



LUND UNIVERSITY

Salutogenes, Kasam och socionomer

Gassne, Jan

2008

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Gassne, J. (2008). *Salutogenes, Kasam och socionomer*. [Doktorsavhandling (monografi), Socialhögskolan]. Lunds universitet, Socialhögskolan.

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Salutogenes, Kasam och socionomer

Jan Gassne

Lund Dissertations in Social Work 30

© Jan Gassne
Omslag: Ellen Stenman
Tryck: Mediatryck, Lunds universitet 2008
Utgiven av: Lunds universitet, Socialhögskolan, Box 23, 221 00 Lund
Tfn: 046-222 00 00(vxl), Fax: 046-222 94 12, www.soch.lu.se

ISSN 1650-3872
ISBN 978-91-89064-37-7

Organization LUND UNIVERSITY School of Social Work Box 23 221 00 Lund	Document name DOCTORAL DISSERTATION
	Date of issue March, 1, 2008
Author(s) Jan Gassne	Sponsoring organization
Title and subtitle Salutogenesis, sense of coherence and social workers	
<p>Abstract</p> <p>Salutogenesis focuses on how come people recover or stay well. The answer was described to be a Sense of Coherence (SOC). SOC is a global orientation which contributes to how flexible coping strategies are chosen. The SOC concept was operationalized in The Sense of Coherence Scale (SOC-29). The questionnaire address to what extent life is perceived as comprehensible, manageable, and meaningful.</p> <p>The aim of the thesis is to contribute to an answer what is being measured with SOC-29. Longitudinal data has been collected (N= 764) from social work students and social workers over 4, 5, and 11 years.</p> <p>Factor analysis shows that SOC-29 measures a global concept without subscales. SOC-29 is not stable over longer periods, more than one year. There is no difference in stability related to respondents being younger or older than 30 years on baseline. SOC-29 change significantly for students during their education. SOC-29 at the start of education does not predict whether students will finish their bachelor's degree. SOC-29 does not relate to socioeconomic position, gender or age. Social workers who are married or registered partnership have significant stronger SOC-29 than those living together with a partner or being single. The SOC concept measured with SOC-29 seems not to be culturally independent. SOC-29 has been tested with related constructs. SOC-29 has mainly strong significant correlations with instruments measuring negative/positive affect, neuroticism, and quality of life. Stepwise multiple regression analysis were performed on data from students (n= 207). Instruments measuring distress and negative affect contribute to 50 % explained variance of SOC-29. Instruments measuring quality of live and personal accomplishment contribute to 47% of the explained variance of SOC-29 for social workers (n= 116). Emotional exhaustion, control, work climate, work demands, work load and social support, does not contribute.</p> <p>SOC-29 shows high reliability, but the instrument can be developed. The scale can be used to evaluate social work interventions and education. SOC-29 can in social work education serve to demonstrate how this kind of instruments might be tools in social work practice.</p>	
Key words Salutogenesis, sense of coherence, soc, quality of life, resilience, social work education, social workers	
Classification system and/or index terms (if any)	
Supplementary bibliographical information	Language Swedish
ISSN and key title 1650-3872 Lund Dissertations in Social Work	ISBN 978-91-89064-37-7
Recipient's notes	Number of pages 261
	Price
Security classification	

Distribution by (name and address)

I, the undersigned, being the copyright owner of the abstract of the above-mentioned dissertation, hereby grant to all reference sources permission to publish and disseminate the abstract of the above-mentioned dissertation.

Signature _____ Date _____ 2008-01-30 _____

Förord

Ett första tack till alla socionomstuderande och socionomer som tålmodigt svarat på enskilda frågor och självskattningsformulär vilka ofta berört mycket personliga frågor. Tack för visat förtroende. Tack även till Socialhögskolan, Lunds universitet, för stöd i avhandlingsarbetet.

Ett stort tack till mina handledare, professorerna Kjell Hansson och Bo Vinnerljung, för ovärderlig hjälp i avhandlingsarbetet. Ni har tålmodigt pekat med hela handen och fört arbetet framåt. Ni har bidraget med intresse och kunskaper och visat på vilket "sly" som kunnat rensas bort. Ni har försökt lära ut skillnaden mellan att hålla en föreläsning, skriva en bok, vad som kan vara intressant i största allmänhet och de krav på stringens som krävs för vetenskapligt arbete. Ett särskilt tack går till Kjell för att du introducerade mig i forskningsområdet salutogenes och att du under de snart 20 år som vi känt varandra varit en ständig inspirationskälla.

Tack till professor emeritus Marianne Cederblad för värdefulla synpunkter på manuskriptet i samband med mitt slutseminarium. Ett stort tack även till forskargruppen som jag har förmånen att ingå i. Förutom mina handledare ingår Cecilia Andrée Löfholm, Lars-Henry Gustle, Gunnilla Lundqvist, Martin Olsson, Pia Kyhle Westermark, Maj Danielsson samt Marlise Svensson. Ni har bidragit med stöd och värdefull hjälp.

Tack till min kollega och vän Karin Lenz som sedan många år en stimulerande arbets- och samarbetspartner. Du har bidragit med ovärderliga synpunkter på manuskriptet.

Tack även till Janet Williams, Ann Hollows och Pete Nelson, mina samarbetspartners vid Sheffield Hallam University i England. Tack även till professor Mark Doel som bidragit med värdefulla synpunkter vid arbetet med den engelskspråkiga sammanfattningen av avhandlingen.

Mitt största tack går till mina närmaste i familjen, Margareta och våra barn Sofia och Johan. Ni är ett fantastiskt stöd. Tack även till Sture som med jämna intervaller påkallat behovet av långa promenader och frisk luft.

Lund i januari 2008

Jan Gassne

Innehållsförteckning:

INLEDNING	3
AVHANDLINGENS SYFTE	5
AVHANDLINGENS UPPLÄGGNING	6
SOCIALT ARBETE	7
SALUTOGENES	11
SALUTOGENES SOM PERSPEKTIV	13
KÄNSLA AV SAMMANHANG (KASAM).....	21
KASAM I RELATION TILL ANDRA BEGREPP	25
OPERATIONALISERING AV BEGREPPET KASAM	28
TIDIGARE FORSKNING	33
FAKTORSTRUKTUR OCH RELIABILITET	40
KASAM OCH STABILITET	44
KASAM SOM KONTINUUM OCH DIKOTOMI	46
KASAM OCH PREDIKTION	47
KASAM OCH SOCIODEMOGRAFISKA VARIABLER	49
KASAM SOM BEROENDE VARIABEL	56
VAD BIDRAR TILL ATT FÖRKLARA KASAM-29?	69
AVHANDLINGENS FRÅGESTÄLLNINGAR	75
METOD	77
UNDERSÖKNINGSGRUPPER.....	77
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	81
UNDERSÖKNINGSINSTRUMENT OCH VARIABLER	82
STATISTISKA METODER.....	97
RESULTAT	99
KASAM-29 FORMULÄRETS KONSTRUKTION	99
KASAM-29 FÖR SOCIONOMSTUDERANDE OCH SOCIONOMER	101
KASAM-29 OCH RELIABILITET	105
KASAM-29 OCH STABILITET ÖVER TID	108
KASAM-29 OCH PREDIKTION.....	113
KASAM-29 OCH SOCIODEMOGRAFISKA VARIABLER	117
KASAM-29 SOM BEROENDE VARIABEL	124
KASAM-29 OCH ANDRA KONCEPT	135

DISKUSSION.....	141
SALUTOGENES OCH KASAM	141
AVHANDLINGENS FRÅGESTÄLLNINGAR	146
FRÅGA 1 - FAKTORSTRUKTUR OCH RELIABILITET	146
FRÅGA 2 - KASAM-29 OCH STABILITET ÖVER TID.....	153
FRÅGA 3 - KASAM SOM PREDIKTOR OCH UTFALLSMÅTT	156
FRÅGA 4 - KASAM-29 OCH SOCIODEMOGRAFISKA VARIABLER	160
FRÅGA 5 - KASAM-29 OCH ANDRA KONCEPT	165
BEGRÄNSNINGAR	184
AVSLUTNING.....	185
IMPLIKATIONER FÖR VIDARE FORSKNING	185
IMPLIKATIONER FÖR SOCIONOMUTBILDNINGEN	186
IMPLIKATIONER FÖR SOCIALT ARBETE	187
APPENDIX	189
REFERENSER	223
SUMMARY	253

Inledning

Sedan drygt 20 år har jag arbetat som lärare i socialt arbete vid Socialhögskolan i Lund. Vid sidan av detta har jag haft utbildningar, föreläsningar och handledningsuppdrag för personal inom skola, kommunal socialtjänst och hälso- och sjukvård. Innan jag inriktade mig mer på arbete som lärare och handledare i socialt arbete arbetade jag som kurator inom hälso- och sjukvård men huvudsakligen med barn, ungdomar och deras familjer som skolkurator och socialsekreterare. Utifrån mina erfarenheter har jag förundrats över vad det är som gör att så många människor trots alla de motgångar och svårigheter de möter genom livet återhämtar sig. Vi ställs inför en mängd livsomställningar till följd av omvälvningar på såväl strukturell som mer individuell nivå. Dessa omställningar ställer krav på anpassningsförmåga och hög grad av flexibilitet hos både den enskilda individen, på individens närmaste omgivning och på samhällets skyddsnät.

Teori och forskning om barns utveckling pekar på omständigheter som på ett normativt sätt framställs som avgörande för att ett barn genom sin kommande livscykel utvecklas i gynnsam riktning. Traditionell psykodynamisk teori beskriver oss i stor utsträckning vara determinerade av upplevelser från barndomen (t.ex. Salzberger-Wittenberg 1994). Ur ett sådant perspektiv borde de flesta av oss ha psykopatologiska symtom och vara oförmögna att klara av ett "normalt själsligt friskt liv". Men teorin och forskningen betraktas inte av något neutralt subjekt (Eliasson-Lappalainen 1995). En fråga är vilka "glasögon", vilken personlig teori om oss människor och vår utveckling, som vi använder när vi tar del av teori och forskning eller följer med och tolkar vad som sker omkring oss. Hur teori och forskning läses och används får även konsekvenser i socialt arbete.

Utvecklingspsykopatologi har till skillnad från utvecklingspsykologin, som tittar på normalutveckling, fokus på utvecklingslinjer som bidrar till en patologisk utveckling (Sroufe & Rutter 1984). Kunskaper från utvecklingspsykologin om risker, farhågor och förutsättning för önskvärd utveckling nyanseras. Kunskaper om skyddande och modifierande faktorer och processer har framkommit utifrån forskning om barn som växt upp i vad som beskrivs som högriskmiljöer för problemutveckling. Detta perspektiv har sedan 1990-talet fått ökad aktualitet. Ett stort antal studier har publicerats på temat motståndskraftiga barn (Anthony & Cohler 1987; Werner

& Smith 1992; Dahlin & Cederblad 1993; Luthar 2003; Cederblad 2003). Intresset för denna orientering i forskning samt samhälls- och vårddebatt har olika rötter. Ett är konstaterandet att flertalet av de barn som levt under svåra uppväxtförhållanden som traditionellt beskrivits som klara prediktorer för senare missanpassning synes ha klarat sig relativt bra. Till detta har forskning presenterats som i många avseenden reviderat bilden av barnets tidiga utveckling och i vilken omfattning den determinerar forstsatt utveckling in i vuxenlivet (Carlberg 1994; Hwang et al. 2005, Broberg 2003). Med modern utvecklingsforskning åsyftas forskning under 1980- och 90-talet som till skillnad från tidigare i större utsträckning visar på ett kompetent barn som är en aktiv uttolkare av den verklighet de befinner sig i (för en översikt se Sommer 1997).

Framväxten av hälsopsykologin har pekat på olika sociala och psykologiska processer och faktorer av betydelse för psykisk och upplevd fysisk hälsa (Rydén & Stenström 2000; Andersson 2002; Ogden 2004; Kallenberg & Larsson 2004; Taylor 2006). I anknytning till detta tillkom socialvetenskaplig forskning och debatt vilken inte tog för givet att olika vård och hjälpinsatser bidrar med det de var avsedda för (Andersson 1995; Vinnerljung 1996; Denvall & Vinnerljung 2006; Gustle 2007).

Genom professorerna Marianne Cederblad och Kjell Hansson fick jag möjligheten att träffa professor Aaron Antonovsky och få en orientering i hans forskning. Jag fick tillgång till ett begrepp, *Salutogenes*, som syntes fånga det som intresserade mig. *Salutogenes* betyder kort hälsans ursprung, faktorer och processer som främjar hälsa. *Salutogenes* kom under 90-talet att träda fram allt oftare inom framförallt medicinsk forskning men sedan även behandlingsforskning ur ett socialvetenskapligt perspektiv. Sjuksköterskor inriktade på omvårdnadsforskning tog tidigt till sig begreppet och det framstod även som ett intressant samlingsbegrepp ur det sociala arbetsperspektiv (Strümpfer 1990; Sullivan 1993; Taylor 2004).

Ett *salutogent perspektiv* är ett sätt att se på oss själva, teori och forskning med hjälp av ytterligare en dimension, nämligen motstånds- och återhämtningsförmågans mekanismer och förutsättningar. Nyckelbegreppet i det *salutogena perspektivet* är *Känsla av sammanhang, Kasam* (*Sense of coherence, SOC*), vilket antas vara ett mått på i vilken utsträckning individen har förmåga att hantera livets oundvikliga svårigheter (Antonovsky 1991). Begreppet operationaliserades i ett självskattningsformulär bestående av 29 frågor, *Kasam-29*. Avhandlingens fokus är vad det är som mäts med *Kasam-29*.

Avhandlingens syfte

Socialt arbete är inriktat på att främja människors välfärd. Hälsa är en viktig komponent för vår välfärd och utbildning av socialarbetare syftar enligt internationellt vedertagna definitioner till att ha detta som fokus (Sewpaul & Jones 2004). Avhandlingen har som utgångspunkt den salutogena hälsoteorin utvecklad av Aaron Antonovsky (1979, 1991). *Salutogenes* fokuserar på faktorer och processer som främjar människors välbefinnande och hälsa ur ett holistiskt/ekologiskt perspektiv (Medin & Alexandersson 2000; Olsson 2007).

Det salutogena konceptet beskriver *Känsla av sammanhang*, *Kasam*, som ett mått på hälsa. Begreppet *Kasam* har operationaliserats med ett självskattningsformulär bestående av 29 item, i en förkortad version 13 item, vilket avser mäta individens nivå för *Kasam*¹. Avhandlingens övergripande syfte är: *Vad mäter Kasam-29? Kasam-29/13* är ett vitt använt instrument men det finns begränsade kunskaper om vad det mäter. *Kasam-29/13* har besvarats av en rad undersökningsgrupper såväl normalpopulationer, patientgrupper som yrkesgrupper. Undersökningar saknas om *Kasam-29* utifrån socionomstuderande och yrkesverksamma socionomer.

Ett delsyfte med avhandlingens är att få ökad kunskap om vad som bidrar till att förklara *Kasam-29*, samt vad som mäts som inte framkommer med andra instrument och frågeställningar. Detta görs genom att låta *Kasam-29* vara beroende variabel i förhållande till andra instrument och variabler. Språkbruket *att förklara Kasam-29* är ett statistiskt begrepp som är en översättning av engelskans *explained variance*. Begreppet avser att beräkna samvariation mellan olika begrepp inte ett orsakssamband. Flera instrument och variabler har valts utifrån vad Antonovsky hänvisade till haft betydelse vid utvecklingen av det salutogena konceptet och självskattningsformuläret. Andra har valts efter genomgång av aktuell forskning som använt *Kasam-29/13*. Frågor ställs vilka enbart berörts i begränsad utsträckning eller inte alls i tidigare forskning. Ytterligare frågeställningar

¹ När begreppet *Kasam* används i texten hänvisas till det teoretiska begreppet medan *Kasam-29* samt *Kasam-13* avser operationaliseringen av begreppet via självskattningsformuläret. När referens görs till båda versionerna används förkortningen *Kasam-29/13*.

har formulerats utifrån det sociala arbetets teori och praktik, undervisning, styrdokument samt utbildningsplaner för socionomutbildningen.

Undersökningar har tidigare inte presenterats med medverkan av socionomstuderande och yrkesverksamma socionomer. Ett annat delsyfte med avhandlingen är att pröva om utbildningen bidrar till att utveckla de studerandes *Kasam-29*. Finns det skillnader i *Kasam-29* mellan studerande i början och slutet av utbildningen respektive för yrkesverksamma socionomer? Har *Kasam-29* någon prediktionsförmåga och går det att använda som utfallsmått av utbildning? Mer specifika frågeställningar presenteras på **sidan 75** under rubriken Avhandlingens frågeställningar efter genomgång av tidigare forskning. Avhandlingens fokus är inte socionomerna i sig utan de är den undersökningsgrupp utifrån vilken Antonovskys salutogena teori och operationaliserade koncept *Kasam-29* prövas.

Avhandlingens uppläggning

Avhandlingen är uppdelad i två delar. I den första delen presenteras först en definition av socialt arbete. En teoretisk genomgång görs av begreppen *Salutogenes* och *Kasam*. Därefter presenteras konstruktionen av självskattningsformuläret *Kasam-29* och dess relation till några andra begrepp och teorier. I avhandlingens första del ingår även en presentation av exempel på tidigare forskning med självskattningsformuläret.

