om människor. När det inte går att lösa, mår jag så dåligt"*.(D)

Den femte kvinnan fick, utan egentlig kunskap, arbeta med olösliga frågor som hon inte hade formell kompetens för *"jag fick täcka upp mycket, sopa upp efter andra"* (E). För kvinnorna har det handlat mycket om andra, att finnas till för andra.

2. Förmågan att hantera ohälsan; Hur beskriver kvinnorna att de hanterat att befinna sig i ohälsa, det vill säga under sin sjukskrivning. Vad har de hittat för att ta sig vidare?

De beskriver hur de lärde sig acceptera andras behov och utrymme före sina egna behov och eget utrymme. De lärde sig att ta hänsyn till andra *"Jag har förståelse för andra, har funnits för andra, inte funnits i mig själv, inte förrän nu när jag sjukskrivit mig själv"* (A). De har aldrig tagit hänsyn till sig själva. I deras sjukskrivning har de svårt att anpassa sig, att acceptera sin oförmåga och sitt mående *"jag har inte acceptera fullt ut att jag inte orkar"* (C). De känner skam, skuld och oförståelse inför sin situation. *"Jag kämpade mycket mot min sjukskrivning. Ville fort ut igen. Trodde att det var fel på mig. Men har träffat andra i samma situation och nu börjat fatta att jag är sjuk. Jag är inte knäpp!! Och det är ju inte ovanligt heller.. många mår som jag"*(E). En kvinna upplever dock att hon inte kämpat mot sig själv, utan vilade sig "frisk". Hon kände inte skam eller skuld *"jag skämdes aldrig över att jag inte orkade, jag fick tid att tänka"* (B). Tre kvinnor har efter en lång tid tillåtet sig själva att vara trötta och orkeslösa *"Jag skäms inte längre, jag tillåter mig att må dåligt nu"* (D). En kvinna arbetar fortfarande med att acceptera sin sjukskrivning. En kvinna uttryckte om sitt första år i sjukskrivning *"Jag försökte acceptera något jag inte förstod, kropp och själ hänger ihop det har jag förstått nu, innan stängde jag ju av, hade huvudvärk, magkatarr, ont, stängde av kroppen, körde på, det blev värre och värre, sen låg jag"* (E).

När de väl börjat acceptera sin situation någorlunda kom lugnet. Sjukskrivningen blev tid för att tänka, reflektera och vila. Tid för att se bakåt, tid för att ta med sig själv, tid att börja inse att de måste lära sig säga nej och sätta gränser *"Terapi har påverkat mig jättemycket, både psykologen och medpatienterna har gjort mycket, de har gett mig mycket förståelse för varför det har blivit som det har blivit, vi har mycket gemensamt"* (E). De började inse att de inte kunde lösa allt för alla och inte behövde ta ansvaret för allt och alla. De behövde inte vara allt. De insåg att samspelet med andra måste bli större *"I min sjukskrivning har jag börjat hitta mina gränser och att jag inte kan lösa världsgåtan, jag har inte ansvaret för allt och alla"* (D). De kämpade inte mot sig själva längre i sin ohälsa utan gav efter. Som en kvinna uttryckte *"jag har låtit mig själv vara i fokus"*. Fyra av kvinnorna har aldrig varit i fokus under sin uppväxt, någon annan tog den rollen när de var små. Nu måste de själva sätta sig själva i fokus. Flera beskriver att *"jag försöker göra och prioritera det som jag tycker är roligt"* (A). De beskriver också utanförskapet i att vara sjukskriven, utanför arbetslivet och den sociala gemenskap det ger. En av kvinnorna avslutade sin intervju genom att säga *"Det jag kan känna är att man blir förbisedd när man är sjukskriven. När man mår dåligt behövs mer.. när man mår så dåligt. Man räknas inte, en psykisk ohälsa är fortfarande mycket tabu. Det finns inte. Folk skulle bli mer medvetna om det.., man blir lite dumförklarad.. man blir förbisedd. Ingen tar en på allvar"* (A).

3. Vägen från ohälsa till hälsa; Vad har bidragit till att kvinnorna klarat av att gå vägen till hälsa? Hur ser deras framtidsperspektiv ut?

Kvinnorna beskriver att de behöver sänka sina egna krav på sig själva. Två kvinnor behöver fortfarande vara "kravlösa", de orkar inte med krav vare sig från sig själva eller från andra, de är ännu inte tillbaka i arbete. Alla har dock börjat fylla på sig själva genom att de gör och prioriterar saker som gör dem glada och får dem att må gott. "Jag tillåter mig att göra det jag känner för. Låter bli att göra vissa saker.. väljer. Jag glömmer mig själv. Jag måste lära mig att fylla på mig själv. Jag ger jättemycket. Måste lära mig att ta ett steg tillbaka" (D). Alla vistas gärna ute. Tre kvinnor hittar lugn ute i sina trädgårdar, de beskriver skönheten i det som groor och växer. Alla väljer och väljer bort mer aktivt idag. De övar på att säga nej, att sätta gränser. "Att kunna säga nej och sätta gränser, tror jag är det viktigaste. På så sätt tar man hand om sig själv och tänker på sig själv. Hitta det som passar mig, det är det viktigaste tycker jag" (C). De är medvetna om sitt egenansvar " Jag måste hela tiden tänka sig för så att jag inte stressar, att jag tar på mig för mycket, lugna ner mig. Men vet också att jag inte mår bra av att vara understimulerad, en balansgång. Kan göra en sak och tackar nej till resten. Försöker säga ifrån idag. Har insett att man inte bara kan ge utan man måste få något tillbaka. Att inse att man har ett egenansvar. Man känner sig själv bäst. Det går alltid att få tillbaka sin hälsa bara man tänker sig för, det är aldrig för sent" (B). De vet att det krävs att de tar sig själva i första hand och övriga i andra hand. Flera beskriver att de är öppna för allt som kan få dem att må bättre, som kan få dem att hitta tillbaka till orken och glädjen. Flera uttrycker att deras mål är att få en balanserad tillvaro både vad det gäller arbetet och privatliv, och vad det gäller dem själva och andra. De har inga stora orealistiska mål, utan vill må bra i vardagen. "Jag vill ha energi. Hitta en balans i trygghet och energi. Små saker .. som att klara vardagen". (E). Kvinnorna pratar om små saker, små val, att göra en sak i taget, att både kunna ge och ta. En kvinna uttryckte "Att få känna glädje, att jag känner kraft och att jag ska orka är mitt viktigaste mål" (C). En annan kvinna beskrev "Jag har aldrig haft någon vilja, men nu går jag efter en egen känsla, i vardagen, det handlar om små val, att se glädjen i små saker. Göra ordning i mitt hem. Jag trivs. Kan inte titta så jätte långt fram.. jag vet ju så lite.. allt tar mycket längre tid än jag trodde. Men jag har mer planer idag" (E).