Avhandlingens andra del har självskattningsformuläret *Kasam-29* som utgångspunkt. Resultat från undersökningar där socionomstuderande samt yrkesverksamma socionomer medverkat presenteras. Resultat presenteras även från en grupp Social Work studerande i England. Resultaten diskuteras med fokus på *Kasam-29* formuläret i relation till teoretiska antaganden, dess prediktionsförmåga, relation till andra begrepp och vad som bidrar till att förklara vad som mäts med formuläret.

Avhandlingen avslutas med reflektioner över resultatens implikationer för vidare forskning, socionomutbildningen samt för socialt arbete.

Socialt arbete

En internationell definition av socialt arbete fastställdes i Köpenhamn 2001 (Sewpaul & Jones 2004). Bakom definitionen står *International Association of Schools of Social Work* (IASSW) samt *International Federation of Social Workers* (IFSW).

The social work profession promotes social change, problem solving in human relationships and the empowerment and liberation of people to enhance well-being. Utilising theories of human behaviour and social systems, social work intervenes at the point where people interact with their environments. Principles of human rights and social justice are fundamental to social work (Sewpaul & Jones 2004, s. 494).

Huvudmålet för socialt arbete och yrkesgruppen socialarbetare är att främja människors välbefinnande (*well-being*). Förutom mål anges att det sociala arbetets interventioner sker i brytpunkten där människor samspelar med sin omgivning. Definitionen följs av kommentar om att socialt arbete på olika sätt närmar sig det komplexa samspelet mellan individer och deras omgivning.

Social work in its various forms addresses the multiple, complex transactions between people and their environments. Its mission is to enable all people to develop their full potential, enrich their lives, and prevent dysfunction. Professional social work is focused on problem solving and change. As such, social workers are change agents in society and in the lives of the individuals, families and communities they serve. Social work is an interrelated system of values, theory and practice (Sewpaul & Jones 2004, s. 494).

Socialt arbete har, enligt IASSW/ISFW, ett uppdrag att hjälpa människor att utvecklas enligt sin fulla potential, berika sina liv och förebygga problemutveckling. Payne (2005) anknöt till definitionen och hävdade att professionen socialt arbete har fokus på hur människor tillsammans kan påverka och agera för att få tillstånd sociala förbättringar och hur det kan bidra till personlig utveckling för enskilda individer. Samhällen förändras och vi människor påverkas i olika utsträckning. Uppdraget för socialt arbe-

te är att påverka förändringar så att de blir mer hanterbara för enskilda och då särskilt för de som är marginaliserade.

Fokus på brytpunkten mellan individ och omgivning är det Payne (2005) angav som det unika för socialt arbete och som ingen annan profession gör anspråk på. Att arbeta i brytpunkten mellan övergripande förändringar i samhället och konsekvenser för enskilda grupper och individer innebär att socialt arbete har en svåravgränsad position. Mångfalden av situationer kräver att socialt arbete har en universal utgångspunkt som flexibelt använder teorier och metoder som bidrar till människors välbefinnande. Socialt arbete beskrivs på olika sätt. Här gavs ett exempel på hur begreppet knyts till en definition men det kan också knytas till idéströmningar, förgrundsgestalter, organisering och faktisk användning (Meeuwisse & Swärd 2000). Definitionen som antagits av IASSW/ISFW tar ställning för att socialt arbete och socialarbetare skall solidarisera sig med de utsatta, "... those who are disadvantaged" (Sewpaul & Jones 2004, s. 494). Man hänvisar till mänskliga rättigheter och etiska koder med målet att lindra fattigdom och bidra till att människor som är extra sårbara och befinner sig i samhällets marginal inte blir exkluderade.

IASSW och IFSW har tillsammans presenterat vad som benämns *Global standards for social work education and training* (Sewpaul & Jones 2004). Hänvisning görs till organisationernas gemensamma definition. Huvudsyftet med socialt arbete avgränsas varefter en global modell presenteras för utbildning och träning i socialt arbete. Modellen är detaljerad avseende kunskapsområden, vilka färdigheter som är viktiga att träna och utveckla. Ett särskilt avsnitt ägnas åt betydelsen av fältförlagda utbildningsinslag som i sin omfattning och komplexitet säkerställer att de studerande blir förberedda för yrkeslivet.

I dessa dokument anges att socialt arbete har som mål att främja människors *välbefinnande*. Begreppet *hälsa* nämns däremot inte. Antonovsky (1991) hävdade med stöd av tidigare forskning att mått på *välbefinnande* visat svaga samband med hur människor själva skattar sin hälsa. *Livstillfredsställelse, kampanja (morale) och lycka* beskrivs vara vanliga rubriker i anknytning till det svårdefinierade och breda begreppet *välbefinnande*. Istället för ett begrepp blir det flera vilka i sin tur förklaras med begrepp som *optimism, entusiasm, periodvis upplevelse av glädje, rörelse mot uppsatta mål, positiv och negativ affekt, individen och omgivning i samstämmighet, själstyrka* mm.

Antonovsky (1991) föreslog att välbefinnande kunde utvecklas på två abstraktionsnivåer. Den första var i vilken utsträckning individen har en global upplevelse av, *tillfredsställelse med livet, positiva och negativa effekter, lycka, känna sig nöjd, apati*, mm. Den andra abstraktionsnivån omfattar upplevelse av eget sätt att fungera och hantera en situation. Välbefinnande kan betraktas som hierarkiskt överordnat hälsa. Hälsa kan vara en av de faktorer som bidrar till välbefinnande. En individ kan utifrån diagnostiska data klassificeras som sjuk men samtidigt beskriva sig ha välbefinnande samt skatta sin hälsa som god. Men vad bidrar till att förklara skillnader i människors upplevelse av och sätt att hantera till synes samma situation? Vad bidrar till att förklara skillnader i människors förmåga att hantera olika situationer? Svaren på dessa frågor kan bidra till att identifiera vilka som behöver särskilda insatser av stöd samt ge vägledning vid val av insatser. Hur vi definierar hälsa har konsekvenser för socialt arbete. Ett salutogent perspektiv synes vara värdefullt för socialt arbete.

Salutogenes

Begreppet *Salutogenes* myntades av Aaron Antonovsky i boken *Health, Stress and Coping* 1979. Antonovsky var professor i medicinsk sociologi vid Hälsovetenskapliga fakulteten, Ben Gurion University of the Negev, Beer-sheba, Israel. I det följande används begreppen *Salutogenes*, *Salutogena* samt *Salutogent* konsekvent utom i de citat som hämtas från den svenska översättningen av Antonovskys *Unraveling the Mystery of Health* utgiven 1987. I den svenska upplagan har *Salutogenic* översatts med *Salutogenetisk* (Antonovsky 1991). Termen *Salutogenes* är en sammansättning av latinets *salus* vilket betyder hälsa eller välgång och grekiskans *genesis* som betyder ursprung, uppkomst eller härstamning. *Salutogenes* fokuserar i konsekvens med detta på hälsans ursprung.

Att fokusera på dem som *bättre klarar att möta* vad som beskrivs som livets oundvikliga svårigheter och vad som bidrar till detta är att utgå från ett *salutogent perspektiv* (Antonovsky 1991). Definitionen att bättre klara sig byggde på kvantifierbara kriterier som att *inte vara aktuell för kontinuerlig behandling inom psykiatri, kapacitet att behålla ett arbete, kunna koppla av och leka samt ha framtidsoptimism* (Werner & Smith 1982). Denna definition av hälsa har återkommande citerats (Dahlin et al. 1990; Hansson et al. 2004). Definition är minimalistisk genom att den fokuserar på fyra funktionsområden utan närmare precisering av vart område.

Antonovsky (1991) hänvisade till en hälsoundersökning i Israel med medverkan av kvinnor som befann sig i menopausen. Kvinnorna, födda i Centraleuropa mellan 1914 och 1923, besvarade självskattningsformulär som frågade efter hur de upplevde sin psykisk och fysiska hälsa. Med fanns även en fråga om kvinnorna hade varit i koncentrationsläger. Antonovsky kunde därmed jämföra svaren på upplevd hälsa från kvinnorna som överlevt koncentrationsläger med en kontrollgrupps svar. ”51 % av kvinnorna i kontrollgruppen jämfört med 29 % av de överlevande hade en ganska god allmän psykisk hälsa” (Antonovsky 1991, s. 11). Antonovsky fokuserade inte på att det var 71 % som hade mindre god psykisk hälsa i undersökningsgruppen i förhållande till 49 % i kontrollgruppen. Han ställde frågan hur det var möjligt att så många som 29 % kunde beskriva sig vara vid god psykisk hälsa trots koncentrationslägrens skräck och fasor. Med utgångs-

punkt från dessa resultat och reflektioner formulerade han den salutogena modellen som publicerades i boken *Health, Stress, and Coping*, 1979.

Enligt Antonovsky försöker forskning utifrån ett *Salutogent perspektiv* att förstå hälsans ursprung i motsats till *Patogenes* vilket fokuserar orsaker till ohälsa och sjukdom. Antonovskys *Salutogenes* framstår som ett perspektiv bland flera andra inom en humanistisk tradition som forskar på frågor sammanhängande med hälsa samt förmåga att hantera svårigheter (Medin & Alexandersson 2000; Rydén & Stenström 2000; Andersson 2002; Kallenberg & Larsson 2004; Strümpfer 2006). *Salutogenes* kan snarare ses som ett komplement än en motsats till annan teoribildning men kan också tillskrivas en mer övergripande roll som metateori under vilken annan teori och forskning kan inordnas (Antonovsky 1991; Hansson & Cederblad 2004). Antonovsky menade att han distanserade sig från andra forskare och även under en tid upplevde en viss isolering efter att han presenterat den *salutogena frågan* och begreppet *Känsla av sammanhang* 1979. Han ansåg att det fram till början av 1980-talet visserligen fanns intresse för vilken betydelse t.ex. *socialt stöd* kunde ha för hälsa. Men faktorer som *socialt stöd* beskrevs enligt Antonovsky enbart som inskjutna variabler, vilka fungerade som buffert vid livsomställningar och lindring av följder från sjukdomar. Antonovsky menade att ingen mer än han fokuserade på ”... ett integrerat svar som kunde förklara var människor befann sig på kontinuet mellan hälsa och ohälsa” (Antonovsky 1991, s. 57).

Antonovsky (1991) gick igenom forskning som anknöt till ett salutogent koncept eller perspektiv på hälsa. Han fann flera forskningsansatser delvis i linje med sin egen forskning. Tidigare hade Antonovsky (1979) reflekterat över om *Salutogenes* utgjorde ett nytt paradig. I det följande diskuteras först *Salutogenes* som perspektiv. Därefter presenteras några centrala aspekter på först hälsa sedan stress och slutligen Antonovskys svar på frågan om det han benämnde som hälsans mysterium; dvs. *Sense of Coherence (SoC)*, vilket översatts med *Känsla av sammanhang (Kasam)*.

Salutogenes som perspektiv

Antonovsky (1979) använde begreppet paradigm med hänvisning till Kuhn (1979). Antonovsky menade att det fanns ett dominerande *patogent paradigm* vilket behövde kompletteras med ett *salutogent*. Detta för att kunna förklara varför så många överlever och förblir någorlunda friska trots sjukdomar, problem och svårigheter. Strümpfer (1990) hävdade liksom Antonovsky (1979) att det var möjligt att identifiera ett *salutogent paradigm*, i kontrast till, men även ur ett metaperspektiv innefattande ett patogent paradigm. Kuhns (1979) utgångspunkt var att det för en grupp vetenskapsmän finns gemensamma teoretiska överväganden som är betraktas som självklara och inte värda att ifrågasättas. Med utgångspunkt från paradigmet bedrivs det Kuhn benämnde *normalvetenskaplig forskning*. Utmärkande är att det för forskare inom ett paradigm finns begränsat intresse att utveckla nya teorier som kan hänföras till andra eller nya paradigm. Paradigmet anger inriktningen för forskningen på ett visst område, vad som betraktas som uttryck för goda resultat samt vilken typ av metoder och problemlösningstrategier som bör användas. Forskningen inom en grupp beskrevs bedrivs som försök att lägga pussel där bitar som inte passar in omformas så att de gör det. Forskning bedrivs till en punkt där allt flera data inte passar in. Kuhn benämnde dessa som *anomalier*. När *anomalierna* blir omfattande uppstår en kris varvid ett paradigmskifte kan uppträda. Det var en sådan kris med *anomalier* som Antonovsky menade fanns inom det paradigm, den patogena orienteringen, som dominerade inom västerländsk medicin. Han reflekterade över att en stor del av befolkningen i industrialiserade länder uppvisade uttalade sjukdomstillstånd, trots att de mest grundläggande umbärandena verkade kunna hanteras. Han uppfattade detta som en paradox som krävde en ny frågeställning: "... why does anyone ever stay alive and reasonably healthy? Or, to put it more formally, we cannot explain the paradox unless we adopt a salutogenic paradigm" (Antonovsky 1979, s. 39).

Kuhns begrepp *paradigm* refererade till naturvetenskaplig forskning, specifikt fysik. Mårtensson (1992) diskuterade om begreppet *paradigm* var tillämpligt inom samhällsvetenskaplig forskning. Begreppet är dock intressant då det pekar på betydelsen av värderingar och normer för problemlösning. Ett mindre pretentiöst begrepp är *perspektiv* vilket valts för den

kommande framställningen. *Salutogenes* och *Patogenes* definieras som två perspektiv inom vilka teoribildning och forskning kan kategoriseras.

Patogenes - Salutogenes

Enskilda teoribildningar/forskningsorienteringar kan dock inte enkelt hänföras till det ena eller andra perspektivet. För att främja överskådlighet har följande förenkling gjorts i Figur 1.

Patogent perspektiv karaktäriseras av att	Salutogent perspektiv karaktäriseras av att
1. förklara ohälsa och vad som leder till ohälsa,	1. förklara hälsa och vad som främjar hälsa,
2. identifiera och förklara riskfaktorer och processer, som bidrar till sjukdom och ohälsa,	2. identifiera och förklara, skyddande faktorer och processer, som bidrar till en rörelse i riktning mot hälsa,
3. söka svar på brister och tillkortakommanden hos individen, familjen eller grannskapet vilka kan definieras som negativa egenskaper eller medverkan i negativa processer som främjar ohälsa,	3. söka identifiera kompetenser och resurser som bidrar till att begränsa problemutveckling, hantera problem och svårigheter som begränsar skadeverkningar och främjar hälsa,
4. ställa frågor som söker svar på varför den enskilde har vissa problem,	4. ställa frågor om vad det är som gör det möjligt att vi överlever trots alla problem, svårigheter och motgångar,

Figur 1. Patogent och Salutogent perspektiv

Ur ett patogent perspektiv framträder frågor i det sociala arbetet som fokuserar på varför enskilda eller grupper av dem som definieras som klienter eller patienter har olika problem eller svårigheter. Erfarenheter från andra som upplevt liknande svårigheter är av särskilt intresse. Fokus läggs på sjukdom, avvikelse, problem, orsak till psykisk ohälsa m.m. Det salutogena perspektivet fokuserar på vad som bidrar till att enskilda eller grupper av dem som definieras som klienter eller patienter klarar sig utan att utveckla större problem eller begränsa skadeverkningarna. Vad bidrar till att människor, i liknande livssituationer som de som blir klienter, lyckas med att hantera de processer som för andra leder till utanförskap, sjukdom eller mental ohälsa? Det senare perspektivet överensstämmer med det som även framförts i anknytning till *resilienceforskning*² (Ogden 1991; Cederblad

² Begreppet *resilience* är svåröversatt men syftar på *elasticitet, återhämtnings- och motståndsförmåga*. Ogden (1991) översatte *resilient children* till norska med *modstandsdygtige barn*.

2003; Luthar 2003). Kunskaper om vad som bidrar till motståndskraft kan vägleda utveckling av interventioner med syfte att hjälpa dem som är mindre lyckligt lottade (Ogden 1991).

En gemensam faktor för det som kan omfattas av ett salutogent perspektiv är att fokus läggs på frågor sammanhängande med vad det är som gör att en del människor synes hantera påfrestningar på ett sätt som inte ger de konsekvenser som vanligen förknippas med stressorer. Med Kuhns (1979) terminologi kan *Salutogenes* beskrivas och avgränsas som en *förparadigmatisk* vetenskap eller snarare perspektiv. Att identifiera det som perspektiv är lämpligt då begreppet *Salutogenes* myntats av en forskare som i sin tur fått efterföljare som utvecklat forskningsinriktningen. Samtidigt finns parallellt ett antal forskningsinriktningar utifrån likartade koncept, med en annan begreppsapparat men med snarlika definitioner av forskningsområdet. De parallella områden som här åsyftas är framförallt *resiliencyforskning* (se, Sroufe & Rutter 1984; Luthar & Zigler 1991; Luthar 2003; Cederblad 2003) men även teori och forskningsområdet med den gemensamma benämning *positive psychology* (Strümpfer 2006, s. 12; för översikt se Snyder & Lopez 2005).