Kvinnorna pratar om både och, att både ha med sig själva och andra, "jag försöker prioritera och strukturera, att tänka på mig själv men även på andra" (C), att både ge och ta, att både ta eget ansvar och låta andra ta ansvar, att både välja och välja bort, att både säga ja och nej. Det handlar om att inte befinna sig på en sida, som gör att man till slut tappar över och faller. Det gäller att kunna balansera båda sidor för att kunna må bra och vara frisk. "Man måste ta hand om sig själv... man måste försöka ta hand om sig själv. Annars kan det bli för sent.. det är svårt att hitta tillbaka till att ta hand om sig själv.. och prioritera sig själv.. och samtidigt hjälpa andra.. men om man hjälper sig själv först kan man hjälpa andra. Att säga nej och sätta gränser är det viktigaste för att få behålla sin hälsa. Man måste hitta balans överallt.. hemma, arbetsplatsen, det sociala livet som t ex hur mycket man ska umgås med andra." (C)

Kvinnorna pratar mycket om att det handlar mycket om att acceptera. Acceptera sig själva, sin orkeslöshet och sin låga stressnivå "Mitt hinder är orken, jag har fått acceptera att jag inte orkar" (E). En annan kvinna uttrycker; "Jag måste vila, kan bara göra små saker, klarar inte så mycket, har lärt mig det, det är svårt att acceptera, det är väldigt svårt att acceptera, men jag försöker göra mitt bästa" (C). De uttrycker vikten av att få stöd från de närmaste och från sin chef "En chef måste kunna lyssna, ha förståelse för vår arbetssituation och fråga hur vi mår" (D). De har ett behov av förståelse från andra, som de får till exempel genom gruppterapi, där människor har samma sjukskrivningsorsaker och där man inte behöver förklara eller försvara sin situation. "Det är skönt att träffa andra som är i samma situation, man kan säga få ord, man förstår varandra" (C). Det handlar framförallt om dem själva, att ta hand om sig själva fysiskt, mentalt och själsligt. En kvinna uttryckte "Den psykiska ohälsan styr jag, hur jag ska komma till hälsa vet jag inte. Men det handlar om mig. Ingen annan".

6.4 KASAM i förhållande till våra tre frågeställningar

Hanterbarhet i kvinnornas liv på vägen till ohälsa utmärks av att de hanterade sin uppväxt genom att anpassa sig efter den sociala strukturen som erbjöds. Som barn har man små resurser att förändra. Barn litar till sina vårdnadshavare och på att den uppväxt som erbjuds är den "rätta". De accepterar sin omgivning annars skulle inte någon meningsfullhet finnas. Kvinnorna hanterade också sina familjesituationer genom att ta mycket ansvar för andra. Detta ansvarstagande har sedan följt med in i vuxenålder både in i deras familjeliv och in i deras arbetsliv.

Begripligheten i kvinnornas liv på vägen till ohälsa utmärks av att de "levde det liv de fick". Ett barn vet inget annat än det liv de lever i. Även om vissa saker inte är sammanhängande eller förnuftigt, gör man sig en begriplighet i det för att kunna "stanna". Som en kvinna beskrev *"min mamma slog mig, för hon hade så stora krav på sig, pappa var aldrig hemma"*. För att förstå situationen behövdes en begriplig förklaring till det som skedde. Om man inte förstår kan man inte hantera situationen. Och då finns inte heller meningsfullheten. De tre komponenterna är som en kedjereaktion. Livsmönster skapas som man tar med sig in i vuxenlivet, både till familjeliv och arbetsliv. Kvinnorna beskriver att de "kört på" sina liv utan ett egentligen reflektera över sina livsmönster. Ända tills de kom i ohälsa.

Meningsfullheten i kvinnornas liv på vägen till ohälsa utmärks av deras starka vilja, som hittills handlat om andra. De har upplevt en glädje att få ge andra stöd och omsorg. De har lätt för att engagera sig i både familjefrågor och arbetsliv, allt för att det ska bli så bra. De vill ge mycket till sina barn. De vill ge mycket i sina yrkesval.

Hanterbarhet i ohälsan, i sjukskrivningen utmärks av att kvinnorna försöker acceptera sin oförmåga, sitt mående, sin orkeslöshet. Fyra av de fem kvinnorna upplever skam och skuld inför sin sjukskrivning. Alla kvinnor väljer att avgränsa sig från det sociala livet. De orkar inte ta ansvar. De kämpar med att sätta egna gränser, att säga nej.

Begripligheten i ohälsan, i sjukskrivningen utmärks av att kvinnorna börjar reflektera över sitt barn- och ungdomsliv, sitt vuxenliv och sitt arbetsliv. De försöker förstå varför de hamnat i ohälsa. De försöker också lyfta fram och reda i alla gömda känslor som gäller dem själva. De mår oerhört dåligt och lever i ett känslokaos. De funderar på vad de måste göra för att komma vidare genom att hitta nya copingstrategier.

Meningsfullheten i ohälsan, i sjukskrivningen utmärks av "självet". Kvinnorna orkar inte längre ta hand om andra. Här handlar det om dem själva. Att se sina egna behov, sin längtan och sitt inre. De tar sig tid för sig själva. De arbetar med att acceptera sig själva för den de är.

Hanterbarhet på vägen till hälsa utmärks av att kvinnorna inser att de har förmåga att förändra. Kvinnorna hanterar det genom att prioritera och strukturera, ta en sak i taget. De gör saker som får dem att må bra. De försöker balansera sin tillvaro både i familjen och på arbetet genom att både anpassa sig och sätta gränser.

Begripligheten på vägen till hälsa utmärks av att kvinnorna gör viljemässiga förändringar av tankar och livsmönster. De förstår vad som krävs för att de själva ska må bra, de förstår att det kommer att ta lång tid att förändra.

Meningsfullheten på vägen till hälsa utmärks av att kvinnorna aktivt själv väljer det de upplever vara värt att känslomässigt inversta i. I detta läge finns både ett jag och andra. Det finns två perspektiv. Det gör att kvinnorna bejakar sina egna behov och styr mer över sina egna liv.

7. RESULTAT

Förklaringsmodell	1. Vägen till ohälsa	2. Ohälsa	3. Vägen till hälsa
Hanterbarhet	Anpassning	Avgränsning och gränssättning	Både anpassning <i>och</i> gränssättning
Begriplighet	Lever det liv de lever Gör livet förståeligt	Förståelse av dåtid och nutid (känslokaos)	Viljemässig förändring av tankar och livsmönster
Meningsfullhet	Värnar om andra Tar ansvar för andra	Värnar om sig själv Tar ansvar för sig själv	Värnar och ansvarar för andra <i>och</i> sig själv

Figur 1

Resultatet som vi har funnit är att kvinnornas väg till hälsa är en krävande och långsam process som handlar om att finna förmågan, både inom och utanför sig för att göra nödvändiga men samtidigt viljemässiga förändringar av tankar och livsmönster.

Denna modell förklarar vårt resultat utifrån våra tre frågeställningar och Antonovskys tre komponenter. Här summerar vi vårt empiriska material som vi presenterat i analysavsnittet. I texten förmedlar vi vad kvinnorna gemensamt uttryckt utifrån intervjuerna. I analysen finns flera citat som styrker nedanstående resultat.

För att vi ska kunna förklara modellen på ett enkelt sätt tar vi hjälp av en metafor¹² som handlar om fötter. Föreställ er att varje fråga lodrät ned, är en *fot*. Under fråga ett står kvinnorna på en fot, under fråga två ställer sig kvinnorna på den andra foten, under fråga tre står de på båda fötterna. Mer förklaring kommer i följande text.

På väg till ohälsa stod kvinnorna på *en fot*, som handlade mycket om anpassning. De har anpassat sig till sina, ibland svåra uppväxtförhållanden. De har alla på olika sätt lärt sig tidigt att ta ansvar, antingen för dem själva och/eller för andra. Även som vuxna tar de alla ett stort ansvar både i sina familjer och i sina yrkesval. Kvinnorna har alla ett stort engagemang. De är lösningsfokuserade. De värnar om andra, de har upplevt en glädje att få ge andra stöd och omsorg. Kvinnorna har "levt på", levt sitt liv utan ett egentligen reflektera över sig själva och sina livsmönster. Ända tills de kom i ohälsa. Alla beskriver att de upplevt flera förändringar i arbetslivet, antingen arbetsplatsbyten eller fler eller nya arbetsuppgifter, vilket upplevts som

¹² Ett bildligt uttryckssätt där likheter motiverar att en företeelse byts ut mot någon annan (Nationalencyklopedin)

stressande. Kvinnorna har alla upplevelsen av oförstående chefer eller byte av många chefer. De har alla i sitt yrke, på något sätt hanterat mycket svåra ärenden. De har alla idag svårt med gränssättningar, att säga nej. De gick omkring på en fot tills de föll omkull.

I ohälsan där orken, kraften och glädjen försvann, ställde sig kvinnorna på den *andra foten*, där det handlade om att förstå allt de gått igenom, sätta gränser, reflektera över sina livsmönster och sig själva. Fyra av kvinnornas uppväxter lärde dem acceptera andras behov, de lärde sig att ta hänsyn till andra. De har aldrig lärt sig att ta hänsyn till sig själva. I sjukskrivning har de svårt att anpassa sig, att acceptera sin oförmåga, sitt mående. Fyra av kvinnorna känner skam, skuld och oförståelse inför sin situation. När de efter lång tid någorlunda accepterat sin ohälsa (en kvinna har fortfarande svårt med detta) blev sjukskrivningstiden en tid för att tänka, reflektera och vila, tid för att se bakåt, tid för att ta med sig själv, tid att börja inse att de måste lära sig säga nej och sätta gränser. De började inse att de inte kunde lösa allt för alla och att de inte behövde ta ansvaret för allt och alla. De beskriver också utanförskapet i att vara sjukskriven, utanför arbetslivet och den sociala gemenskapen. De mår oerhört dåligt och lever i ett känsllokaos. De orkar inte längre ta hand om andra, att ta ansvar för andra. Det handlar om ”självet”, att se sina egna behov. De försöker acceptera sin oförmåga, sitt mående, sin orkeslöshet. De försöker förstå varför de hamnat i ohälsa. De arbetar med att acceptera sig själva för den de är. När de väl ställt ner båda fötterna på jorden kommer lugnet.

På vägen till hälsa är *båda fötterna* nedsatta, ett både och perspektiv. Kvinnorna både anpassar sig (till sig själva och andra) och sätter gränser. De gör viljemässiga förändringar av tankar och livsmönster som gör att de finner inre ro, balans, kraft och glädje. Framförallt ser det sig själva. De försöker ta hand om både sig själva och andra runt omkring. De ser en väg framåt. Kvinnorna beskriver att de behöver alla sänka sina egna krav på sig själva. De säger att de börjat fylla på sig själva, genom att de gör och prioriterar saker som gör dem glada och får dem att må gott. Alla väljer och väljer bort mer aktivt idag. De övar på att säga nej, att sätta gränser. De är medvetna om sitt egenansvar, de vet att det krävs att de tar sig själva i första hand och övriga i andra hand. Flera uttrycker att deras mål är att få en balanserad tillvaro både vad gäller arbetet och privatliv, och vad gäller dem själva och andra. De har inga stora orealistiska mål, utan vill må bra i vardagen. Det handlar mycket om att acceptera sig själv, sin orkeslöshet och sin låga stressnivå. Att få stöd från de närmaste, att hitta förståelse från andra, t ex genom gruppterapi där man inte behöver förklara eller försvara sin situation. De gör viljemässiga förändringar av tankar och livsmönster. Kvinnorna förstår vad som krävs för att de själva ska må bra, de förstår att det kommer att ta lång tid att förändra. Det finns ett både och perspektiv. Det gör att kvinnorna bejakar sina egna behov och styr mer över sina egna liv.

8. DISKUSSION

8.1 Jämförelser med tidigare forskning.

Siléns (2006) studie visade att kvinnor sätter stort värde på att hjälpa andra människor både i sitt privat- och arbetsliv. Kvinnorna hade svårt att sätta gränser gentemot sina egna och andras behov. De upplevde att det svenska samhället inte är jämlikt utan de känner sig klämda mellan sina livsvärldar familje- kontra arbetsliv. Fors och Pelleriti (2006) lyfter bland annat fram att upplevelsen av stress och att ha ett ansvar utan tillräckliga befogenheter var en gemensam faktor för de sjuksköterskor som intervjuades. Åsbring och Jeanneau (2006) kom fram till i sin studie att kvinnorna som fick gruppsamtal och reflektera över sin situation, varit positiva och fungerat stärkande samt höjt kvinnornas medvetande om deras egenmakt i deras individuella livssituation. Theorell (2002) säger att en individ har olika copingmönster för att utöva kontroll vid olika situationer och de copingmönster påverkar sedan hur vi agerar i olika situationer. När en individ får stöd av andra i sitt eget sökande efter lösningar kan de utveckla mera effektiva copingmönster. Maslach (1998) menar att all ohälsa i form av utmattning härrör till en individs arbetssituation och inte till någon personlighetsfaktor. Hallsten (2001) utvecklar Maslach resonemang och menar att stressorer finns i både familje- och arbetsliv. Eriksson, Starrin och Janson (2003) studerade utmattning relaterat till förvärvsarbete. Resultatet visade att alla informanter varit med om omfattande förändringar på sin arbetsplats i form av omorganisationer, nya chefer, nya arbetskamrater, ökat ansvar men inga befogenheter. Gemensamt för alla var en stor förlust av glädje och engagemang.

När vi reflekterar över ovanstående forskningsresultat kan vi känna igen mycket från vår undersökning som stödjer det vi kommit fram till. Men det är svårt att jämföra då vi utgår från flera perspektiv (tre livsvärldar/tre frågeställningar/tre komponenter).