Yrkesgruppen socialarbetare kan användas som utgångspunkt för att exemplifiera ett *patogent* kontra ett *salutogent perspektiv*. Påfrestningarna skiftar i livets olika skeden beroende på vad vi möter eller utsätts för. Vissa av oss klarar dessa påfrestningar bra och kanske växer medan andra blir nedslagna. Ett salutogent perspektiv fokuserar på det som främjar mognad och utveckling hos individer, familjer, grupper och nätverk. Perspektivet fokuserar på faktorer och processer som bidrar till hjälp att härbärgera konsekvenserna av att vara utsatta för andra människors utsatthet. Ett *patogent perspektiv* fokuserar på det som organisatoriskt, inom arbetsgruppen och individuellt bidrar till stagnation och att klienter betraktas som objekt. Försvarsstrategier utvecklas för att överleva i det sociala arbetet. Försvarsstrategierna kan riktas åt olika håll. Socialarbetare kan välja arbetsområden som är mindre utsatta t ex genom fortbildning in i snävare yrkesområden. Vi kan också konstatera att klienter inte är motiverade, inte är mottagliga för våra speciella behandlingsmodeller eller inte är behandlingsbara. En annan väg är att klaga på politiker som ger för lite resurser eller inkompetensförklara kollegor, chefer eller företrädare för samarbetspartners inom andra organisationer. Detta är ett *patogent perspektiv* på socialarbetarens identitetskarriär. Ett *patogent perspektiv* innebär att utgå från det som gör människor sjuka eller som bidrar till att de befinner sig i

eller har svårigheter. När forskning liksom socialt arbete koncentreras på risk eller stressfaktorer men också på mer renodlade överlevnadsstrategier ses livet ur ett *patogent perspektiv*. Ett *salutogent perspektiv* innebär att fokusera på vad som bidrar till att hantera livets och det sociala arbetets oundvikliga svårigheter. Detta betyder att det salutogena perspektivet är viktigt för socialt arbete och socialarbetare.

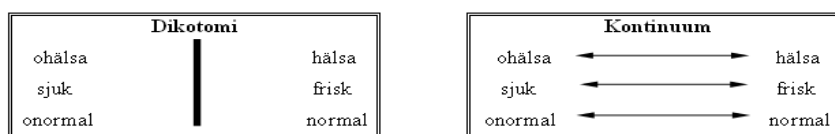
Antonovsky beskrev att han försökt skapa en länk mellan sitt tidigare primärt sociologiska perspektiv på personlighetsutveckling och ett mer psykologiskt sådant (Antonovsky 1991a). Han konstaterade att ett psykologiskt perspektiv i större utsträckning kan granska hur den enskilda individens personliga historia formar personlighetsdrag. Antonovsky uttryckte en önskan att föra samman perspektiven. Antonovsky (1979, 1991a) refererade vid några tillfällen till Uri Bronfenbrenners ekologiska perspektiv. I en introduktion till perspektiv vilka Antonovsky (1991a) uppfattade tangera hans eget, hänvisade han till kritik Bronfenbrenner (1986) riktade mot forskning med fokus på familjer. Kritiken avsåg det Bronfenbrenner beskrev som en förkärlek att beskriva dysfunktionella familjer utan att samtidigt presentera kontrollgrupper som kan visa på:

... the existence and unrealized potentials of ecologies that sustain and strengthen constructive processes in society, the family, and the self.
(Bronfenbrenner 1986, s. 738)

Bronfenbrenners kritik riktades mot en patogen orientering. Han pekade på betydelsen att lyfta fram kunskaper om positivt främjande processer på flera ekologiska nivåer, allt från den enskilda individen till övergripande samhällsnivå. Detta överensstämde med Antonovskys strävan att knyta samman det som är invävt i sociokulturella och historiska sammanhang.

Dikotomi - Kontinuum

Antonovsky (1991) hävdade utifrån sin och andras forskning att vi alla förr eller senare utsätts för påfrestningar, kroppsliga, psykiska och/eller sociala. Han hävdade att huvuddelen av forskning som utgår från något hälsobegrepp är fokuserad på *patogenes* och i allt för liten utsträckning ägnats åt studier av hälsans ursprung, det han benämnde *Salutogenes*. Antonovsky menade att det i allt för stor grad är ett dikotomt perspektiv som används, vilket gör att det normala livets skiftningar förbises. Han menade istället att livet befinner sig på ett kontinuum mellan ytterpolerna hälsa – ohälsa i vilken vi rör oss genom livet. De två perspektiven återges i Figur 2.



Figur 2 Ohälsa - Hälsa som dikotomi och kontinuum

Det dikotoma synsättet främjar kategorisering, in- och utdefiniering, av vilka som duger och inte duger, ytterst vad som skall definieras som avvikande. Att se hälsa – ohälsa som ett kontinuum innebär att individer kan betraktas vara mer eller mindre friska eller sjuka i olika avseenden.

Resonemanget om dikotomi respektive kontinuum var centralt i Antonovskys tänkande, liksom för andra som omfattas av ett humanistiskt perspektiv på hälsa (Achenbach, 1997; Medin & Alexandersson, 2000). Vad som här blir intressant är hur vi hanterar dessa påfrestningar som livet av nödvändighet för med sig samt vilka kringresurser vi har till vårt förfogande. Påfrestningar av olika slag kan inte undvikas. Den viktiga frågan blir hur vi hanterar dessa påfrestningar. Att ha ett salutogent perspektiv innebär att fokusera på vad det är som gör att människor i livets skiftande skeden rör sig mot den positiva polen i kontinuumet hälsa - ohälsa. Antonovsky uttryckte detta på följande sätt: "Salutogenesis gives the priority to understanding the processes of movement toward the never -achieved pole of full health" (Antonovsky 1993c, s. 5). Uppmärksamhet på hälsofrämjande processer blir därmed lika viktigt som processer som bidrar till ohälsa. För att kunna göra detta skulle vi enligt Antonovsky se personen i sin helhet. Istället för att fokusera på enskilda företeelser som t.ex. en specifik sjukdom förespråkade Antonovsky ett holistiskt perspektiv vilket omfattas av ett bio-psyko-socialt perspektiv, såväl biologiska, psykologiska som sociala faktorer och processer. Detta perspektiv överensstämmer med vad som tas upp i den internationella definitionen av socialt arbete (Sewpaul & Jones 2004)

Stressorer

Från en diskussion om att livet innebär såväl sorger som glädjeämnen, att det är ett normaltillstånd, förde Antonovsky (1991, 1993c) in två frågor. Den ena var vad som avses med stress och stressorer. Den andra diskuterade om stress och stressorer är negativa eller om de också kan ha positiva konsekvenser. Exempel på stressorer är: *få barn, förlora ett barn, en anhö-*

rigs sjukdom någon närståendes död, skilja sig, gifta sig, arbete, arbetslöshet, åldrande, pensionering, olyckor eller sjukdom. Förluster och negativa livsställningar är inte eftersträvarvärda eller önskvärda i sig, men tillhör likväl livet, och kan även bidra till upplevelse av en förhöjd livskvalitet (Antonovsky 1991). Det som är avgörande enligt Antonovsky är inte stressorn och dess laddning utan vad vi gör med den. Riskmiljöer för t.ex. hjärtinfarkt finns identifierade (Kobasa 1979). Men alla som befinner sig i dessa miljöer utvecklar inte hjärtinfarkt. Några uppvisar negativa hälsoreaktioner medan andra i direkt motsats till ohälsa snarare synes trivas och ser miljön som en utmaning som förhöjer livskvaliteten. Undvikande av stress kan innebära att individen går miste om möjligheter att förbättra sitt liv (Kobasa 1979). Förutom Antonovsky har flera forskare (t.ex. Kobasa 1979, 1982; White 1985; Maddi & Khoshaba 2005) presenterat teorier och forskning som pekar på att stressorer är något som alltid finns närvarande, inte enbart undantag vilka från tid till annan måste hanteras. Utifrån dessa forskningsresultat framgår att flertalet människor trots ständig närvaro av stressorer bevarar upplevelse av hälsa. Gemensamt för dessa forskare är att de har aspiration att identifiera, enskilda eller uppsättningar av, faktorer och processer som bidrar till att förklara skillnader i hur individer förhåller sig till och hanterar stressorer.

Stress och stressorer var enligt Antonovsky (1991) inte enbart skadliga. De kan också främja hälsa. Det några upplever som stress och belastning ser andra som en utmaning. Individuella egenskaper har betydelse för hur stressorn uppfattas. Antonovsky hävdade att vi behöver se på båda perspektiven, både det hälsofrämjande och det som främjar ohälsa, inte enbart eländet. Att drabbas av en sjukdom kan innebära att individen stannar upp och reflekterar över sitt liv och vad som har mening och därefter göra saker som medför högre livskvalitet.

Hur stress och stressorer uppfattas kan förklaras med individuella skillnader i *sårbarhet* och *motståndsförmåga*. Garmezy et al. (1984) beskriver tre teoretiska modeller för *sårbarhet* (*vulnerability*) och *motståndsförmåga* (*resilience*). Den första, *den kompensatoriska modellen*, beskriver hur olika personliga egenskaper hjälper till med anpassning med risk för kompetensförlust på andra områden. Den andra, *skydds- och sårbarhetsmodellen*, beskriver individuella skillnader i kapacitet att motstå och hantera stressorer. En del saknar denna kapacitet och är därför mer sårbara när de möter stressorer. Garmezy's tredje modell, *utmaningsmodellen*, vilken Antonovsky anslöt sig till, beskriver att uppfatta stressorer som utmaningar eller, om de först

inte uppfattas så, omvandla dem till att vara det. Antonovsky uttryckte sig om sårbarhet och motståndsförmåga på följande sätt:

The crucial question is not the stressor load but what we do about it. A salutogenic orientation posits that stressors are open-ended in their consequences. A creative, imaginative and flexible wrestling with stressors, taking it as a challenge, may well have positive health consequences (Antonovsky 1993c, s. 8).

Det är hur vi uppfattar och möter stressorer som enligt Antonovsky var avgörande, inte stressorns laddning i sig. En förutsättning för att utveckla förmåga att hantera olika livssituationer är att vi utsätts för eller utsätter oss för svårigheter och motgångar. Antonovsky refererade liksom Anthony (1987), en av resilienceforskningens pionjärer, till Francis Bacon och essän *Adversity* där Bacon skrev "he knows not his own strength that hath not met adversity" (Anthony 1987, s. 10). Att se svårigheter och motgångar som utmaningar kan ha positiva konsekvenser för hälsan. Utmaningen och hanterandet av denna antogs bidra till att öka individens kompetens att möta kommande utmaningar. Stressorer kan betraktas som öppna, med Antonovskys (1993c) terminologi *open ended*, vad gäller konsekvenser. Att se dem som utmaningar kan ha positiva konsekvenser för hälsan. En kreativ, uppfinningsrik och flexibel brottning med stressorer kunde ha positiva konsekvenser för hälsan. I konsekvens med detta hävdade Antonovsky (1991, 1993c) att uppgiften för forskning och behandling ur ett salutogent perspektiv inte primärt är att minska omfattningen av stressorer. Allt rör sig mot ökat kaos, *entropi*, möjligheten är att bromsa denna rörelse med olika insatser, *negentropi*. Forskningen borde enligt Antonovsky fokusera på *negentropi*, faktorer och processer som bidrar till att omvandla stressorer till utmaningar.

Men hur går detta till? Ett antal frågor följer av resonemanget ovan. Vad är det som gör att en del människor kan möta stressorer som utmaningar? Finns det särskilda strategier som kan läras? Är det fråga om medfödda eller inlärda egenskaper eller handlar det om interaktionella processer? Stressforskningen har traditionellt tittat på hur vi hanterar olika enskilda stressorer, dvs. problem, svårigheter och kriser. *Coping* är det begrepp som sammanfattar strategier för hur vi hanterar situationer som upplevs som stressfyllda (Folkman & Lazarus 1991; Andersson 2002). *Coping* beskrivs ha två huvudfunktioner: *problemfokuserad*, som är inriktad på att lösa problem, samt *emotionsfokuserad*, inriktad på att hantera

emotionella reaktioner (Andersson 2002). Ett *salutogent perspektiv* beaktar också skillnader i hur situationer uppfattas. Utöver strategier att hantera situationer, poängteras betydelsen av en *motivationskomponent*, som avgör om stressorer uppfattas som utmaningar (Antonovsky 1991).

Stressorer är inte oberoende av individens omgivning. Individens sätt att möta denna omgivning är beroende av såväl individuella egenskaper som de processer som sker i interaktionen med ett tillgängligt materiellt och personellt nätverk. Antonovsky nämnde återkommande betydelsen av en *kulturell kanon* av normer och värderingar som individen kan luta sig mot (Antonovsky 1979, 1991, 1993b). Olika omgivningsfaktorer har betydelse för hur stressorer uppfattas och hanteras. Men även om det finns omgivningsfaktorer som kan bidra till att hantera stressorer är det inte säkert att individen själv kan utnyttja dessa resurser. Detta för tillbaka till individuella faktorer igen, en fråga om en kapacitet hos individen. Vi kan se ett samspel mellan omgivningsfaktorer och individuella faktorer som hjälper individen att hantera stressorer. Ur detta perspektiv är huvudproblemet för forskning och behandling inte att reducera stressorer. Snarare söka efter faktorer och processer som gör det möjligt för människor att hantera och transformera stressorer till utmaningar.

Vi hamnar här nära det som benämns stressforskning samt copingbegreppet (Monat & Lazarus 1985, 1991). Till skillnad från stressforskning, som fokuserar på hur vi hanterar specifika stressorer, är det salutogena studieobjektet livet som helhet med alla dess skiftningar. Det salutogena perspektivet beskrevs av Antonovsky (1991) lämna copingstrategiernas buffertdefinition inför enskilda eller grupper av stressorer och söka en princip som handlar om övergripande förhållningssätt till livets skiftande skeden, sorger och glädjeämnen. Antonovsky försökte identifiera faktorer som främjar hälsa eller rörelse mot den positiva polen var vi än vid en viss tidpunkt befinner oss i kontinuumet ohälsa - hälsa. Han betonade att det *salutogena konceptet* var ett komplement till det patogena. Antonovsky reflekterade över den tidsepok vi befinner oss i med värderingar och normer förknippade med individualism, fokus på personlig inre kontroll och den protestantiska etiken. Antonovsky såg detta som präglad av ett patogent perspektiv vilket det salutogena perspektivet kunde komplettera. Utgångspunkten var att vi alla utsätts för olika stressorer men hanterar dessa på mer eller mindre bra sätt. Hur vi hanterar livet på gott och på ont är "... hälsans mysterium som den salutogenetiska inriktningen försöker lösa" (Antonovsky 1991, s. 12).

Känsla av sammanhang (Kasam)

Vad är det som behövs för att hantera stress och påfrestningar? Antonovsky (1991) formulerade det salutogena synsättet genom att ställa frågan:

... varför hamnar människor i den positiva polen i dimensionen hälsa - ohälsa, eller vad får dem att röra sig mot denna pol, var de än befinner sig vid ett visst tillfälle? (Antonovsky 1991, s. 12).

Antonovsky (1979, 1991) försökte förklara det han benämnde som hälsans mysterium genom att utveckla konceptet *Känsla av sammanhang (Kasam)*. När vi möter eller står inför stressorer uppstår enligt Antonovsky ett spänningstillstånd som måste hanteras. Han beskrev att vi har olika resurser som kan hjälpa oss att hantera spänningen. Antonovsky (1991) föreslog att särskild uppmärksamhet borde riktas på det han benämnde *generella motståndsresurser*. Som exempel på motståndsresurser nämns *jagstyrka, socialt stöd, kulturell stabilitet, god ekonomi*. Dessa motståndsresurser hjälper oss att göra stressorer som vi ständigt bombarderas av begripliga. När vi återkommande utsätts för en stressor och de generella motståndsresurserna aktiveras, byggs eller skapas en livserfarenhet som återkommande säger oss att livet är förutsägbart d.v.s. *Begripligt*.

De generella motståndsresurserna beskrevs även bygga upp en livserfarenhet som främjar *Hanterbarhet*. Förutom att återkommande göra livshändelser begripliga byggs en kapacitet upp för att hantera olika specifika situationer. Utöver individuella resurser finns även kompletterande resurser i vår omgivning som hjälper oss att begripa och hantera de stimuli vi utsätts för. Med en hög känsla av *Hanterbarhet* skulle vi kunna känna oss som *aktörer* och inte *offer* för omständigheter. Så här långt överensstämmer resonemanget med coping. Den avgörande faktor som särskiljer från copingbegreppet är motivationen att använda olika resurser på ett hälsofrämjande sätt. Upplever vi livet värt att engagera oss i, upplever vi *Meningsfullhet*. Antonovsky syfte var att uppmärksamma om problem och krav som vi ställs inför ses som värda engagemang.

Tre begrepp har här förts in: *Begriplighet*, *Hanterbarhet* och *Meningsfullhet*. *Begriplighet* är en kognitiv komponent, *Hanterbarhet* har att göra med copingstrategier medan *Meningsfullhet* är en motivations- eller emotionell komponent. De utgjorde enligt Antonovsky tre komponenter med

högt inbördes samband. Tillsammans bildar komponenterna en *Känsla av sammanhang* vilket definierades som:

... en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk 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 (Antonovsky 1991, s. 41).

Enligt Antonovsky (1991) var *Kasam* det övergripande begrepp som svarar på frågan i vilken grad en individ har kapacitet att möta livets skiftningar med bevarande av en återkommande rörelse mot hälsa. *Kasam* beskrevs kunna identifieras längs ett kontinuum men även att kunna delas in i *Svag*, *Måttlig* och *Stark Kasam*. Antonovskys hypotes var att en person som har en måttlig eller stark *Känsla av sammanhang* är kapabel att klarlägga och strukturera naturen hos de stressorer som hon konfronteras med. Personen tror sig även ha nödvändiga resurser tillgängliga som kan mobiliseras för att hantera utmaningen framgångsrikt. Hon är också motiverad att ta itu med utmaningen. En person med *starkare Kasam* har ett förhållningssätt till livet som bidrar till val av konstruktiva copingstrategier, och en bas som hjälper henne att bevara och främja hälsa och välbefinnande.

Antonovsky hävdade att *Kasam* byggs upp under möten med olika stressorer. När de stressorer vi konfronteras med över tiden blir begripliga, hanterbara och meningsfulla byggs en *Känsla av sammanhang*, ett förhållningssätt, upp som hjälper individen med framgångsrik coping med stressorer och rörelse mot den positiva polen i kontinuumet hälsa - ohälsa. Innebörden av ett starkt *Kasam* uttryckte Antonovsky på följande sätt:

One of the hallmarks of a strong SOC is that coping recourses are chosen flexibly as deemed appropriate to the concrete situation with which one is confronted (Antonovsky 1993c, s. 11).

Flexibilitet i val av strategi är särskilt värt att beakta. En person kan antas ha en hög *Kasam* men sakna flexibla strategier. Konsekvenser av vad som kan benämnas en *rigid Kasam* återkommer vi till längre fram. En hög *Kasam* behöver inte vara eftersträvansvärt i sig själv eller som Antonovsky uttryckte det:

A person with a strong sense of coherence is quite capable of being what many would consider an intensive, unpleasant, inconsiderate, exploitative bastard (Antonovsky 1979, s. 157).

Antonovsky (1993c) hänvisade till Edelman (1992, s. 76) som tog stöd i vad som inom immunologi benämns *principen om val genom igenkännande*. Immunsystemet arbetar med att skapa en bred repertoar av antikroppar. Vid behov binds eller kopplas den antikropp som passar bäst till antigenet. Detta i motsats till principen om igenkännande efter instruktion, vilket skulle bero på informationsöverföring från den främmande molekylen. Immunförsvaret skall vara den aktiva parten som bestämmer vilken antikropp, eller försvars- eller copingstrategi som skall användas inför ett antigen. Det är inte antigenet som styr hur immunförsvaret svarar på signaler, utan det är immunförsvaret som talar om vilken antikropp som skall aktiveras. *Kasam* beskrevs som ett *psykologiskt immunförsvaret* motsvarigt beskrivningen ovan. Här är det på sin plats att nämna att ett hög i bemärkelsen *rigid* *Kasam* kan fungera som en slags *vaccination* mot mental och fysisk sjukdom. Nackdelen med vaccination till skillnad från ett starkt immunförsvaret är att flexibiliteten uteblir och att försvaret blir stereotyp.

Antonovsky beskrev att han hade ett stort intresse i frågor sammanhängande med *kultur och personlighet* (Antonovsky 1991). Han hävdade att det som hämmar respektive främjar samt upprätthåller *Kasam* i stort är överensstämmande i olika kulturer. *Kasam* antogs utvecklas på kulturspecifika sätt vilket skulle innebära att det finns många olika kulturella vägar till ett *Starkt* eller *Svalt* *Kasam*. *Kasam* beskrevs som tvärkulturellt och tillämpligt på alla vuxnas livssituation. Antonovsky uttryckte betydelsen av olika kulturella vägar på följande sätt:

... nothing is said about substantive content: the ways of organizing information, the resources available, or what gives meaning. The construct is supra-cultural, of equal relevance to all human beings. It acquires substance only in a concrete context (Antonovsky 1993c, s. 11).

Vad som bidrar till att utveckla *Kasam* antogs skilja sig åt instrumentellt, i sitt uttrycksätt eller form, mellan olika kulturer men inte kognitivt, emotionellt eller avseende motivationsfaktorer. Det är mönstret av livserfarenheter, inte de specifika kulturella förhållandena, som främjar nivån på *Kasam*. Antonovsky (1993c) påpekade att begreppet livserfarenhet skall förstås på en hög abstraktionsnivå och inte som att alla kulturella omständigheter och levnadsbetingelser bidrar till ett *starkt Kasam*. *Kasam* bidrar

alltså till förmågan att begripa och strukturera stressorer, flexibelt mobilisera copingmekanismer samt möta problemsituationer som utmaningar.

Kasam antogs vara en underliggande variabel utifrån vilken copingstrategier utvecklas och inte en specifik strategi i sig själv för varje enskilt kulturellt kontext. Även om han var insatt i psykologisk teori och personlighetsteori, så betonade Antonovsky att han inte gjorde anspråk på att vara psykolog. Detta hindrar inte att påverkan från psykologisk teori är mycket påtagligt i Antonovskys texter. Han hänvisade till Freud, Bowlby, Bandura, Erikson och Fromm, för att nämna några när han utvecklade begreppet (Antonovsky 1979, 1993b). Samtidigt beskrevs *Kasam* vara en grundläggande beståndsdel i personlighetsstrukturen. Antonovsky hävdade att han inte anslöt sig till någon av de etablerade personlighetsteorierna. Han föredrog att formulera universella frågor, vilka kunde antas vara relevanta för alla människor i alla kulturer. Dessa frågor menade han kunde ses som olika strävanden som kunde placeras på ett kontinuum. Frågorna formulerades i polemik med forskning som beskrevs utgå från mer dikotoma perspektiv där människor tillskrivs egenskaper som statiska motsatser. Polemiken riktades även mot det han uppfattade som kulturellt begränsat till västvärlden, framförallt vad han beskrev som en nordamerikansk individualistisk livsstil. Men Antonovsky (1979, 1991) hävdade att *Kasam* är ett globalt mått som är oberoende av kultur och nationalitet, kön, ålder, socioekonomisk position, yrkesstatus mm. Enligt Antonovsky bidrar föräldrarnas socioekonomiska position till att påverka den *Känsla av sammanhang* barnet kommer att utveckla, men inte som oberoende variabel. Föräldrarnas uppfostringsstil antogs avhängigt av deras socioekonomiska position och ha betydelse för bl.a. hur barnets initiativ bemöts. Graden av bestraffning och strikt föräldraskap respektive utrymmet för förhandlingar eller diskussioner för att nå överenskommelser antogs ha betydelse för hur *Kasam* utvecklas. *Kasam* kan vara stark även om det som skall stå för meningsfullheten är något annat än en själv. Exempel på detta något annat kan vara Gud, prästerna eller kulturellt accepterade mysterier (jfr Erikson 1982 och Fromm 1945).

Grunden för nivån på individens *Kasam* beskrevs läggas vid tidig ålder i samverkan mellan *bio-psyko-sociala* faktorer. *Kasam* utvecklas och antas vara relativt flexibelt under barn- och ungdomsåren, fram till ungefär 30 års ålder. Därefter ansågs *Kasam* i huvudsak vara stabil resten av livet utan att vara riktigt fixerad vid en position (Antonovsky 1991). Från 30 års ålder antogs *Kasam* enbart i mindre utsträckning fluktuera sammanhängande

med mer genomgripande livsomställningar. Mindre modifikationer kan ske beroende på vad individen möter för svårigheter under livet, hur omvälvande dessa är samt hur dessa svårigheter hanteras. Individens nivå på *Kasam* antogs vidare kunna predicera hur individen kommer att möta och hantera livets oundvikliga svårigheter. Antonovsky antog att personer med svagare *Kasam* troligen genom livet i större utsträckning kommer att göra erfarenheten att livets motgångar blir svårare att hantera än de med en starkare *Kasam*. Den förra gruppens erfarenheter skulle på sikt bidra till att sänka medan den senare skulle höja sin *Kasam*.

Om livet är stabilt eller med återkommande otrygghet i anställningssituation, arbetslöshet, samt hälsa och sjukdom beskrev Antonovsky som särskilt betydelsefullt för nivån på *Kasam*. Antonovsky hänvisade till att delkomponenten *Begriplighet* särskilt kan påverkas vid arbetslöshet. Livet blir svårare att förutsäga men även det sociala nät som arbetsplatser kan innefatta kan gå förlorat. Upplevelsen av *Meningsfullhet* antogs även bli påverkat då upplevelsen av delaktighet kan utebli.

Kasam som globalt mått antogs av Antonovsky (1991) kunna predicera individens utveckling. Antonovsky antog att en individ med *Måttlig* eller *Svag Kasam* i tidigt vuxenliv kommer att sänka sitt *Kasam* då hon söker sig till erfarenheter som är mindre *Kasamförstärkande* i sina försök att undvika *Kasamförsvagande* situationer. Antagandet byggde på att en person med lägre *Kasam* i mindre utsträckning ser livets oundvikliga svårigheter som utmaningar och därigenom går miste om den potential som problemlösning för med sig. Individen kan gå in i det tidiga vuxna livet med en uppsättning omgivningsresurser att tillgå. I brytpunkten till vuxenlivet ställs det större krav på individen själv. Den med lägre *Kasam* antogs ha mer begränsade egna resurser att identifiera samt tillvarata de skyddsfaktorer och processer som finns i omgivningen. Detta kunde medföra en neråtgående spiral för *Kasam*. Individen med en högre *Kasam* skulle däremot söka sig till erfarenheter som är utmaningar vilket är *Kasamförstärkande*.

Kasam i relation till andra begrepp

Det finns flera skolbildningar med liknande frågeställningar som de Antonovsky ställde vilka kan betraktas som komplementära. De har växt fram parallellt och bryter av mot ett *patogent perspektiv*. De omdefinierar frågor från att fokusera på vad som gör att människor blir sjuka och hur sjukdom

avhjälp till frågor sammanhängande med att se människan som en biopsyko-social varelse och vad som främjar hälsa. Forskning som kan karaktäriseras som salutogen har som gemensam nämnare att söka sammanfattande begrepp som fångar ett förhållningssätt till livet och dess skiftningar. Antonovsky (1991) myntade begreppet *Kasam*, Kobasa (1979, 1982) *Personality hardiness*, Thomas (1981) och Colerick (1985) *Stamina*, Boyce et al. (1985) *Känsla av permanens*, Moos (1984) *Det sociala klimatet*, Rosenbaum (1983) *Learned resourcefulness*, (Bandura 1977) *Self-efficacy*. Dessa forskare formulerade liksom Antonovsky övergripande globala begrepp och strävade i sin forskning att söka efter faktorer och processer som bygger upp dessa förhållningssätt eller egenskaper. Han hänvisar även till andra forskare vilka uppfattades ha en orientering som i stort överensstämde med hans egen. Antonovsky (1991) kommenterar resilienceforskning och några av dess förgrundsgestalter, då särskilt Emmy Werners och Ruth Smiths longitudinella forskning på ön Kauai (Werner & Smith 1982). Efter att ha tagit del av Werners & Smiths forskning hävdade Antonovsky att de ställde *den salutogena frågan*, om vad det är som gör vissa barn mer motståndskraftiga. Antonovsky citerade några av de skyddsfaktorer de funnit inkluderande: "... en känsla av sammanhang i livet och en förmåga att använda informella möjligheter till stöd" (Antonovsky 1991, s. 70). I anslutning till detta gjorde Antonovsky en markering mot koncept, med anspråk på att vara globala men som han uppfattade som kulturellt snäva. Ett exempel är *Locus of Control* (LoC) vilken utvecklades av den sociala inlärningsteoretikern Rotter (1954). Antonovsky beskrev LoC som ett koncept anpassat efter en kultur som uppmuntrar individualism och misstro mot stöd som ligger i händerna på andra än en själv. Om kontroll ligger hos andra skulle individen uppfattas vara ett offer. Denna kritik riktas även mot såväl Kobasa, Boyce som Moos. Antonovsky (1991) hävdade att dessa forskare ställde andras resurser och mellanmänniskt beroende åt sidan till förmån för autonomi och oberoende.

Annan forskning har fokuserat på faktorer som fungerar som risk för respektive skydd mot utvecklande av psykopatologi (för översikt se Anthony & Cohler 1987; Rolf et al. 1990; Werner & Smith 1992; Dahlin & Cederblad 1986, 1993; Luthar et al. 1997; Luthar 2003; Cederblad 2003). Resultat från resilienceforskning har visat sig väl överensstämma och kunna integreras inom ett salutogen perspektiv. Flera resilienceforskare har dock inte eftersträvat sammanfattande av globala begrepp som avspeglar ett förhållningssätt till livet.

Rutter (1990) betonar att det inte var tillräckligt att studera skyddande faktorer som är av betydelse i risksituationer. Han hävdade att vi måste fokusera på *skyddande mekanismer och processer* och inte enbart faktorer. Rutter formulerar en fråga som anknyter till Antonovskys om hälsans mysterium när han skriver:

... we need to ask why and how some individuals manage to maintain high self-esteem and self efficacy in spite of facing the same adversities that lead other people to give up and lose hope (Rutter 1990, s. 183).

Rutter frågade sig vad det är som gör att en del människor har förtrogna, som de kan vända sig till. Han undrade också vad som gör en del är kapabla att effektivt använda socialt stöd i krissituationer. Rutter stannar alltså inte vid att intressera sig för faktorerna i sig utan mer för utvecklingsmekanismer och situationsbundna mekanismer som ingår i skyddande processer. Till skillnad från Antonovsky sammanfattade inte Rutter ett övergripande svar på det Antonovsky benämner *hälsans mysterium*. Rutter fokuserade på mekanismer och processer, medan Antonovsky utvecklade begreppet *Kasam*. De skyddande faktorer och processer som Rutter och andra som forskar om resilience beskriver synes ha paralleller med det som Antonovsky beskrev som *generella motståndsresurser* vilka antogs bygga upp en *Känsla av sammanhang*. *Kasam* är både en skyddande global faktor samtidigt som den byggs upp av andra skyddande faktorer.

Antonovsky (1991) beskrev vad han benämner som en *intellektuell skuld* till många kollegor som inspirerat och bidragit till att formulera den *salutogena modellen* och valet av de tre delkomponenterna i *Kasam*, *Begriplighet*, *Hanterbarhet* och *Meningsfullhet*. Han jämförde de tre delkomponenterna i *Kasam* med andra sammanfattande begrepp och fann en i huvudsak stor överensstämmelse, men även skillnader. Han gjorde även en specifik hänvisning till E. H. Erikson och hans bok *Den fullbordade livscykeln*. Erikson använder sig av en formulering som Antonovsky uppfattade ha mycket gemensamt med sin egen av *Kasam*. Erikson skrev om integritet i livets sista stadium och formulerade betydelsen av "... en känsla av sammanhang och helhet ..." (Erikson 1982, s. 62). Antonovsky diskuterade överensstämmelser mellan sitt och Eriksons sätt att formulera sig kring liknande frågeställningar och ställde undrande en fråga om Erikson eventuellt lånat begreppet *Känsla av sammanhang* (Antonovsky 1991, s. 58).

Operationalisering av begreppet Kasam

I följande avsnitt presenteras operationaliseringen av begreppet *Känsla av sammanhang*. När hänvisning görs till det teoretiska begreppet *Känsla av sammanhang* används förkortningen *Kasam* medan *Kasam-29* hänvisar till självskattningsformuläret i dess 29 item version. När referens sker till versionen med 13 item används beteckningen *Kasam-13*. Först presenteras självskattningsformuläret *Kasam-29* och dess konstruktion.

Att mäta *Kasam*

Antonovsky (1979, 1991) utvecklade konceptet *Känsla av sammanhang*, *Kasam*, för att försöka få ett svar på frågan varför människor i anknytning till svårigheter och motgångar tenderar att röra sig mot, det han benämnde som, den positiva polen i kontinuumet hälsa – ohälsa. Tillsammans med kollegor utvecklade Antonovsky, som tidigare nämnts, ett självskattningsformulär; *Orientation to life questionnaire* eller som det vanligen benämns, *Sense of Coherence – scale (SoC)*. Syftet var att få ett instrument som kunde ge ett mått på individens position på kontinuumet ohälsa - hälsa samt rörelse mot den positiva polen i detta kontinuum. Individens *Sense of Coherence* antogs vara ett sådant mått. I utgåvan på svenska av Antonovskys bok *Unraveling the Mystery of Health* översattes *Sense of Coherence* till *Känsla av sammanhang* (Antonovsky 1991). Antonovskys hypotes var att *Kasam* är ett *globalt mått* på individens *generaliserade upplevelse* av *Begriplighet*, *Hanterbarhet* och *Meningsfullhet*. Med *globalt mått* och *generaliserade upplevelse* avsågs en övergripande hållning, eller sätt att se på livet, inte enbart ett sätt att reagera på specifika situationer.

Kasam-29

Antonovskys originalskala består av 29 item, men finns även i en kort version med 13 item. Formuläret med 13 item är en kondenserad version av den längre skalan (Antonovsky 1991, 1993). Varje item besvaras på en 7 gradig Likert skala. Med 29 item ger detta en spridning mellan 29 och 203 poäng och för versionen med 13 item 13 – 91 poäng.

Antonovsky utgick från att formuläret *Kasam-29* mäter tre komponenter: *Begriplighet*, *Hanterbarhet* och *Meningsfullhet*, vilka tillsammans utgör en global faktor, *Känsla av sammanhang*. Formuläret är dock konceptuellt

konstruerat med referens till Guttmans fasett teori (Guttman 1974) och inte med hjälp av faktoranalys med syfte att återspegla delfaktorer som överensstämmer med de tre teoretiska komponenterna (Antonovsky 1991). Konstruktionen gjordes med syftet att ett brett spektrum av situationer som individen kan tänkas ställas inför skulle finnas representerade. Detta uttrycks i fem fasetter av vilka delkomponenterna utgör den femte fasetten i *Kasam-29* (Antonovsky 1991). Självskattningsformuläret är uppbyggt av följande fasetter:

- A. Modalitet – individen reagerar på en stimulus som är instrumentell, kognitiv eller affektiv.
- B. Källa – modaliteten har sitt ursprung i individens inre eller yttre värld/ar eller en kombination av dessa.
- C. Krav – (innehåll) vilket ställer ett konkret, diffust eller abstrakt krav, stimulus.
- D. Tid – Responsen efterfrågas i förfluten tid, nutid eller i framtiden.
- E. Kasam-komponenterna – begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet vilka befinner sig i ett kontinuum högt till lågt.