8.2 Diskussion utifrån vår analytiska förklaringsmodell

Barn lär in familjens livsmönster. Hur vi än har det i familjen gör jag mig själv och familjen begriplig, hanterbar och meningsfull. Hur skulle jag annars kunna leva mitt liv? Mitt liv är mitt liv. Och mitt liv måste vara meningsfullt för att kunna levas. Familjen blir ens trygghet, oavsett grad av trygghet. Ingen lär barn andras livsmönster, inga alternativa läror erbjuds. I familjen utvecklar vi vårt grundläggande livsmönster. Livet ”blir som det blir”. Fyra av kvinnorna lärde sig ta mycket ansvar som små. Mönster som de tog med sig in i vuxenlivet. De värnar alla om andra, om andras mående. Fyra av kvinnorna arbetar med människor som behöver stöd och hjälp av olika slag. Alla kvinnor vi intervjuat beskriver ett stort engagemang och vilja. De har inte sett några hinder, utan har ”kört” på. De har haft lösningar i fokus. De har inte lyssnat till sig själva.

Kvinnorna söker efter sina egna gränssättningar, att inte bara säga ja utan också kunna säga nej. Utan att det förorsakar dåligt samvete eller skapar inre stress. De är kvinnor som nu vågar släppa upp sina känslor till ytan som de stängt inne under hela sin livstid. Vi menar att det förmodligen är den största orsaken till ohälsan, alla instängda känslor, som de gömt, som de inte vågat känna och visa. De har följt sina uppväxtnmönster och varit ansvarfulla flickor, sen ansvarsfulla kvinnor. Och när ohälsan kom bara väller det upp känslor, som är svåra att ta emot och bejaka. De har aldrig funnits tillgängliga förut, utan varit undanträngda. Det blir ett känslomässigt kaos, att reda i, att ta vara på. Men samtidigt en lättnad då trycket sjunker. Så småningom kommer lugnet. De börjar lyssna till sig själva.

Kvinnorna beskriver att de har självförtroende. De kan, de vill, de tror på vad de gör. De vet att de är duktiga, i sina yrkesliv och familjeliv. Men, enligt dem själva saknar de självkänsla, känslan av att duga och att vara som de är. De har alla tagit ansvar antingen för sig själva eller

andra under sin uppväxt. Ingen gav dem verktyget (hanterbarheten) att se sig själva. Ingen gav dem förståelsen (begripligheten) att inse vikten av att bejaka sig själv. Ingen upplyste dem om att det är viktigt att de har med sig "sig själva" under livet. Man kan inte bara se till andra utan att ha med sig själv (meningsfullheten). Att bara befinna sig på en sida i ett balansförhållande gör det omöjligt i längden att stå upprätt, man orkar inte. Man går in i ohälsan, blir orkeslös och hanterar inga krav. De vill inte ha umgänge med mänskliga individer. De tappar meningfullheten, begripligheten och hanterbarheten. De ställer sig frågor som: Hur kom jag hit? Hur ska jag komma vidare? Hur ska jag orka? Vad är det som är fel? Varför mår jag så här? Är jag knäpp? Frågorna är många och svaren är få. De försöker alla att hitta hjälp. Läkarna i sin patogenetik ser alla med sina "specialistögon" var sin liten del av kvinnorna när de kommer med sina sjukdomsbilder för att få hjälp och sjukintyg. Psykologen, som också de tillhör olika teoretiska skolor tolkar och hör delar av kvinnornas berättelser. Vem ser till helheten? Vem ser hela deras livshistoria? Vem ser till Antonovskys känsla av sammanhang?

En av kvinnorna beskrev sitt första sjukskrivningsår "jag försökte acceptera något jag inte förstod". Hur ska man kunna acceptera något man inte förstår? Det handlar om begriplighet. Psykisk ohälsa (utan att gå in på begreppsförklaringen) hur begripligt är det? Den går inte att "ta på", gipsa eller operera bort. Den måste bemötas. Vi skrev i inledningen

"Vi menar att psykisk ohälsa handlar om vårt inre och berör vårt psyke, våra sinnen, vår mentalitet, våra känslor och vår själ. Där finns vårt själv. Där lagras våra liv i egenskap av erfarenheter, upplevelser, känslor, kunskap, tankar och minnen. Vårt inre är svårbegripligt och dolt. Vi "hamnar" inte av oförklarliga skäl i psykisk ohälsa. Vi blir inte helt plötsligt utmattade. Ohälsan började någonstans och har sen fått fortgå under lång tid. Kropp och själ har signalerat, och kanske omgivningen, men vi har inte lyssnat. Vi "hann" inte, istället gick vi hela vägen till ohälsa. Det blir ett känslomässigt kaos att reda i som tar all tid och kraft. Psykisk ohälsa är svår att förstå. Den behöver lugn, tid och en varsam hantering. Den behöver förstås, hanteras, accepteras och läkas. Varsamheten är en förutsättning. Vägen till en helad hälsa är lång".

Kvinnorna beskriver att de har ordnat, löst och visat omsorg om andra. De har aldrig fått vara "små" hjälplösa och behövande utan fått ta mycket ansvar. I en sjukskrivningssituation där kvinnorna blir orkeslösa och hjälplösa har de inga copingstrategier. Det blir en ny situation. Som först kräver ny förståelse, ny hanterbarhet och sen andra copingmönster. Det tar tid. Det är svårt att som självständig vuxen bli "liten" och ta hand om sig själv. Kvinnorna säger att de aldrig haft sig själva i fokus. Deras fokus har varit utanför dem själva. I en sjukskrivning krävs fokus inåt, på dem själva. Det kräver helt nya tankar och angreppssätt. Det blir som att börja om. För det krävs tid, bra stöttning från familj, vänner och sjukvård, förståelse, att bli tagen på allvar, öppenhet, att ge sig själv tillåtelse, att andra ger dem tillåtelse att vara i sjukskrivning och sen att vara i sin "nya" hälsa, en helad hälsa med ny begriplighet, meningfullhet och hanterbarhet.

De saknar alla "sig själva" och letar efter sitt inre och sin egen vilja. De söker efter helhetsperspektiv där både det egna jaget och andra ska harmonisera och få utrymme.

Ett välmående hälsosamt liv kräver ett helhetsperspektiv. Man kan inte befinna sig på en sida, stå på en fot, utan måste kunna befinna sig på två sidor, stå med båda fötterna på jorden.

8.3 Våra synpunkter på morgondagens rehabilitering

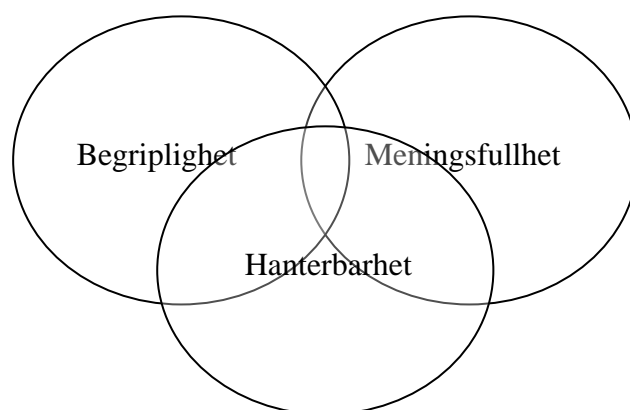
Oavsett hur vi mår är idag enda sättet är att sjukskriva sig, från arbetet. Någon annan form av sjukskrivning finns inte. Arbetsgivaren har en lagskyldighet att rehabilitera. Och vi fortsätta arbeta med arbetsmiljö, beslutsprocesser, ledarskap och medarbetarskap för det påverkar människor i allra högsta grad. Men vi måste kunna se både till det personliga samt det arbetsmässiga hos människan. Vi behöver arbeta med både och. Idag finns diskussionen, men

inga konkreta lösningsalternativ. Våra sjukskrivningar kostar miljarder. Finns det andra sätt att se på rehabilitering? Vårt sjukförsäkringssystem, kan företagshälsovården ingå? Där samlad flerfaldig kompetens finns. Vi har erfarenhet av att de särskiljer orsakerna till sjukskrivning om det är arbets- och/eller personlighetsrelaterat snabbt. Vi kan då fortare sätta in rätt hjälp, inta rätt förståelse, möta människorna där dem är och inte ”bota” symptom, utan hitta kärnan och rehabilitera utifrån den. Företagshälsovården har korta väntetider. Om de tillhörde vårt sjukförsäkringssystem kunde arbetsgivarens rehabiliteringskostnader sänkas och istället möjliggöra preventivt arbete. Vår arbetsmiljölagstiftning säger att arbetsgivaren ska arbeta förebyggande. Vår erfarenhet är att vi reagerar och rehabiliterar när det hänt. Det är dags att vända på synsätt och arbetssätt. Vi skulle inte behöva komma så långt som till utmattning och utbrändhet. Vi behöver nya metoder, nya tankar, nya rehabiliteringsformer, nya ”tillåtelser”, nya diskussioner om både missbruksproblematiken och psykisk ohälsa. Kan stöd och hjälp erbjudas innan det går så långt som sjukskrivning? Kan det finnas rehabiliteringsformer innan man blir sjuk? Kan vi hitta en samhällstillåtande anda så att människor vågar tala om sina svårigheter och be om hjälp? Vi behöver också diskutera hur mycket ansvar vi människor tar för vår egen hälsa. Hur införstådda vi är att det är ”jag”, bara jag som kan ansvara för min egen hälsa. Att både ha en samhällsvänlig anda och ta ansvar går hand i hand. Vi behöver både och.

8.4 Hur fungerade våra analytiska redskap

Vi har använt Antonovskys KASAM och de tre komponenter i vår förklaringsmodell och tycker att den har på ett bra sätt hjälpt oss att analysera och besvara vårt syfte. Men därmed inte sagt att andra teoretiska perspektiv skulle kunnat förklara vår undersökning. Vi kan se att till exempel hade vi kunnat använda oss utav Theorells krav- och kontrollmodell, coping-strategier och kanske även social konstruktivism.

Ju mer man sätter sig in i KASAM och komponenternas betydelse, desto mer ser vi att de hänger ihop. Meningsfullheten, begripligheten och hanterbarheten är som en kedjereaktion. Vi är osäkra på var reaktionen börjar. Som man brukar säga ”Vad är hönan och vad är ägget?” Den kan starta i vilken cirkel som helst, och sen fylls de andra cirkelarna på med det som vi behöver för att göra världen begriplig, hanterbar och meningsfull. Vi skall vilja kunna vidga komponenternas betydelse och lägga till konstruerade och kompenserade komponenter. Konstruerade komponenter, då man skapar meningsfullhet för att kunna hantera sin värld. Och kompenserade komponenter, då man ersätter inre behov med något yttre som exempelvis alkohol.



Figur 2

8.5 Funderingar kring vår egen förförståelse

Vi har en stor förförståelse kring ämnet hälsa/ohälsa utifrån flera aspekter. Vi är medelålders kvinnor och har hunnit skaffa oss livserfarenhet genom vårt yrke där vi medverkar vid rehabilitering av sjukskrivna kvinnor och genom att vi båda har varit sjukskrivna med någon form av utmattningsdiagnos. Denna förförståelse kan upplevas som både positiv och negativ. Vi upplever den mestadels som positiv då vi känner ett engagemang för frågan. Negativt är att vi hela tiden fått reflektera över att hålla fokus på det insamlade materialet och inte ta in våra tankar, känslor och värderingar.

9. FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING

Som vi skrev i avsnitt 8.4, skulle vi skuld vilja se vidare forskning kring Antonovskys komponenters betydelse och lägga till konstruerade och kompenserade komponenter. Konstruerade komponenter, då man skapar meningsfullhet för att kunna hantera sin värld. Och kompenserade komponenter, då man ersätter inre behov med något yttre som exempelvis alkohol.

Vi tycker att det skulle vara intressant att fortsätta se på vägen till psykisk ohälsa och sedan vägen till hälsa under ett längre tidsperspektiv, en longitudinell studie¹³ och följa samma kvinnor under ett antal år inom de tre livsvärldarna vi använt oss utav i vår undersökning. Att även utöka forskningen genom att samtidigt se vår frågeställning ur ett manligt perspektiv.

Då flera kvinnor som vi träffat berättar om att det är skönt att få träffa andra i samma situation skulle det vara intressant att starta fokusgrupper¹⁴ med deltagare som pratar om olika teman som kan vara stärkande och studera effekten av dessa möten över en längre tid.

¹³ Statistisk metod som innebär att man följer ett antal individer över tiden och gör upprepade mätningar på samma individ (Nationalencyklopedin)

¹⁴ Fokusgruppers idé är att deltagarna i interaktion med andra kan få fler perspektiv på det ämne man diskuterar, tid för reflektion (Larsson, 2005)