Begreppet *Modalitet* syftar på vad slag av stimuli individen upplever eller reagerar på: instrumentellt, kognitivt eller affektivt. Vad som avses med instrumentellt är svårdefinierat då Antonovsky inte närmare förtydligar vad som avses. Troligaste tolkningen är att begreppet hämtats från behavioristisk teori, d.v.s. operant betingning och förstärkning (jfr Pervin & John 1997). Instrumentell stimuli aktiverar enligt denna teoribildning inlärd beteenden. Kognitiv stimulus utgörs av tankeaktiviteter, medan affektiv stimulus relaterar till känslouttryck. Fasett två, *Källa* syftar på om stimuli kommer inifrån individen själv, från omgivningen eller som en kombination av båda. Dessa stimuli som kommer från någon källa ställer ett *Krav*, fasett tre, som kan vara tydligt, diffust eller abstrakt. Detta krav befinner sig i en dimension, fasett fyra, avseende *Tid*: i nuet, i förgången tid eller i framtiden. Den femte fasetten utgörs av *Kasam-komponenterna*, vilka antas befinna sig i ett kontinuum från lågt till högt avseende *Begriplighet*, *Hanterbarhet* och *Meningsfullhet*.³

Frågorna i skalan är formulerade så att fasetten med *Kasam-komponenterna* delar upp frågorna, medan övriga fasetter för dem samman.

³ För utförlig förklaring se Antonovsky (1991, s.101 ff).

Antonovsky (1991, 1993a) beskriver hur varje item konstruerats för att innehålla fyra fasetter vilka beskriver ett stimuli. Den femte fasetten uttrycker en av komponenterna i *Kasam* (*Begriplighet*, *Hanterbarhet* och *Meningsfullhet*). 243 kombinationer utifrån fasetterna beskrivs som möjliga. Antonovsky kom fram till att en skala bestående av mellan 25 och 40 item skulle ge ett tillfredsställande mått på det han avsåg att mäta. Med hjälp av bl.a. diskriminantanalys och korrelationsmatriser uteslöts en del frågor, andra omformulerades och ytterligare några tillfördes. Urvalet av de slutliga frågorna till skalan skedde i samråd med kollegor vilka beskrevs vara väl insatta i teoribildningen bakom *Känsla av sammanhang* och de teoretiska delkomponenterna (Antonovsky 1991). Målet var att varje item skulle avgränsat referera till enbart en av de teoretiska delkomponenterna i fasett E, *Begriplighet*, *Hanterbarhet* och *Meningsfullhet*, samt ett element från vardera av de fyra övriga fasetterna, A-D. Varje fråga valdes genom denna procedur att representera en specifik profil. Antonovsky hävdade att tillvägagångssättet gav innehållsvaliditet genom konsensus. Slutprodukten blev en 29 item skala där två frågor inte har samma fasettstruktur. Att *Kasam* definieras som ett globalt mått avses att skalan konstruerades med syfte att inte återspegla några enskilda faktorer även om det i frågornas konstruktion framkommer att olika komponenter efterfrågas.

Antonovsky (1991) argumenterade uttryckligen för att skalan inte skall delas upp i subskalor utifrån komponenterna *Begriplighet*, *Hanterbarhet* och *Meningsfullhet*, trots att han anger att respektive item representerar någon av dessa tre komponenter. En begreppsmässig skillnad gjordes mellan vad som avsågs med delkomponent respektive subskalor. Nämnas bör att Antonovsky inte i någon av sina böcker eller artiklar använder begreppet delfaktorer utan enbart delkomponenter och subskalor. Skälet till att hävda att skalan består av en faktor, är att den, dels är konstruerad på det sättet, dels att några subskalor enligt den teoretiska utgångspunkten inte framkommer vid statistisk bearbetning genom faktoranalys (Antonovsky 1991, 1993a). Ett avgörande argument mot att dela upp skalan var att den uttryckligen mäter ett globalt förhållningssätt och inte en persons sätt att uppleva specifika situationer. Teorin bakom *Kasam* innefattar utvecklade resonemang kring komponenterna *Begriplighet*, *Hanterbarhet* och *Meningsfullhet* samt deras inbördes relation. Vid konstruktionen av självskattningsformuläret har däremot inte dessa delkomponenter använts på ett sätt som skulle ge tre separata lågt interkorrelerande subskalor. Antonovsky (1991,

1993a) rekommenderade uttryckligen att skalan, i sin nuvarande utformning, inte delas upp i tre faktorer.

Det är dock frestande att försöka urskilja *Begriplighet*, *Hanterbarhet* och *Meningsfullhet* som subskalor eller delfaktorer. Antonovsky återkommer själv till att respektive fråga uttrycker en av de tre komponenterna när han utförligt redovisar hur han kom fram till de 29 frågorna i formuläret. Komponenterna *Begriplighet*, *Hanterbarhet* och *Meningsfullhet* beskrivs som teoretiskt åtskiljbara, men oupplösligt sammanflätade (Antonovsky 1991). Antonovsky hävdar att vid jämförelse med andra skalor som avser mäta någon faktor som motsvarar någon av delkomponenterna i *Kasam-29* som låg närmast så var korrelationerna signifikanta. Han fann inte heller någon signifikant skillnad mellan korrelationerna till delkomponenterna och till *Kasam-29* som helhet. Antonovsky (1991) drog utifrån tillgängliga studier slutsatsen, att delkomponenterna inte går att empiriskt urskilja som faktorer. Detta överensstämde med intentionen vid konstruktionen av skalan. Antonovsky (1993a) kommenterade att det skulle vara ett bidrag till forskningen om separata instrument utvecklades som mäter delkomponenterna, *Begriplighet*, *Hanterbarhet* och *Meningsfullhet*. Kravet på dessa var att de skulle uppvisa relativt låg interkorrelation med varandra.

Antonovsky (1991, 1993a) påpekade att självskattningsformulär inte är det enda sättet att mäta *Känsla av sammanhang*. Han föreslog att strukturerade intervjuer, etnometodologiska beskrivningar och projektiva test skulle kunna utvecklas och ge lika goda resultat för bedömning av nivå på *Känsla av sammanhang*.

Kasam-29 på svenska

På svenska har frågeformuläret fått benämningen *Kasam - Känsla av sammanhang*. Det finns två översättningar av originalformuläret vilka båda gjorts i samråd med Antonovsky; Languis et al. (1992) samt den som finns publicerad i Antonovskys bok *Hälsans mysterium* (Antonovsky 1991). Översättningen av den senare gjordes av ett team under ledning av professor Marianne Cederblad i nära samarbete med Antonovsky då han var gästprofessor vid Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken vid Lunds universitetssjukhus⁴. Översättningarna skiljer sig åt språkligt men även inledningsvis metodologiskt mellan de två versionerna. I översättningen av

⁴ Antonovskys instruktioner för användande av den svenska översättningen av *the sense of coherence questionnaire* bifogas som bilaga 2, sidan 221.

Languis et al. (1992) gjordes den 7-gradiga Likert-skalan i en första version om till en VAS-skala. VAS-skalan innebar att man markerade med ett kryss längst en 60 mm lång linje istället för att markera en siffra. De båda översättningarna av *Kasam-29* har jämförts med varandra. En grupp bestående av 395 studerande vid Socialhögskolan i Lund har svarat på båda formulären (Olsson et al. *insänt för publicering*). Efter att VAS-skalan markeringar överförts till numeriska värden visar sig skalorna ha hög korrelation med varandra ($r = .96$). Reliabilitetskoefficienten Cronbach's Alfa var $\alpha .91$ för översättning av Languis et al. och $\alpha .93$ för den av Antonovsky auktoriserade och publicerade översättningen. Resultaten pekar på att det är av marginell betydelse vilken av översättningarna som används.

I här ingående studier har översättningen av formuläret som gjordes 1991 och som publicerades i boken Hälsans mysterium använts. Efter den första kontakten med konceptet *Salutogenes* samt *Kasam* har jag använt självskattningsformuläret som består av 29 item (Gassne 1994). Det fanns i början av 1990-talet begränsade kunskaper om eventuell skillnad mellan 29-item och 13-itemskalan avseende reliabilitet och validitet. Det bedömdes då som en fördel att använda 29-item versionen då det gavs en möjlighet att även extrahera 13-item skalan från denna. Flertalet studier har sedan visat sig använda 29-item eller de 13 item vilka anges i den engelska originalutgåvan av Antonovskys bok. I några studier har ett 12 item formulär använts (se t.ex. Bäck-Wiklund & Bergsten 1997). Detta antas bero på ett fel i översättningen av Antonovskys (1987) *Unraveling the mystery of health*. Den svenska översättningen anger att den förkortade skalan består av 12 item vilket kan ha medfört en del förvirring. Utöver dessa versioner har ett flertal andra självskattningsformulär tillkommit vilka påstås mäta *Kasam* (Olsson et al. *insänt för publicering*).

Tidigare forskning

Vad tar tidigare forskning om *Kasam* upp? Sökning av artiklar har gjorts via Lunds universitetsbiblioteks sökmotor *Elin@Lund*. Databaser som använts är *Medline*, *Cambridge Scientific Abstracts (CSA)*, *PsycINFO (CSA)* samt *HealthWeb*. I ett första steg har översiktsartiklar över salutogen forskning med utgångspunkt från självskattningsformuläret *Kasam-29* använts. Inklusionskriteriet eller huvudsökorden (keywords) var *salutogenesis* or *sense of coherence*. Dessa sökord kombinerades sedan med *self rated health, empathy, socio-economic, sex, gender, age, cultural, burnout, MBI, LoC, temperament, EAS, genetics, adherence* m.fl. vilka identifierats vara nyckelord i funna referenser. Till och med juni 2007 framkom med dessa sökord totalt 458 träffar i databaserna. Flera artiklar visade sig vara dubletter men även nytryckningar förekom. Sökning har även gjorts i den nationella bibliotekskatalogen LIBRIS samt Lunds universitets bibliotekskatalog LOVISA. När en specifik sökning gjordes efter doktorsavhandlingar framkom 22 stycken som hade nyckelorden (keywords) *sense of coherence* och/eller *känsla av sammanhang*. Referenslistor till funna böcker och artiklar har även granskats varvid ytterligare studier identifierats där *Kasam-29* eller *Kasam-13* använts. I ett andra steg har dessa sökresultat jämförts med översiktsartiklar (Reviews) (Antonovsky 1993a; Hansson & Cederblad 1995a; Eriksson & Lindström 2005; Olsson et al. 2006). Enbart 4 studier har identifierats där undersökningsgrupperna bestått av socialarbetare (Baker et al. 1997; George 1996; Gilbar 1998; Söderfeldt et al. 2000). Samtliga använde *Kasam-13*. I genomgång av tidigare forskning har i huvudsak publicerat material på nivån filosofie licentiat, filosofie doktor samt artiklar i vetenskapliga tidskrifter med "peer review" bedömning tagits med. Några C- och D uppsatser med material av särskilt intresse ingår också. En heltäckande litteraturgenomgång presenteras inte utan en översikt av vad som uppfattas vara av särskilt intresse för socialt arbete.

Först presenteras en översikt med exempel på forskning som använt självskattningsformuläret *Kasam-29* eller *Kasam-13*. Därefter presenteras tidigare forskning på självskattningsformulärets reliabilitet och stabilitet. Resultat från ett urval studier presenteras med syfte att belysa hur *Kasam-29* samvarierar med *sociodemografiska faktorer och olika mått på hälsa, anknytning, ångest, självkänsla* mm.

Salutogenes som begrepp och forskningsområde har expanderat såväl teoretiskt som empiriskt sedan det första gången presenterades av Antonovsky. I följande presentation läggs fokus på empiriska studier med självskattningsformuläret *Kasam-29*. Ett huvudområde för tidigare studier har varit att undersöka nivån på *Kasam-29* eller *Kasam-13* för olika populationer. Ett annat har varit att försöka förklara vad formuläret mäter och hur det korrelerar med andra självskattningsinstrument.

De första artiklarna och avhandlingarna där *Salutogenes* utgjorde en större beståndsdel såväl teoretiskt som empiriskt presenterades i Sverige inom omvårdnadsforskning (Tishelman 1993; Langius & Björvell 1993; Langius, 1995) samt longitudinell riskforskning och barn och ungdomspsykiatrisk behandlingsforskning (Dahlin & Cederblad 1986; Dahlin et al. 1990; Cederblad et al. 1988; Cederblad et al. 1994; Hansson et al. 1995a). Flest artiklar har sedan mitten av 1990-talet presenterats inom omvårdnadsforskning med anknytning till olika diagnoser, funktionsbegränsningar och interventioner. Här presenteras några exempel:

- diabetes (Lundman & Norberg 1993; Sandén-Eriksson 2000; Richardson et al. 2001; Leksell et al. 2005; He & Shiu 2006),
- cancersjukdomar (Langius & Björvell 1996, 1998; Tishelman 1993; Persson et al. 2001; Delbar & Benor 2001; Boscaglia & Clarke 2007),
- hjärt- och kärlsjukdomar (Larsson et al. 1994; Poppius et al. 1999; Ekman et al. 2002; Falk et al. 2007),
- stroke (Nilsson et al. 2001; Chumbler 2004; Larson et al. 2005),
- hemlösa kvinnor (Nyamathi 1993; Ingram et al. 1996),
- anorexi (Hansson & Cederblad 1995a; Cederblad & Hansson 1996),
- schizofreni (Bengtsson-Tops & Hansson 2001; Eklund et al. 2004; McCabe et al. 2007),
- conduct disorders (Hansson & Olsson 2001; Hansson et al. 2004; Olsson 2007),
- cannabis missbruk (Lundqvist 1995a+b),
- missbruk (Berg & Brevik 1998; Berg & Andersen 2001; Schiepek et al. 2001; Chen 2006; Fridell & Hesse 2006),
- parterapi och familjebehandling (Berggren et al. 1998; Holmgren et al. 1999; Lundblad & Hansson 2005),
- gruppterapi (Söderberg & Evengård 2001; Lundqvist 2005)

Forskning med inriktning på epidemiologiska studier har även presenterats med syfte att kartlägga hälsotillstånd i olika populationer (Larsson & Kaltenberg 1996, 1999; Larsson 2001; Nilsson et al. 2003; Hyyppä et al. 2006). Studier finns även med specifika yrkesgrupper som tjänstemän inom teknisk industri (Feldt 1997; Kivimäki et al. 2000; Feldt et al. 2003) och sjuksköterskor (Lewis et al. 1992; Pålsson et al. 1996; Langius & Björvell 1998; Levert et al. 2000). Den största undersökningsgrupp som identifierats ha besvarat *Kasam-29* bestod av finska män (N= 4 403), inom i huvudsak manuella (blue-collar) yrken (Poppius et al. 1999). Den enskilt största undersökningsgrupp som besvarat *Kasam-13* bestod av 18 525 vuxna mellan 20 och 54 år i Finland (Feldt et al. 2007).

Salutogen forskning anknyter till traditionen att förutom iakttagbara och mätbara data, av såväl somatisk som mental hälsa, även beakta dimensionen självupplevd eller självskattad hälsa (Antonovsky 1987; Tibblin et al. 1990; Undén & Elofsson 1998; Rydén & Stenström 2000; Medin & Alexandersson 2000; Andersson 2002; Taylor; 2006). Med denna dimension får hälsobegreppet ett helhets eller holistiskt perspektiv. Den upplevda hälsan utgår ifrån hur individen själv upplever eller skattar sin hälsa. Sättet olika individer förhåller sig till och beskriver sina fysiska och psykiska tillstånd varierar i hög grad. Forskning ger stöd för att allt fler människor uppvisar subjektiva symtom vilka i medicinsk mening saknar organiskt påvisbar bakgrund (Undén & Elofsson 1998). Dessa individer känner sig ofta mindre bra behandlade inom vården. Parallellt finns studier av olika grupper som visat att det som utifrån iakttagbara eller mätbara kriterier kan betraktas som somatisk och/eller mentalt sjukdom inte med nödvändighet återspeglas i individens självupplevda hälsa och livskvalitet (Langius 1995; Edén et al. 1998; Faresjö & Åkerlind 2005). Personer med samma objektiva sjukdomstillstånd kan beskriva och uppleva tillståndet på diametralt olika sätt, vilket visat sig sammanhålla med omständigheter i vardagslivet (Bejerholm & Eklund 2005). Inflytandet över den vardagliga livsföringen kan också variera. Faktorer och processer som bidrar till att förklara dessa skillnader är ett av den *salutogena forskningens* huvudintresse.