EPILOG

Både och

Som medelålders kvinnor har vi med vår medelålders livsförståelse börjat inse att vi människor inte är så unika som dagens samhällskultur och litteratur vill göra gällande. Vi skulle hellre vilja beskriva oss människor som lika. Vi medger att vi har varsin unik DNA uppsättning, varsin unik livshistoria, var sitt unikt fingeravtryck. Vi må vara olika i utseende, hur mycket vi äger, hur vi bor, vilka familjer vi är uppväxta i, vilka jobb vi har. Visst finns det skillnader. Utanpå. Vad vi väljer att visa upp. Masker, kläder, titlar eller materiell välfärd. Vår livssyn är att utanpå kan vi kanske ses som unika. Men inuti.. är vi alla lika, under alla masker, i vår nakenhet, i vår ensamhet. Vi har samma inneboende behov av föda, trygghet, respekt, välmående och kärlek. Ofta upplever vi att vi är ”ensamma” när vi hamnar i en svår situation. Tills vi möter människor i liknade situation, och vågar tala om det, och märker att vi förstår varandra, och vi möts. Oavsett hur vi har det utanpå. När vi hamnar i svåra situationer ”skalas” vi av. Det utanpå får inte längre lika stor betydelse. Det är det inre som blir betydelsefullt. Tankar, känslor och förståelse. Hur vi löser eller hanterar situationen. Vi vill kunna känna mening. Även om det är svårt. Det är därför *jag* vänder mig inåt, för att förstå mig själv, mina tankar, mina känslor. Det är då jag ser hur jag väljer att hantera situationen. Det är då jag ser vad jag tagit med mig i livet, vad min ”ryggsäck” innehåller. Hur tyngd den är. Vi har alla olika ryggsäckar, som påverkar oss, medvetet och omedvetet, kroppsligt och själsligt. Mönster bildade i tidig ålder. Som vi tog med oss i vuxen ålder. Som vi förr eller senare ”tvingas” att ta tag i. När vi blir sjuka. När kroppen signalerat länge, utan att bli lyssnad på. Vi har också varit sjukskrivna. Vi är båda maskrosbarn¹⁵. Ett av mönstren i maskrosfenomenet är att inte ge upp och ett ”måste” i att hitta lösningar, på allt, för alla. Vi kunde inte se att det var ett mönster som drev oss. Vi såg det som en gåva, att kunna hjälpa, att få finnas till för andra. Vi förstod inte att vi ”glömt oss själva” i tidig ålder. Vi förstod inte nyanseringen. Vi förstod inte att det måste finnas ett ”både och”. I alla ordalydelser. Inte bara gott, inte bara ge, inte bara andra, inte bara ansvar, utan också den motsatta sidan av ordalydelser. Som ont, som att ta emot, som mig själv, som frihet. Varje ord har motsatssidor. Varje ordskala består ytterst av motsatser men också nyanser där emellan. Hela skalan behöver finnas med, för att kunna balansera livet, för att inte hamna i sjukdom. Vi har övat mycket på motsatser och nyansering de sista åren. Vi har inte bara börjat förstå vår egen livshistoria och dess påverkan, utan också fått ta del av många kvinnors sjukskrivningar i egenskap som chefer. Vi har fått många livshistorier berättade. Som vi bär med stolthet. Varje berättelse har givit oss lärdom och förståelse. Både för individen och för oss själva. Som medmänniska och arbetsgivare kan vi se detta både utifrån ett individ- och ett samhällsperspektiv. Vi har än idag inte mött någon som enbart blivit sjuk av sitt arbete. När man ”skalar” finns alltid mer. Som följt med livet, som påverkar, som inte är omhändertaget, som behöver tas omhand, som ger sig uttryck i kroppsliga symptom. Till slut kommer ohälsan, sjukskrivningen. Vår erfarenhet är att samtal är mycket läkande. Att bli lyssnad på, att bli bemött, att bli bekräftad. Vi upplever inte att samhällsklimatet ”tillåter” att tala om det svåra. Att prata om döden, sorgen, våra mörka sidor, vår saknad, vår längtan, våra trosuppfattningar. I denna positiva era vi lever i finns inte plats för det ”mörka”, det

¹⁵ Maskrosbarn kallas de barn som lever under svåra förhållanden och lär sig bemästra dem (Nationalencyklopedin)

”negativa” .. det existentiella. Vi lär oss i skolan, på kurser, i litteratur, i media, på jobbet.. att tänka positivt! Tala positivt! Vem avgör vad som är positivt... och vad som är negativt? Och vad är egentligen vad? Kan det ena utesluta det andra? Behöver vi inte ha både och? Vi måste våga prata om både och. Vi måste våga leva med både och. För oss är det verkligheten. Vi tror på människan. På helheten. På både kvinnan och mannen, även om vi just här valt att skriva om kvinnan. Vi tror att vi alla innerst inne är lika. Vi tror på både och.

Elaine och Carola

LITTERATURFÖRTECKNING

- Antonovsky Aaron (1991): *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Arbetslivsinstitutet: *Varför är kvinnor mer sjukskrivna än män? / en kunskapsöversikt*. Hämtad 21 mars 2007 från: <http://www.arbetslivsinstitutet.se>
- Eriksson, Katie (1984): *Hälsans idé*". Stockholm: A&W
- Eriksson, Lisbeth/Markström, Ann-Marie (2000): *Den svårfångade socialpedagogiken*. Lund: Studentlitteratur
- Eriksson, Ulla-Britt/Starrin, Bengt/Janson Staffan (2003): *Utbränd och emotionellt utmärglad*. Lund: Studentlitteratur
- Fors, Camilla/ Pelleriti (2006): *Sjuksköterskors egna upplevelse av sin egna utbrändhet*. Hämtad 20 mars 2007 från: <http://www.uppsatser.se>
- Försäkringskassan statistik. Hämtad 25 mars 2007 från: <http://statistik.forsakringskassan.se>
- Försäkringskassan: *Yrkesarbetande kvinnors hälsa* (1999). Hämtad 21 mars 2007 från: <http://statistik.forsakringskassan.se>
- Göteborgs universitets hemsida: *Validitet och reliabilitet*. Hämtad 1 april 2007 från: <http://infovoice.se/fou/>
- Hallsten, L. (2001). *Utbränning - En processmodell*. *Svensk Rehabilitering*, Stockholm: Arbetslivsinstitutet
- Holmqvist, Mikael/ Maravelias, Christian (2006): *Hälsans styrning av arbetet*. Studentlitteratur
- Kvale, Steinar (1997): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Körner, Svante/Wahlgren, Lars (2002): *Praktisk statistik*. Lund: Studentlitteratur
- Larsson, Sam/Lilja, John/Mannheimer, Katarina (red)(2005): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur
- Larsson, Staffan (1986): *Kvalitativ analys -exemplet fenomenografi*. Lund: Studentlitteratur
- Läkartidningen: *Reflektion i grupp kring existentiella frågor främjar egenmakt och psykisk hälsa*. Hämtad 28 mars 2007. <http://www.lakartidningen.se>
- Oxenstierna, Gabriel/Theorell Töres/ Westerlund, Hugo (2005): *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar - Coping och sjukskrivning*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet
- Maslach, C (2001): *Utbränd, Om omsorgens personliga pris och hur man kan förebygga utbränning*. Natur och Kultur
- Nationalencyklopedin. Hämtat från 29 april 2007: <http://www.ne.se>
- Regeringskansliet: *Mål för folkhälsan*. Hämtad 20 mars 2007 från: <http://www.regeringen.se>
- Silén Anna: *Vägar till hälsa, En studie av kvinnors arbete och livsvillkor i tredje livsfasen*, (2006). Hämtad 27 mars 2007 från: <http://www.isak.liu.se>
- Socialstyrelsen (2003). *Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa*. Hämtad 2 maj 2007: <http://www.socialstyrelsen.se>
- Socialstyrelsen: *Folkhälsorapporten 2005*. Hämtad 21 mars 2007 från: <http://www.socialstyrelsen.se>

Statens folkhälsoinstitut: Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens (2004).
<http://www.fhi.se>

Theorell Töres (red) (2003): *Psykosocial miljö och stress*. Lund: Studentlitteratur

Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 20 mars 2007 från: <http://www.codex.vr.se/>

Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 27 mars 2007 från: <http://www.vr.se>

Åsbring, Pia/ Jeanneau, Madeleine (2006): *Reflektion i grupp kring existentiella frågor främjar egenmakt och psykisk hälsa*. Stockholm. Hämtad 3 maj 2007 från:
<http://www.lakartidningen.se>

BILAGOR

1. Informationsbrev
2. Tackbrev
3. Etisk forskningsplan
4. Intervjufrågor
5. Pågående sjukfall efter diagnos och kön, december 2006

Bilaga 1

Information om vår C-uppsats kring hälsa och ohälsa

Du som fått detta brev har tidigare blivit kontaktad av din chef med en förfrågan om Du skulle kunna tänka dig att medverka i vår undersökning. Vi har inte fått några namn utan det är först när Du själv tar kontakt med oss som vi får kännedom om Dig.

Vi som utför denna undersökning heter Carola Johansson och Elaine Jerebko. Vi arbetar i kommunen samtidigt som vi studerar. Carola är 45 år och är färdig personalsekreterare, men behöver komplettera sin utbildning med en uppsats. Elaine är 45 år och går sista terminen på socionomprogrammet i Göteborg. Vi har själva egen erfarenhet av att vara sjukskrivna en längre period i livet.

Syftet med vår undersökning är att se på hur Du själv uppfattar Dina 3 livsvärldar (barndomsliv/ vuxenliv/ arbetsliv) i förhållandet till ohälsa och hälsa. Samt att se på din egen förmåga att kunna n ohälsa till hälsa.

Metoden som vi kommer att använda oss av är att intervjua 8 stycken kvinnor som varit sjukskrivna i mer än 6 månader och har någon av diagnoserna: Utmattnings, trötthets syndrom eller utbrändhet. Intervjuerna kommer att ske med endast en av oss och som hjälpmedel kommer vi att spela in intervjuerna på band. Denna inspelning är endast till för oss, Carola och Elaine. Den personen som kan komma att se de utskrivna intervjuerna är Gun-Britt Wärvik, som är vår handledare på pedagogiska institutionen Göteborgs universitet. Ingen annan kommer att få tillgång till detta material! Vi som gör denna undersökning har tystnadsplikt och fullständig sekretess på vem vi har intervjuat.

Resultatet av vår undersökning kommer att presenteras i form av en C-uppsats på Göteborgs universitet på institutionen för socialt arbete. Vi kommer i vår uppsats att tala om att vi har gjort vår undersökning i kommunen men vi kommer i våra resultat inte namnge eller uppge ålder på er som medverkat. Vi kommer inte heller att berätta för din chef om Du är med i vår undersökning.

Deltagandet i denna undersökning är frivillig men det skulle vara till stor hjälp om Du har tid och intresse av att medverka i en intervju som kommer att ta omkring 2 timmar.

Vi hoppas att få höra av dig under vecka 12 eller i början på vecka 13, för att boka en tid med Dig! Om Du har funderingar kring att vara med så ring gärna så svarar vi på dina frågor.

Med vänliga hälsningar

Elaine Jerebko och Carola Johansson

Bilaga 2



Ett stort **TACK** till Dig som har medverkat i vår undersökning!

Om Du efteråt kommer på något som Du vill prata eller fråga om, är Du **VÄLKOMMEN** att ringa oss någon av oss.

Med vänliga hälsningar

Elaine Jerebko och Carola Johansson

Etisk forskningsplan

Då vi kommer att intervjua individer som idag är sjukskrivna är det extra viktigt att vara medveten om vilket ansvar vi har gentemot dem. Att vara tydlig med att de kan om de önskar när som helst kan hoppa av sitt deltagande och att vi inte kommer att försöka övertala dem att fortsätta. Inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning finns det forskningsetiska principer som vi kommer att ta med oss i vår undersökning och det är främst de fyra huvudkraven som vi kommer att tänka på:

Informationskravet: Viktigt att informera våra deltagare i vår undersökning vilken uppgift de har om de deltar i undersökningen. Berätta att deltagandet är frivilligt och att de kan avbryta sitt deltagande om de så önskar. Vi kommer att vara öppna med vårt syfte med vår undersökning och hur hela forskningsprocessen kommer att ske. Viktigt är det att vi är tydliga med hur vi kommer att hantera det ofärdiga materialet samt vad som händer med den färdiga uppsatsen.

Samtyckeskravet: För att skaffa våra deltagares samtycke kommer vi först be deras chefer att ta kontakt med dem och skicka ut vårt brev där vi är berättar om syftet med vår undersökning, vilken metod vi kommer att använda samt hur resultatet kommer att presenteras. I detta brev kommer vi att presentera oss själva och vara tydliga med att vi arbetar i samma kommun som de själva bor och arbetar inom. Syftet med detta är att individen själv skall kunna ta kontakt med oss om de är intresserade att medverka.

Konfidentialitetskravet: Vi kommer att förvara vårt material inlåst och kommer i all vårt material avidentifiera våra deltagare. Vi har valt att endast intervjua kvinnor och inte nämna deras ålder i våra resultat. Detta för att man inte ska kunna identifiera våra deltagare då vi är medvetna om att de är det kan upplevas som känsliga teman att prata om samt att upplevelsen av att kännas igen av andra i en medelstor kommun, kan vara ett hinder för att vilja delta.

Nyttjandekravet: Vårt insamlade material om våra enskilda deltagare får inte användas i något annan avsikt än till forskning. Vi är medvetna om att detta är mycket viktigt att reflektera över samt vara tydliga till våra deltagare om, då vi arbetar inom samma kommun som deltagare. Vi måste vara medveten och tydlig med att aldrig i framtiden utnyttja vår kontakt genom denna forskning med deltagaren, i något för dem negativt syfte.

Vi kommer att i mötet med våra deltagare börja med att prata om dessa fyra forskningsetiska perspektiv. I mötet kommer vi att fråga om de vill ta del resultatet innan den färdiga uppsatsen samt även om de vill ha den färdiga uppsatsen.

Bilaga 4

INTERVJUFRÅGOR

Bakgrundsfrågor

Ålder

Ursprung

Utbildning

Yrkestitel

Antal år i yrket

Sjukdomsdiagnos

Hur länge har du varit sjukskriven

Barn och Ungdomsliv (30-35 min)

Familjeförhållanden

1. Beskriv hur din familj såg ut, föräldrar, syskon (nr), släkt
2. Hur levde din familj?
3. Hur var du som barn?
4. Beskriv något minne som har följt med dig in i vuxenlivet
5. Hur skulle du beskriva din barndom?
6. Hur skulle du beskriva att din barndom påverkat dig?

Skola/lärare

1. Beskriv din skolgång.
2. Beskriv dina lärare
3. Beskriv dig själv i skolan
4. Beskriv din upplevelse av skolan
5. Hur skulle du beskriva dina skolkamrater?
6. Hur känner du att din skolgång påverkat dig?