Salutogen forskning har ett antal gemensamma komponenter. För det första är den inriktad på att studera olika individer och grupper *Känsla av sammanhang* (*Kasam*). *Salutogen forskning* syftar för det andra till att identifiera skyddande faktorer och processer som bidrar till att bygga upp *Kasam* samt modifiera effekterna av riskfaktorer och riskprocesser. Dessa faktorer och processer beskrivs med Antonovskys språkbruk som *Generella*

motståndsresurser (GMR) respektive *Generella motståndsbrister* (GMB). En gemensam tredje komponent för *salutogen forskning* är fokuserat på hur *Kasam*, som oberoende och beroende variabel, samvarierar med somatiska, psykiska och psykosociala faktorer och processer. En återkommande fråga är vad som mäts med självskattningsinstrumentet *Kasam-29/-13*. En fjärde komponent återfinns inom den forskning som är inriktad på specifika patient- och klientgrupper. *Kasam-29/-13* används som ett instrument för utvärdering, för val av interventioner och förhållningssätt samt som utfallsmått. En annan återkommande fråga är vad resultaten från mätningar med *Kasam-29* skall användas till (Antonovsky 1996a; Hansson & Olsson 2001; Eriksson & Lindström 2005; Olsson 2007).

Inom psykiatrisk och psykosocial behandlingsteori och metodik återfinns även användande av de teoretiska komponenterna i *Kasam*, *Begriplighet*, *Hanterbarhet* samt *Meningsfullhet*. *Kasam* och det som antas bygga upp *Kasam* används som utgångspunkt för att utveckla behandlingsarbete (Hansson & Cederblad 1995b, 2004; Lundqvist, 1995a+b; Taylor 2004). Antonovskys begrepp för skydds och riskfaktorer är, som tidigare nämnts, *Generella motståndsresurser* och *Generella motståndsbrister* (Antonovsky 1991). Behandlingsarbete utvecklas utifrån identifierande av skyddsfaktorer och processer som är tillgängliga för individen och dennes nätverk samt möjligheterna att aktivera och bygga upp sådana faktorer (Hansson & Cederblad 1995b, Lundqvist 1995a+b). Forskning kring skydds- och även riskfaktorer har en lång tradition vilken Antonovsky och hans efterföljare ansluter till. Som exempel kan nämnas Garmezy och Nuechterlein vilka intresserade sig för stressmotstånd bland barn som växte upp i högriskmiljöer (Garmezy & Nuechterlein 1972). Werner & Smith har gjort longitudinella studier på ön Kauai, Hawaii (Werner 1989; Werner & Smith 1982, 1992). Bleuler fokuserade på faktorer som kunde förklara förmåga att hantera stress, istället för att söka riskfaktorer, bland barn till föräldrar som hade diagnostiserats som psykotiska (Bleuler, 1974, 1978). Dalianis-Karamatzakis (1994) gjorde en uppföljning hur livet utvecklats sig för barn som växte upp i fängelse tillsammans med sina mödrar under det grekiska inbördeskriget 1946 - 1949. Cederblad (2003) har presenterat en översikt av longitudinell risk- och skyddsforskningen.

Några av pionjärerna som i Sverige bedrivit forskning utifrån ett *salutogent koncept* är professorerna Marianne Cederblad och Kjell Hansson, tidigare verksamma vid institutionen för barn och ungdomspsykiatri vid Lunds universitet. Förutom den longitudinella Lundbystudien vilken ge-

nomförts tillsammans med andra (Cederblad et al. 1988; Cederblad et al. 1994), har de ansvarat för och medverkat i ett stort antal forskningsprojekt med såväl kliniska som icke kliniska grupper. Hansson & Cederblad gjorde en första svensk forskningsöversikt 1995 utifrån konceptet *Salutogenes* och *Kasam* (Hansson & Cederblad 1995a). I klinisk verksamhet har, vad som beskrevs vara, salutogen miljöterapi utvecklats, under ledning av Marianne Cederblad och Kjell Hansson, på en utredningsavdelning vid Barn och ungdomspsykiatriska kliniken i Lund (Hult et al. 1996).

Ur ett medicinskt sociologiskt perspektiv kan *Patogenes* och *Salutogenes* komplettera varandra snarare än utesluter varandra (Antonovsky 1993c). När det *patogena perspektivet* ägnar sjukdom och dess orsaker uppmärksamhet, d.v.s. formulera hypoteser om sjukdomar och riskfaktorer så är det *salutogena perspektivets* fokus att titta på motståndsresurser och hälsofrämjande faktorer. *Patogenes* intresserar sig för varför en del blir återintagna kort tid efter behandling medan det *salutogena perspektivet* fokuserar på vad det är som bidrar till att andra inte blir det (Olsson 2007).

Tidigare forskning med inriktning på studerande-, yrkesgrupper och normalpopulationer

I Appendix A presenteras ett urval medelvärden för *Kasam-29/-13* undersökningsgrupper från tidigare studier av högskolestuderande (Tabell A1) samt yrkesverksamma inom socialt arbete, hälso- och sjukvård och angränsade områden (Tabell A2). Några vuxna normalpopulationer (Tabell A3) samt kliniska grupper (Tabell A4) har även tagits med. Inklusionskriterier var i ett första steg att *Kasam-29* använts. Inga studier med socialarbetare gick då att identifiera varför ett andra steg blev att också inkludera studier med *Kasam-13* (Grupp E). Presentationen syftar inte till att vara en fullständig översikt över studier med *Kasam-29* och *Kasam-13*. Urval av grupper har gjorts utifrån att de bedöms vara relevanta vid jämförelse med de grupper som är utgångspunkt för avhandlingen. Medelvärden för *Kasam-29/-13* i fler grupper presenteras i kommande avsnitt i samband med enskilda frågeställningar och jämförelser.

Det finns flera studier där studerande från olika professionsutbildningar medverkar (Thorell-Ekstrand & Björvell 1993; Bränholm 1998; von Bothmer & Fridlund 2003) men färre med medverkan av specifika yrkeskategorier (Holm 1995; Pålsson et al. 1996; Lindström 1998). Vid genomgång av aktuell forskning där *Kasam-29* och *Kasam-13* använts

återfinns få studier med socialarbetare. Samma gäller för andra yrkeskategorier verksamma inom angränsande arbetsområden som vård och omsorg. Från hälso- och sjukvård finns några studier, framförallt med medverkan av sjuksköterskor.

Medelvärden för *Kasam-29* från studier med studerande, representanter från olika yrkesområden, normalpopulationer m.m. befinna sig huvudsakligen i spannet 130 - 150 oberoende av vilket land eller kultur undersökningarna gjorts. När jag gjort oberoende t-test (Ferguson 1959) av medelvärden för *Kasam-29* utifrån normalpopulationer och kliniska grupper i olika kulturer framkommer statistiskt signifikanta skillnader. En population i Thailand (Cederblad et al. 2003) uppvisade signifikant högre *Kasam-29* än en population Frankrike (Gana 2001). Även patienter i Sverige med diagnosen schizofreni (Bengtsson-Tops & Hansson 2001) hade ett medelvärde för *Kasam-29* som inte uppvisade statistisk signifikant skillnad mot t.ex. en grupp manliga kontorsanställda i Japan (Nakamura 2001). Liknande resultat framkommer när *Kasam-13* använts (Larsson & Kallenberg 1999; Wolff & Ratner 1999). Exempelen pekar på att det är problematiskt att utifrån nivåer på *Kasam-29* och *Kasam-13* jämföra eller dra slutsatser om skillnader i *Kasam* mellan olika kulturer.

Det framgår att man svarar olika beroende på kultur varför det finns anledning att närmare undersöka vad dessa skillnader är beroende av. Antonovsky (1991, 1993c) antog att såväl *Känsla av sammanhang* som självskattningsformuläret *Kasam-29* var oberoende av kultur. Han reserverade sig med att formuläret enbart prövats i kulturer som beskrevs präglas av en västerländsk livsstil. Men det synes finnas skillnader även mellan kulturer som kan betraktas omfattas av en västerländsk livsstil. En fråga är om det finns skillnader i svarsprofil beroende på undersökningsgrupp samt hur kulturoberoende självskattningsformuläret är. Studier som visar på skillnader i svarsstil presenteras under rubriken kultur längre fram.

Vid jämförelse mellan kliniska och icke kliniska grupper i Sverige framkommer att kliniska grupper med psykosocial och/eller psykiatrisk problematik tenderar att uppvisa signifikant lägre *Kasam-29/13*. Vid oberoende t-test uppvisar en normalpopulation (Langius & Björvell 1993) i jämförelse med en klinisk grupp bestående av kvinnor i parterapi (Lundblad 2005) signifikant högre *Kasam-29*. Harri (1998) visade i en studie med medverkan av lärare inom sjuksköterskeutbildning i Finland att *Kasam-13* uppvisade högre värden för de med möjligheter att fritt välja undervisningsområde. Vid multiple regressionsanalys framkom att större

frihet att välja undervisningsområde uppvisade en uppskattad effekt på högre *Kasam-13* när övriga variabler som ålder, utbildning, anställningsförhållanden mm. tagits med i beräkningen ($\beta = .22$; $t = -3.04$, $p < .001$). Begränsad frihet att formulera och konfronteras med egna uppsatta utmaningar synes alltså ha en hämmande effekt för en positiv utveckling av *Kasam-13* för lärare.

Det finns anledning till försiktighet vid jämförelser av medelvärden för *Kasam-29* för grupper såväl inom som mellan olika kulturer. Antonovsky (1991) nämnde att det finns kulturspecifika vägar som främjar *Kasam*. Vidare forskning kan närmare undersöka hur självskattningsformuläret fungerar som mått i olika kulturer. Det är även viktigt att beakta att på gruppnivå utmärker sig grupper med en psykosocial och/eller psykiatrisk problematik med lägre nivåer på *Kasam* än normalpopulationer. När socionomstuderande och socionomer jämförs med andra grupper framöver görs det företrädesvis till studier gjorda i Sverige.

Tidigare forskning med socialarbetare och *Kasam*

Fyra studier har identifierats vilka använt *Kasam* med medverkan av socialarbetare. Dessa studier beskrivs mer ingående då avhandlingen bygger på resultat från studier med socionomstuderande och socionomer.

Den första studien bestod av 78 socialarbetare i England (Baker et al. 1997). Av dem beskrevs 50 ha en kvalificerad akademisk utbildning med inriktning på socialt arbete medan 28 saknade en sådan. Studiens syfte var att undersöka relationen mellan *Kasam-13*, *salutogena faktorer* samt *utbrändhet*, mätt med *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Respondenterna var mellan 21 och 55 år med en medelålder på 36 år. Data presenteras inte uppdelat för respektive kön men väl för om de var gifta eller ensamstående samt om de hade en arbetsledande position.

Den andra studien avsåg rehabiliteringsansvariga på svenska försäkringskassor (Söderfeldt et al. 2000). Studien fokuserade på psykosomatiska hälsotillstånd, indikatorer på psykofysiologisk stress samt MBI som beroende variabler. Dessa variabler relateras till *arbetsbelastning*, *Kasam*, *socialt stöd* samt *demografiska data* som oberoende variabler. Medelvärdet för *Kasam-13* presenteras för män och kvinnor separat. Data presenteras enbart för respektive kön, inte på gruppnivå. Medelvärde för *Kasam-13* presenteras för män med 67 ($n = 8$) och för kvinnor 66 ($n = 91$) (Söderfeldt et al. 2000).

Den tredje studien bestod av 40 socialarbetare i USA (George 1996). Socialarbetarna vilka samliga hade en *Bachelors or Masters degree in Social Work* ingick i en större studie av *field-workers*, sjuksköterskor och annan personal inom vad som i Sverige motsvaras av hemsjukvård. Den totala undersökningsgruppen bestod av 653 personer. Studiens fokus var upplevelser av risksituationer och hanterande av dessa i samband med hembesök. För undersökningen som helhet redovisades män ha signifikant högre *Kasam-13* än kvinnor. *Kasam-13* korrelerade positivt med stigande ålder.

I den fjärde studien medverkade 81 socialarbetare vid allmänna sjukhus, psykiatriska kliniker samt rehabiliteringskliniker i Israel (Gilbar 1998). Studien fokuserade liksom Baker et al. (1997) på *Kasam-29* i relation till mått på utbrändhet mätt med MBI. Korrelationer mellan *Kasam-29* och delskalorna i MBI presenterades men inte medelvärden för *Kasam-29*. Artikelns fokuserar på en diskussion om olika former av stöd till socialarbetare som kan förebygga utbrändhet t.ex. handledning. Nivå på *Kasam* diskuterades även kunna vara ett lämplighetskriterium vid rekrytering av socialarbetare inom verksamhetsområdet.

Faktorstruktur och reliabilitet

Kasam-29 formulärets struktur

Antonovsky (1993b, 1996b) konstaterade att inga meningsfulla faktorer kunde identifieras vid faktoranalys av *Kasam-29* skalan. Den var inte möjlig att dela upp i subskalor som överensstämde med de teoretiska komponenterna, *Begriplighet*, *Hanterbarhet* och *Meningsfullhet*. Trots Antonovskys uttryckliga rekommendation har flera forskare redovisat och använd resultat från subskalor (se t.ex. Lundqvist 1995a; Carstens & Spangenberg 1997; Sandell et al. 1998; Forsgårde et al. 2000; Fridell & Hesse 2006).

Av genomgång av tidigare forskning framkommer att flera forskare med hjälp av faktoranalys försökt klargöra om faktorindelning av såväl *Kasam-29* som *Kasam-13* varit möjlig (Flannery & Flannery 1990; Frenz et al. 1993; Callahan & Pincus 1995; Sandell et al. 1998; Feldt et al. 2000; Gana & Garnier 2001; von Bothmer & Fridlund 2003; Kallenberg & Larsson 2004; Bengtsson-Tops et al. 2005). Man utgick ifrån, såväl kliniska som icke kliniska, populationer vilka skilde sig åt avseende ålder, yrkesstatus, socioekonomisk position, hälsovariabler, m.m. Vid exploratorisk

faktoranalys framkommer faktorer som av olika forskare får likartade benämningar vilka syftade på, *begriplighet*, *intresse för livet eller meningsfullhet*, *kontroll av känslor*, *tillit till andra* och *förutsägbarhet* (Frenz et al.1993; von Bothmer & Fridlund 2003). Andra poängterade att det framkom en starkare faktor och flera svagare (Sandell et al.1998; Kallenberg & Larsson 2004). Kallenberg & Larsson (2004) gjorde en faktoranalys av *Kasam-13* med en statistisk teknik som benämns *strukturell ekvationsmodulering* (SEM). Analysen är särskilt intressant då den pekade på att *Kasam-29/13* mäter något på en abstraktionsnivå ovanför att hantera vardagen. Man fann en generell faktor (G-faktor) vilken antogs relatera till individens *Grundläggande tillit*. Man fann även två underordnade faktorer skilda från G-faktorn och som inte korrelerade med varandra. Den första faktorn, *Social förståelse och engagemang*, relaterar till individens nära relationerna och den egna vardagen, alltså inte ett globalt förhållningssätt. Faktorn beskrevs anknyta till Antonovskys *Begriplighetskomponent* men även *Meningsfullhetskomponent*. Den andra faktorn benämndes *Olustkänslor och inre spänning*. Faktorn anknöts teoretiskt till *Neuroticism* och *Negativ affekt*.

Sammanfattningsvis så visar faktoranalyserna att när flera faktorer fallit ut så har de höga korrelationer med varandra. Forskning efter Antonovskys studier bekräftar att *Kasam-29* och *Kasam-13* inte innefattar några subskalor som överensstämmer med de teoretiska komponenterna. Samtliga item utom två, item 10 och item 17, har oftast höga laddningar på en första faktor. Mer om dessa item presenteras i följande avsnitt. Resultaten är oberoende av respondenternas kön, om undersökningsgrupperna varit kliniska eller icke-kliniska grupper eller i vilket land undersökningarna genomförts. Undersökningarna är dock begränsade till Europa. Resultaten pekar på att skalan är endimensionell men att den kan utvecklas.

Andra generationens *Kasam* skala?

Några forskare har även med hänvisning till Antonovskys koncept gjort anspråk på att ha konstruerat en andra generationens skala med färre item (Lundberg & Nyström Peck 1994, 1995; Schumann et al. 2003). Att använda färre item beskrivs som intressant vid studier med begränsat utrymme. Lundberg & Nyström Peck (1994) konstruerade en skala med tre frågor vilken de benämnde SOC-3. Varje fråga avsåg att belysa en av Antonovskys tre teoretiska delkomponenter. Formuläret frågar efter i vilken

utsträckning tillvaron upplevs som, *Begriplig, Hanterbar* och *Meningsfull*. Man utgick från att det fanns tre delfaktorer istället för att följa den av Antonovskys använda 5 fasett modellen. Schumann et al. (2003) kondenserade *Kasam-29* till 3 item. Man valde ut tre item (item 12, 14 och 19) till vad de benämnde *Brief Assessment of Sense of Coherence* (BASOC). Det har inte gått att visa att komplexiteten i Antonovskys koncept går att reducera till några enstaka frågor (Olsson et al., *insänt för publicering*).

Homogenitet för *Kasam-29*

Antonovsky (1991, 1993a) redovisade att reliabilitetskoefficienten Cronbach's alfa uppmätts som lägst till α .74 och som högst α .93 vilket brukar användas som referens. Studier som sedan tillkommit presenterar värden för Cronbach's alfa till som lägst till α .74 (Mlonzi & Strümpfer 1998) och som högst α .95 (Coe et al. 1990). Resultaten överensstämmer med data från 37 studier vilka samtliga avser *Kasam-29* med 100 eller fler medverkande (Hansson & Olsson 2001). Eriksson & Lindström (2005) presenterade i en översikt Cronbach's alpha till som lägst α .70 men då framgår det inte klart storlek på populationer samt det antalet item som refererade skalor består av.

En andra metod som använts för att bedöma skalans homogenitet har varit att beräkna korrelationen mellan varje item och totalsumman av *Kasam-29* minus vad varje enskilt item bidrag till denna totalsumma. Antonovsky (1993a) hänvisade till kollegor som utifrån teoretiska grunder uppfattade item 10 och 17 som problematiska då man får högre poäng desto mer livet upplevts/upplevs som förutsägbart och utan överraskande förändringar. Frågan i item 10 avser i vilken grad *de senaste tio åren har ditt liv varit: (1) fullt av förändringar utan att du visste vad som skulle hända härnäst (7) helt förutsägbart utan överraskade förändringar* (Antonovsky 1991, s. 230). Item 17 är en omformulering av item 10 och avser förväntningar på att framtiden är förutsägbart. Dessa item uppvisar även återkommande låga korrelationer med totalsumman för *Kasam-29*. Hansson & Cederblad (1995a) fann i studier av såväl barn och vuxna som kliniska och icke kliniska grupper att item 10 och 17 uppvisade svaga korrelationerna med totalsumman. Även Sandell et al. (1998) drog slutsatsen att dessa två item inte verkar mäta samma sak som övriga. Söderhamn & Holmgren (2004) bekräftar låga korrelationer för dessa item även för äldre personer (ålder 65+). Man reflekterade över om frågorna var av litet intres-

se eller kanske kontroversiella för de äldre. Söderholm & Holmström pekade på att de svaga korrelationerna talade för att utesluta dem men att det vore olämpligt då det skulle försvåra jämförelser med ett nu redan väl etablerat och spritt instrument. Denna senare ståndpunkt överensstämmer med den Antonovsky gav uttryck för (Antonovsky 1993a).

Tidigare forskning visar att *Kasam-29* har hög homogenitet. Reliabilitetskoefficienten Cronbach's alfa uppmäts återkommande till mer än α .70 vilket är det vedertagna nedre gränsvärdet för att en skala skall betraktas ha hög reliabilitet (Hair et al. 2006). Några item, item 10 och 17, avviker markant i förhållande till övriga item då de genomgående uppvisar svaga korrelationer med totalsumman av *Kasam-29*. Detta talar för att de kan uteslutas men att rekommendationen från flertalet forskare ändå är att behålla dem tillsvidare för att underlätta jämförelse mellan olika studier.

Test-retest

Det finns flera studier av reliabiliteten för *Kasam-29/13* mätt med test-retest över kortare tidsperioder, under ett år (Hair et al. 2006). I flertalet studier med vuxna har *Kasam-29* visat sig vara stabilt ($r = .65$ till $r = .92$) vid användande av *Kasam-29* (Frenz et al. 1993; Abrahamsson & Ejlertsson 2002; Cohen & Savaya 2003; Feldt et al. 2000; Feldt et al. 2003; Feldt et al. 2005a). Eriksson & Lindström (2005) visar i en översikt att test-retest stabiliteten är lägre för 13 item versionen över såväl kortare (upp till ett år, $r = .69$ till $r = .72$) som längre tidsintervall (fyra år, $r = .42$ och tio år, $r = .54$).

Hög test-retest reliabilitet över en vecka ($r = .92$) har återkommande presenteras för *Kasam-29* utifrån olika undersökningsgrupper (Frenz et al. 1993; Sjöström et al. 2004; Abrahamsson & Ejlertsson 2002). Antonovsky (1993a) redovisade värden för test-retest över två veckor till $r = .91$. Cohen & Savaya (2003) uppvisade lägre stabilitet över tre veckor ($r = .65$) för en grupp frånskilda män och kvinnor medan Coe et al. (1998) presenterade test-retest över 6 månaders till $r = .80$. Vid 1 år mellan svarstillfällena uppvisades värden vid test-retest till $r = .78$ (Fiorentino & Pomazal 1998). För pensionärer var reliabilitetskoefficient $r = .52$ över ett år (Antonovsky 1993a).

Test-retest reliabiliteten är i huvudsak hög för såväl *Kasam-29* som *Kasam-13* över tidsperioder upp till ett år. När den är lägre synes det sammanhånga med negativa livsomställningar.

Kasam och stabilitet

Kasam-29 antogs av Antonovsky också vara stabilt över tid (Antonovsky 1991). Tidigare forskning om stabilitet för *Kasam-29* presenteras utförligare i detta avsnitt. Tidigare forskning har gett varierande positivt och negativt stöd till att *Kasam-29* stabiliseras. Med stabilitet över tid avses test-retest över längre tidsintervaller än 1 år (Hair et al. 2006).

Stabilitet över tid

Antonovsky såg frågan om *Kasam* är ett *tillstånd, personlighetsdrag eller förhållningssätt (trait or state)*, som något för vidare forskning att klargöra (Antonovsky 1991, s. 220). Antonovskys hypotes var att *Kasam* utvecklas under barn och ungdomsåren för att stabiliseras vid tidig 30 års ålder (Antonovsky 1991, 1996b). *Kasam* skulle därefter vara stabilt framförallt för personer med *medelhög* eller *hög Kasam*. Om mer omvälvande livsomställningar inträffar skulle förändringar kunna inträda men i huvudsak temporärt. Antonovsky antog att personer med en *låg Kasam* har störst sannolikhet att förändra sin *Kasam* i positiv eller negativ riktning. I en senare artikel skrev Antonovsky (1993d) att vi utvecklar ett generaliserande sätt att se på världen och de stimuli som bombarderar oss vid ungefär 30 års ålder vilket benämns som *sen tidig vuxenålder (late early adulthood, a.a., s. 205)*. *Känsla av sammanhang* skulle alltså vara ett personlighetsdrag eller ett förhållningssätt med stor stabilitet när individen väl passerat livets tidigare skede. Antonovsky egen ståndpunkt i denna fråga förändrade sig över tid, dels utifrån egen forskning tillsammans med kollegor (Langius et al. 1992), dels när han tog del av andras forskning på området (Antonovsky 1996b). Stabilitet skulle framförallt avse *starkare Kasam* medan *måttlig och svag* antogs uppvisa större variation över tid.

Flertalet studier av såväl *Kasam-29* som *Kasam-13* har skett vid ett tillfälle eller med test-retest inom i huvudsak korta tidsperioder med syfte att pröva formulärets reliabilitet (se ovan). Flera forskare pekar på svårigheterna att visa på någon stabilitet i *Kasam* över längre tidsperioder än 1 år. Sagy et al. (1990) visar i en ett års uppföljning av pensionärer i Israel på låg stabilitet ($r = .52$). Flera studier visar på värden för stabilitet upp till 5 år från 0.67 till 0.82 (Feldt et al. 2000; Kivimäki et al. 2000; Schnyder et al. 2000; Smith et al. 2003; Veenstra et al. 2005; Feldt et al. 2005a). Smith & Meyer (1997) visar på att *Kasam* stärks med ökande ålder medan

andra visar på sjunkande *Kasam* (Larsson & Setterlind 1990; Nilsson et al. 2003). Nilsson et al. (2003) hävdade utifrån en longitudinell studie över 5 år på en signifikant sänkning av *Kasam-13* beräknat på hela populationen. Störst var sänkningen för de med diagnostiserade hjärt- och kärlsjukdomar och/eller diabetes samt bland dem som tillhörde åldersgruppen 65 – 74 år. Sänkningen var statistiskt signifikant för såväl kvinnor som män för vilka en förändring skett i *självskattad hälsa och socialt stöd* men inte för övriga.

Att *Kasam-29* blir signifikant högre relaterat till *förankring på arbetsmarknaden* bekräftades av Kalimo et al. (2003) vid en 10-års uppföljningsstudie. Kalimo et al. redovisade även att personer som inte uppvisade utbrändhetssymtom hade signifikant högre *Kasam-29* vid andra undersökningstillfället medan de som uppvisat utbrändhetssymtom hade signifikant lägre *Kasam-29*.

Feldt et al. (2005b) prövade om det framkom signifikanta skillnader i förändring av *Kasam-29* som går att relatera till om respondenterna var under eller över 30 år. Resultaten från 5-års uppföljningsstudie (91 % män) gav ett visst empiriskt stöd för Antonovskys hypotes att *Kasam* stabiliseras vid ungefär 30 års ålder.

Enbart två studier har identifierats som med longitudinella data prövat om *Kasam* stabiliserats vid ungefär 30 års ålder (Feldt et al. 2003; Smith et al. 2003). Feldt et al. (2003) gjorde vid en tidigare studie med ovan refererade grupp en indelning av respondenterna i två åldersgrupper, under respektive över 30 år. Ingen skillnad i stabilitet framkom mellan den äldre och den yngre gruppen. Av undersökningsgruppen befann sig 40 % i åldern 25 - 29 år och 60 % i åldern 35 - 40 år. Feldt et al (2003) argumenterar för att åldern mellan olika grupper i jämförande studier bör var stor för att få klarhet över eventuella skillnader i stabilitet och medelvärdesförändringar i *Kasam* vid olika åldrar. Stabilisering av *Kasam-13* får inte heller stöd vid epidemiologisk forskning. Smith et al. (2003) presenterar data från en fyra års uppföljning. Resultat presenterades i två grupper, 18 - 30 år samt 30 - 64 år. För den yngre gruppen (n= 1904), var test-retest korrelationen $r = .42$. För den äldre gruppen (n= 4 886) var korrelationen $r = .45$. Korrelationerna var alltså i stort sätt de samma oberoende av åldersgrupp. För hela undersökningsgruppen rapporterades att 34 % hade förändrat *Kasam-13* +/- 10 %. Förändringar var vanligast för dem som beskrevs ha okvalificerat arbete, lägre anställningstrygghet, mindre möjlighet till självständigt beslutsfattande samt lägre inkomst.

Kasam-29/-13 används som utfallsmått vid psykosociala, psykoterapeutiska och barnpsykiatriska behandlingsinsatser (Hansson & Cederblad 1995a; Lundqvist 1995a; Sundelin 1999; Lundqvist 2005; Lundblad 2005; Chen 2006; Olsson 2007). Signifikanta förändringar i *Kasam-29/-13* rapporterades över kortare tidsperioder än 1 år. Syftet med test-retest i dessa sammanhang är att undersöka om interventionerna ger utslag i förändrade nivåer i *Kasam* inte pröva instrumentets reliabilitet. Positiva förändringar i *Kasam-29/-13* indikerar att reliabilitetskoefficienten är lägre liksom vid negativa livsomställningar men det återstår att empiriskt pröva.

Resultaten pekar på att *Kasam-29* inte är stabil över tidsperioder längre än ett 1 år vilket stödjer den reviderade ståndpunkt Antonovsky intog efter publiceringen av *Hälsans mysterium* 1991 (Antonovsky 1996d). Mönstret för stabiliteten är samma oberoende av om respondenterna är yngre eller äldre än 30 år. Skillnader i *Kasam* har framkommit som sammanhänger med förankring på arbetsmarknaden, inkomst, yrkesstatus men även med hälsfaktorer särskilt för äldre respondenter.

Kasam som kontinuum och dikotomi

Som regel presenteras data från olika undersökningsgrupper med medelvärden för *Kasam-29/-13* (Antonovsky 1991, 1993a; Hansson & Cederblad 1995a; Eriksson & Lindström 2005; Olsson et al. 2006). Antonovsky (1991) föreslog att kontinuumet för *Kasam-29* kunde delas in i *tertiler* (*tertiles*), *Svag*, *Måttlig* och *Stark Kasam* eller *kvintiler* (*quintiles*) (se bilaga 2). Poppius et al. (1999) benämnde kvintilerna för *Kasam* som *lowest*, *rather low*, *medium*, *rather high*, *highest* (a.a., s. 114). Kategorisering av *Kasam* i styrka har gjorts i ett antal studier med syfte att beräkna om det fanns av skillnader i mönster av samvariation med andra variabler.

Några forskare har valt att dikotomisera i *Låg* och *Hög Kasam* (Shiu 1998; Starrin et al. 2001; Håkansson et al. 2003; Hakanen et al. 2007). Indelning har gjorts med olika metoder. Håkansson et al. (2003) gjorde indelning i *Låg* och *Hög Kasam-29* utifrån medianvärdet medan Hakanen et al. (2007) gjorde indelningen utifrån det som beskrevs som en latent faktorstruktur.

Flertalet studier har använt kategorisering som överensstämmer med Antonovskys (1991) betoning av nivåer på *Kasam* längs ett kontinuum (Langius & Björvell 1993, 1996; Cederblad et al. 2003; Poppius et

al.1999; Poppius et al. 2003). Langius & Björvell (1993, 1996) delade in värdena för *Kasam-13* i percentiler, *Låg/Svag* (low/weak), *Måttlig* (moderate) och *Hög* (high). Den lägsta och högsta utgjorde 25 % vardera medan måttlig uppgick till 50 %. Denna indelning har även använts av andra för *Kasam-29* även om benämningarna skiljer sig något (Cederblad et al. 2003; Nilsson et al. 2003).

Olsson (2007) kategoriserade i *Svag, Måttlig och Stark Kasam-29*. Gränsvärden för svagt respektive *starkt Kasam-29* valdes till +/- en standardavvikelse. *Svagt Kasam-29* uppgick till ≤ 127.9 för kvinnor och ≤ 125.5 för män. *Starkt Kasam-29* för kvinnor uppgick till ≥ 160.1 medan det för männen uppgick till ≥ 164.5 . Referensgruppen som användes var socio-nomstuderande vilka befann sig i motsvarande ålder som Olssons undersökningsgrupp.

Skillnader framkommer i indelningen av grupper i *Svag till Stark Kasam*. Gemensamt är att undersöka skillnader i förändringar och samvariation mellan *Kasam-29/-13* på olika nivåer och till andra mått. Följande avsnitt om *Kasam* och prediktion ger exempel på denna användning.

Kasam och prediktion

Kasam-29 och prediktion redovisas här utförligare då det har relevans för socialt arbete. Antonovsky (1991) antog att en person med högre *Kasam* utsätter sig för mer *Kasamprovocerande aktiviteter* vilket skulle bidra till att stärka deras *Kasam*. En fråga som flera forskare fokuserat på är om det är möjligt att utifrån en individs *Kasam-29* vid ett visst tillfälle predicera kommande utfall avseende *mortalitet, hälsotillstånd, sjukfrånvaro* m.m. (Langius 1995; Berg & Andersen 2001; Cederfjäll et al. 2001, 2002; Poppius et al. 2003; Shiu 2004; Bergh et al. 2007). Poppius et al. (2003) kunde med kategorisering i *Svag, Måttlig* och *Stark Kasam* i en epidemiologisk studie visa att personer med *Svag Kasam-29* hade en högre mortalitetsfaktor än de som hade *Måttlig* eller *Stark Kasam-29*. Patienter med *lägre Kasam-29* hade svårare att ta till sig information om konsekvenserna av kirurgiska ingrepp vid cancer i munhålan (Languis 1995).

Här presenteras ett par exempel med anknytning till socialt arbete. Berg & Andersen (2001) konstaterade i en studie i Norge att mortalitet hos narkotikamissbrukare efter genomgången behandling var oförutsägbar oberoende av vilken behandlingsform som använts. Institutionsbehand-

ling, samtals- och psykosociala rehabiliteringsinsatser var några av de vanliga insatserna. Man antog att avsaknad av krav på att följa specifika behandlingssteg var viktiga för att utfall var svåra att predicera. Såväl klienter som behandlare uppfattades fritt kunna välja insatser. För att matcha klienters behov med olika behandlingsinsatser försökte man utveckla olika instrument som kunde användas som underlag för urval. Klienter intervjuades och besvarade frågor från *Kasam-13* i en samtalsituation. Högre *mortalitet* korrelerade signifikant med *lägre Kasam*. Med hänvisning till en tidigare studie med samma undersökningsgrupp kunde man även visa att *lägre Kasam* korrelerade högt med fler avbrutna behandlingar. Klienternas varierande nivåer på *Kasam* och framförallt för de med *lägre Kasam*, hävdade Berg & Andersen, talade för att motivationsarbete, behandlingsplanering och behandlingsinsatser behövde vara tydligare anpassade efter den enskilde klienten.

Cederfjäll et al. (2002) följde en grupp patienter som genomgick anti-retroviral behandling. Behandlingsformen minskade morbiditet och mortalitet för HIV-smittade patienter. Multipel regressionsanalys visade att nivån på *Kasam-29* kunde predicera i vilken utsträckning patienterna *följde ordinerad behandling (adherent behaviour)*. Patienter med lägre *Kasam-29* missade flest ordinerade antiretrovirala doser per månad. Övriga variabler som tid sedan smittotillfälle, sjukdomsstadium, antal antiretrovirala doser mm. bidrog inte till förklaringen av variansen. Forskarnas slutsats var att utvecklande av en vårdande klient- behandlarrelation var betydelsefull för att reducera andelen patienter som inte följde givna ordinationer. *Kasam-29* bedömdes kunna ha stor klinisk betydelse för att identifiera de patienter som behöver ha mest *stöd och aktivt motivationsarbete*.