O/Hälsa

1. Hur mådde du (fys/ps/själsligt) under din uppväxt?
2. Hur mådde du (fys/ps/själsligt) i familjen?
3. Hur mådde du (fys/ps/själsligt) i skolan?
4. Hur känner du att ditt mående under uppväxten har påverkat dig?

Vänner/Stöd

1. Beskriv dina vänskapsförhållanden under din uppväxt
2. Beskriv dess betydelse
3. Hade du annat stöd under din uppväxt?
4. Kan du känna att du fick den hjälp, det stöd du behövde under din uppväxt?

Fritid

1. Beskriv din fritid under din uppväxt

Vuxenliv (30-35 min)

Familjeförhållanden

1. Beskriv ditt vuxna familjeliv
2. Hur skulle du beskriva dig som vuxen?
3. Beskriv det som du tycker är viktigt i en familj/relation
4. Kan du känna att du har det? (Hur kompenserar du det?)
5. Beskriv hur din barndom påverkar dig i ditt vuxna liv?
6. Hur mår du som vuxen?
7. Vad skulle du behöva i dig själv för att må bra?
8. Vad skulle du behöva i ditt familjeförhållande för att må bra?
9. Varifrån hämtar du kraft? Varifrån hämtar du energi? Varifrån hämtar du lugn?

Skola/lärare

1. Har du studerat som vuxen?
2. Har du funderat på att studera? (Vad hindrar dig)
3. Beskriv dina studier?
4. Hur har eventuella vuxenstudier påverkat dig?

O/Hälsa

1. Är du sjukskriven idag?
2. Kan du beskriva vad som gjorde att du blev sjukskriven?
3. Hur mår du idag?
4. Hur återhämtar du dig?
5. Vad är negativt med att vara sjukskriven?
6. Vad är positivt med att vara sjukskriven?
7. Finns det något som påverkar att du kvarstannar i ohälsa?
8. Hur mycket kan du själv påverka att du går från sjuk till frisk?
9. Hur mycket kan andra påverka att du går från sjuk till frisk?
10. VAD ska du göra för att gå från ohälsa till hälsa?
11. HUR ska du göra för att gå från ohälsa till hälsa?
12. Hur ser du på förhållandet kropp och själ?
13. Vad är ditt mål?
14. Hur ska du nå det?

Vänner/Stöd

1. Beskriv din vänkrets och dess betydelse

2. Beskriv det stöd du har idag pga din sjukskrivning
3. Beskriv det du skulle behöva

Fritid

1. Beskriv din fritid

Arbetsliv (30-35 min)

Arbetsmiljöförhållanden

1. Beskriv ditt nuvarande arbete
2. Beskriv det som du upplever bidragit till din sjukskrivning utifrån ditt arbete
3. Beskriv det som varit betydelsefullt för dig i ditt arbete
4. Beskriv det som skulle hjälpa dig att återgå till arbetet
5. Är det möjligt?
6. Har du funderat på att byta arbetsställe/jobb/studera? (Vad är det som hindrar?)

Ledarskap

1. Beskriv din nuvarande chef
2. Finns det andra chefer som påverkat dig?
3. Beskriv det stöd du har från din nuvarande chef
4. Beskriv det du skulle behöva
5. Är det möjligt?

Arbetskamrater

1. Beskriv dina arbetskamrater
2. Hur upplever du ditt förhållande till dina arbetskamrater?
3. Beskriv det du skulle behöva ifrån dina arbetskamrater
4. Är det möjligt?

Annat stöd genom din arbetsgivare

1. Vad har du för ytterligare hjälp/stöd under din sjukskrivning?
2. Beskriv det du skulle behöva
3. Är det något du vill tillägga ... annars Tack

Vilka ord beskriver dig där du är idag?

Lugn	Orolig	Trött	Hoppfull
Ljust	Mörkt	Frisk	Otrygg
Framtidstro	Trygg	Hopplöshet	Pigg
Glad	Ovilja	Arbetsför	Tro
Stressad	Social	Negativ	På "G"
Vill	Positiv	Osocial	Kraftfull
Kärleksfull	Orkeslös	Osäker	Självförtroende
Meningsfullhet	Frisk	Självkänsla	Svag
Modig	Sover inte	Energisk	Tom
Sover gott	Har stöd	Har inget stöd	Stark

Vilka ord skulle du vilja beskrev ditt liv idag?

Lugn	Orolig	Trött	Hoppfull
Ljust	Mörkt	Frisk	Otrygg
Framtidstro	Trygg	Hopplöshet	Pigg
Glad	Ovilja	Arbetsför	Tro
Stressad	Social	Negativ	På "G"
Vill	Positiv	Osocial	Kraftfull
Kärleksfull	Orkeslös	Osäker	Självförtroende
Meningsfullhet	Frisk	Självkänsla	Svag
Modig	Sover inte	Energisk	Tom
Sover gott	Har stöd	Har inget stöd	Stark

Bilaga 5

Pågående sjukfall efter diagnos och kön december 2006

Källa: Försäkringskassan, datalagret STORE

Diagnos	Kvinnor		Män		Samtliga	
	Antal	Andel(%)	Antal	Andel(%)	Antal	Andel(%)
					194	
Samtliga	123 045	100,0	71 426	100,0	471	100,0
Tumörer	5 729	4,7	2 999	4,2	8 728	4,5
Endokrina systemet och ämnesomsättningen	1 336	1,1	820	1,1	2 156	1,1
Psykiska sjukdomar	40 897	33,2	17 499	24,5	58 396	30,0
Varav: Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom	21 157	17,2	7 473	10,5	28 630	14,7
Förstämningssyndrom	17 569	14,3	8 163	11,4	25 732	13,2
Nervsystemet och sinnenorganen	5 045	4,1	2 923	4,1	7 968	4,1
Cirkulationsorganen	3 711	3,0	5 741	8,0	9 452	4,9
Andningsorganen	1 623	1,3	1 026	1,4	2 649	1,4
Matsmältningsorganen	1 852	1,5	1 508	2,1	3 360	1,7
Rörelseorganen	35 400	28,8	21 210	29,7	56 610	29,1
Varav: Ryggsjukdomar	13 718	11,1	9 845	13,8	23 563	12,1
Sjukdomar i mjukvävnader	11 186	9,1	4 895	6,9	16 081	8,3
Ledsjukdomar	9 472	7,7	5 951	8,3	15 423	7,9
Graviditetskomplikationer	3 592	2,9	14	0,0	3 606	1,9
Symptom	4 743	3,9	2 279	3,2	7 022	3,6
Skador och förgiftningar	5 650	4,6	6 978	9,8	12 628	6,5
Faktorer av betydelse för hälsotillståndet	2 301	1,9	976	1,4	3 277	1,7
Övriga diagnoskapitel	2 906	2,4	1 843	2,6	4 749	2,4
Saknas/okänd	8 260	6,7	5 610	7,9	13 870	7,1

Hämtad 21 april 2007

Psykiska sjukdomar
Varav: Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom
Förstämningssyndrom