Shiu (2004) visade i en studie av patienter i Hongkong med diagnosen typ 2 diabetes att det inte fanns några skillnader i hur patienter hanterade sitt tillstånd som gick att relatera till nivå för *Kasam-13*. Shiu fann inte några samband mellan *Kasam-29* och följsamhet till ordinationer på det sätt som presenterades ovan. En diskussion fördes om att det kan vara hälsofrämjande och konstruktivt att inte alltid följa givna ordinationer. Hänvisning gjordes till en studie (Hunt et al. 1998) där samtliga medverkande beskrevs försöka hantera sin diabetes men att ingen fullständigt följde givna ordinationer. Shiu (2004) konstaterade att det finns andra värden i livet än att hantera sina sjukdomstillstånd. Detta betraktas överensstämmande med Antonovskys (1991) teoretiska antaganden även om det inte ger utslag på någon skala.

Bergh et al. (2007) undersökte i en longitudinell studie om det gick att identifiera skillnad i *Kasam-13* relaterat till låg (n= 531) respektive hög (n= 132) *besöksfrekvensbesök vid vårdcentral, långtidssjukskrivning* (long-term sick leave) och/eller *förtidspensionering* (disability pension). Inga signifikanta skillnader i *Kasam-13* framkom inom respektive grupp. Skillnad framkommer däremot i hur stor andel i respektive grupp som varit med om att en *nära anhörig eller vän avlidit*. Det var kroniska sjukdomar som var den största prediktorn för långtidssjukskrivning och förtidspensionering. Vid logistisk regressionsanalys bidrar inte *Kasam-13* till förklaring av andel långtidssjukskrivna och förtidspensionerade mellan grupperna. De frekventa besökarna (n= 186) uppvisade däremot signifikant lägre *Kasam-13* än en kontrollgrupp (n= 450). De frekventa besökarna hade inte mindre nätverk men väl lägre *Kasam*.

Tidigare forskning pekar på att *Kasam* är användbart som indikator för uppläggning av information vid sjukdomstillstånd, nivå på motivationsarbete inför behandlingsinsatser men även val av behandlingsinsatser. Skillnader framkommer dock mellan olika sjukdomstillstånd men även i förhållande till psykosocial problematik. Bristande följsamhet av ordinationer behöver inte vara uttryck för nivån på en persons *Kasam*.

Kasam och sociodemografiska variabler

Antonovsky (1991, 1996a+b) hävdade att *Kasam-29* är ett instrument som mäter ett globalt mått. *Kasam-29* antogs vara *oberoende av nationalitet, kultur, etnisk grupp, social klass, kön, ålder m.fl. demografiska variabler*. Antonovsky (1996b) reserverade sig med att påpeka att frågeformuläret i huvudsak använts i kulturer som präglades av en västerländsk livsstil. Att *Kasam-29* som oberoende av demografiska faktorer har dock inte stått oemotsagt (se sidan 38).

Ålder och kön

Stabiliteten i *Kasam* över tid, vilket presenterats ovan, liksom att frågeformuläret skulle vara könsneutralt har diskuterats av flera forskare (Tishelman 1996; Geyer 1997; Feldt et al. 2003; Smith et al. 2003; von Bothmer & Fridlund 2003). Här presenteras resultat från tvärsnittsstudier samt longitudinella studier där relationen *ålder, kön* och *Kasam* presenterats.

Ålder och kön: Tvärsnittsstudier

Studier av *Kasam* finns presenterade för grupper i olika skeden av livet. Eriksson & Lindstöm (2005) visade på att *Kasam-29/13* tenderar att vara högre med stigande ålder. Personer med god psykisk och fysisk hälsa antogs ha högre *Kasam* samt leva längre. Högre *Kasam* hos äldre bedömdes inte förklaras av att *Kasam* blir starkare, utan av att de som lever längre och därmed kan medverka i en tvärsnittsstudie sedan tidigare haft högre *Kasam*. Smith et al. (2003) visade däremot i en epidemiologisk studie från Kanada på att *Kasam* sjunker vid stigande ålder, framförallt för kvinnor med försämrad inkomst. Larsson & Setterlind (1990) bekräftade sjunkande *Kasam* i relation till stigande ålder i en studie utförd i Sverige.

Smith & Meyer (1997) visade på en positiv korrelation mellan *Kasam* och *ålder* för studerande i åldersspannet 17 - 54 år ($M = 23.3$, $sd = 6.4$). Några skillnader i relation till kön framkom inte. Hagquist & Andrich (2004) bekräftar detta när de visade på marginella skillnader i *Kasam-13* mellan flickor och pojkar som skulle bli 18 år det år undersökningen genomfördes. Man fann skillnader i hur flickor och pojkar besvarar några av formulärets item. Hagquist & Andrich (2004) reflekterade över om det fanns behov att konstruera om några frågor så att de blir mer könsspecifika, men drog slutsatsen att det inte var motiverat utifrån deras material. I en studie av universitetsstuderande fann von Bothmer & Fridlund (2003) en signifikant skillnad i *Kasam* mellan kvinnor och män. Liksom Hagquist & Andrich (2004) föreslog man studier som närmare undersöker om det finns skillnader i hur frågor besvaras beroende av kön. Skillnaden i *Kasam* tolkades bero på att 75 % av undersökningsgruppen var under 30 år. Man refererade till Antonovsky ståndpunkt om stabilisering av *Kasam* vid 30 års ålder. Feldt et al. (2005) fann inga skillnader i *Kasam* som gick att relatera till kön för 42-åriga respondenter i en normalpopulation i Finland.

Tvärsnittsstudier pekar på att *Kasam* inte entydigt går att relatera till *ålder* eller *kön*. Några studier pekar på stigande och andra på sjunkande *Kasam* med stigande ålder. Resultat pekar på att omgivningsfaktorer är av betydelse för såväl nivå som förändringar i *Kasam*. Tvärsnittsstudier synes otillräckliga för att klargöra frågan om relationen *ålder* och *Kasam* samt *kön* och *Kasam*.

Ålder och kön: Longitudinella studier

Det finns få longitudinella undersökningar som bidrar till att kasta ljus över relationen *Kasam-29* och ålder. Vid uppföljningar som gjorts 3 till 10 år efter första undersökningstillfället framkommer i huvudsak inga eller enbart små skillnader i medelvärden för *Kasam-29/-13* i undersökningsgrupper vars medelålder överstiger 30 år (Kivimäki et al. 2000; Virtanen & Koivisto 2001; Suominen et al. 2001; Kuuppelomäki & Utriainen 2003; Kalimo et al. 2003). När skillnader mellan könen framkommer beskrivs de återkommande som marginella. Samtidigt poängterade man att det är viktigt att göra ytterligare studier med syfte att klargöra eventuella skillnader mellan kön och vad det i så fall kan bero på (von Bothmer & Fridlund 2003; Volanen et al. 2004). Nilsson et al. (2003) presenterar signifikant sjunkande *Kasam-13* för såväl kvinnor som män i en normalpopulation vid en 5 års uppföljning. Undersökningsgruppen var indelad i två åldersgrupper, 25 - 44 samt 45 - 74 år. Båda grupperna uppvisade signifikant sjunkande *Kasam-13*. *Kasam-13* sjönk mest för de i åldersgruppen 45 - 74 år. För en klinisk grupp med identifierade sjukdomstillstånd, (magproblem, hjärt- och kärlsjukdomar och/eller diabetes) sjönk *Kasam-13* mer än för normalpopulationen.

Vid genomgång av aktuell forskning är resultaten motsägelsefulla avseende relationen *ålder* respektive *kön* och *Kasam-29/-13*. Skillnaderna kan förklaras av att det är olika grupper som jämförs. Samvariation av en mängd faktorer framträder här liksom vid granskningen av stabiliteten av *Kasam* över tid. Ålders- och könsfördelning i undersökningsgrupperna varierar liksom undersökningsgruppernas socioekonomiska position.

Socioekonomisk position

Feldt et al. (2005) konstaterade, i en översikt över studier som behandlade *Kasam* och socioekonomisk position, att det inte fanns några entydiga samband mellan vuxnas *Kasam-29/-13* som gick att relatera till deras föräldrars socioekonomiska position under uppväxten. Inga skillnader framkom som gick att relatera till kön. Resultaten bekräftas av studier med andra såväl kliniska som icke kliniska grupper (Nilsson et al. 2000; Smith et al. 2003; von Bothmer & Fridlund 2003). En longitudinell studie av Kalimo & Vuori (1991) visade på att män som hade lägre utbildning än sin far även hade lägre *Kasam-13* medan det inte framkom något samband med föräldrarnas socioekonomiska position för kvinnor. Sagy & Anto-

novsky (2000) visade däremot att *Kasam-13* för *pensionärer* signifikant korrelerade med deras *föräldrars utbildningsnivå*. Med yngre respondenter framkom inte något sådant samband. Poppius et al. (2003) undersökte samband mellan *yrke*, *mortalitet* och *Kasam-29* för yrkesverksamma män. Akademiker, administratörer och tjänstemän uppvisade signifikant högre medelvärden för *Kasam-29* ($p < .001$) än män med manuellt arbete. Vid genomgång av litteraturen har ingen motsvarande studie där kvinnor medverkar identifierats. Socio-ekonomisk-position kan även klassificeras utifrån inkomst. Duetz et al. (2003) fann en svag positiv korrelation mellan inkomst och *Kasam-29*, men inget samband med utbildningsnivå. *Kasam* synes inte ha någon direkt relation till föräldrarnas socioekonomiska position. Utifrån de resultat som bl.a. Feldt et al. (2005) samt Smith et al. (2003) presenterat verkar *Kasam* och *socio-ekonomisk-position* vara två av varandra oberoende variabler, som tillsammans bidrar till att förklara skillnader i hälsotillståndet i vuxen ålder.

Flera studier pekar på att relationen mellan barn och föräldrar och föräldrarnas sätt att uppfostra sina barn har större betydelse för hur *Kasam* utvecklas (Sagy & Antonovsky 2000; Ebert et al. 2002; Kivimäki et al. 2002). En barn-centrerad uppfostran, vilket definieras som att barnet får ta del i beslutsfattande i familjen, främjar en positiv utveckling av *Kasam* (Sagy & Antonovsky 2000). Volanen et al. (2004) bekräftar att psyko-emotionella (*psycho-emotional*) resurser snarare än socioekonomiska omständigheter avgjorde nivån för *Kasam-29*. Förutom relationen mellan barn och föräldrar har även barnets skolprestationer betydelse för utvecklingen av *Kasam* (Feldt et al. 2005). Om skolans utmaningar kan hanteras på ett framgångsrikt sätt främjas det Antonovsky benämner som barnets *generella motsståndsresurser*. Detta bidrar till att hantera belastning på ett sätt som främjar erfarenheter av att svårigheter går att övervinna, varvid *Kasam* stärks (Antonovsky 1991).

Sammanfattningsvis pekar tidigare forskning på att det är föräldrarnas uppfostringsstil snarare än deras yrke, utbildning eller inkomst som förklarar skillnader i *Kasam-29*.

Civilstånd och barn.

Civilstånd och *Kasam-29* relaterar till det Antonovsky (1991, 1996d) benämnde *kulturell kanon* men även till stabilitet över tid. I en studie av socialarbetare i England visade Baker et al. (1997) att *civilstånd*, *gift eller*

ogift, signifikant bidrog till att förklara *Kasam-13*. Beräknat med t-test för oberoende grupper (Ferguson 1959) hade socialarbetarna som var gifta signifikant högre medelvärde för *Kasam-13* än ogifta. Hood et al. (1996) bekräftade dessa resultat när de fann svaga signifikanta positiva korrelationer mellan *Kasam-13* och att vara gift eller samboende samt svaga negativa korrelationer mellan *Kasam-13* och att aldrig ha varit gift eller samboende.

Djurestad et al. (2000) jämförde *Kasam-29* mellan en icke-klinisk och en klinisk grupp gifta par och samboende som hade barn. Den kliniska gruppen gick i parterapi. Den icke kliniska gruppen med föräldrar hade signifikant högre *Kasam-29* än den kliniska gruppen ($t= 11.2, p < .001$).

von Bothmer & Fridlund 2003 redovisade *Kasam-29* för högskolestuderande män och kvinnor uppdelat efter om de hade partner eller var ensamstående. Ingen skillnad framkommer vid t-test för oberoende grupper (Ferguson 1959) mellan män som var ensamstående och de som hade en partner. Kvinnor utan partner uppvisade däremot signifikant lägre *Kasam-29* än de som hade en partner.

Kliniska grupper uppvisar signifikant lägre *Kasam-29* än icke-kliniska grupper i tidigare studier. Resultat pekar på att gifta och samboende har signifikant högre *Kasam-29/13* än ensamstående. Eventuella skillnader mellan gifta och samboende är svårbedömt då det finns få studier som redovisar dessa separat. Några data tyder på att det kan finnas skillnader i relationen mellan civilstånd och *Kasam-29/13* relaterat till kön.

Kultur

Flertalet studier med *Kasam* har gjorts i industrialiserade länder (Antonovsky 1993a, 1996a; Cederblad et al. 2003). När studier gjorts i icke-industrialiserade länder har de som regel starkt präglats av västerländsk kultur. Utförligare exempel ges då resultaten pekar på att det inte finns stöd för Antonovskys (1991) ståndpunkt att *Kasam*formuläret mäter ett *globalt förhållningsätt* som är *nationellt och/eller kulturellt oberoende*.

*Kasam*formuläret har översatts till flera språk, inklusive sydostasiatiska. Formuläret har använts i begränsad utsträckning i icke-industrialiserade länder medan det finns studier av specifika grupper av t.ex. flyktingar från Vietnam och Kambodja (Ying et al. 1997). Nivån för *Kasam* har visat sig vara en förklarande faktor för skillnader i stresshantering oberoende av vilket språk det översatts till (Cederblad et al. 2003).

Tvårkulturell validering av *Kasam-29* har gjorts genom att jämföra olika etniska/kulturella grupper inom ett land och mellan resultat från studier från olika länder och världsdelar (Bowman 1996, 1997; Ying et al. 2000, 2001; Ben-David & Leichtentritt 1998; Tsuno & Yamazaki 2007; Lee et al. 2002). Cederblad et al. (2003) visade att *Kasam-29* var signifikant lägre för respondenter som bodde på landsbygden än för boende i städer i Thailand. Lägst *Kasam* hade de som befann sig i en brytpunkt mellan mer traditionell levnadsstil och vad som beskrevs som en moderniserad levnadssituation. Tsuno & Yamazaki (2007) undersökte *Kasam-29* relaterat till psykosociala faktorer för boende i städer respektive på landsbygden i Japan. Mönstret i korrelationerna mellan *Kasam-29* och psykosociala faktorer skilde sig mellan grupperna. *Kasam-29* korrelerade signifikant med ekonomisk status, planer för boende, band till anhöriga samt humor för boende i städer, men inte för boende på landsbygden. Medelvärdet för *Kasam-29* var signifikant högre för stadsborna. Detta bedömdes bero på högre självkänsla, bättre ekonomiska villkor och mer socialt stöd. Socialt stöd beräknades utifrån antal stödmöjligheter inte deras djup. Bowman (1996, 1997) visade på samma nivåer för *Kasam-29* i en komparativ studie av universitetsstudenter ”Native-americans and Anglo-americans”. Detta trots att socialisationsprocessen skilde sig åt i flera avseenden, t.ex. hur man såg på självständighet och oberoende från ursprungsfamiljen, moraliska och religiösa värderingar, rekreation men även socioekonomisk position och uppväxt i stadsmiljö alternativt landsbygd, i detta fall reservat. Ben-David & Leichtentritt (1998) fann däremot skillnader beroende på kulturell tillhörighet i en studie som jämförde israeliska studenter med etiopiska. För de etiopiska studenterna hade familjestöd större betydelse än *Kasam* för studieresultat, hur nöjda man var med studierna, självupplevd kompetens och inlärningsförmåga.

Ying et al. (2000) visade ingen signifikant skillnad avseende *Kasam-29* i en komparativ studie i USA av immigrerade samt inom landet födda ungdomar med kinesiskt ursprung. Signifikant skillnad framkom däremot mellan den grupp som var tvåspråkig och de som enbart talade engelska, till den första gruppens fördel. De som upplevde stolthet över såväl amerikansk som kinesisk kultur hade också högre *Kasam* än de som i huvudsak föredrog kinesisk kultur. Undersökningsgruppen var boende i ett område som beskrevs som mångkulturellt med hög acceptans för olika kulturer. I en annan studie av studenter, som definierades som ”Asian, White, African, Hispanic and Multiracial”, framkom att de som definierats som vita

och utgjorde majoritetskulturen hade signifikant högre *Kasam-29* än övriga grupper (Ying et al. 2001). Området de bodde i beskrevs ha låg mångkulturell acceptans, uttalade gränser mellan minoritetsgrupper och en större majoritetskultur. Ying et al. (2000, 2001) pekade, liksom Cederblad et al. (2003), på att befinna sig i transformationer eller spänning mellan kulturer hade betydelse för *Kasam*. Transformationer påverkade känslan av tillhörighet till en majoritets- eller minoritetskultur. Deras studier visade på att minoritetsgrupper hade samma nivåer på *Kasam* som majoritetskulturen om gruppen var tillräckligt stor, och att miljön var utpräglat multikulturell. Minoritetsgrupper som var mer isolerade och hade litet utbyte med personer i majoritetskulturen, t.ex. i form av sociala nätverk, uppvisade en lägre *Känsla av sammanhang*. En förklaring beskrevs vara att de i högre utsträckning var utsatta för diskriminering.

Finns det skillnader i hur Likertskalor besvaras och förstås som går att relatera till kultur? Lee et al. (2002) visade att olika sätt att uppfatta Likertskalan kunde bidra till förklaring av skillnader i medelvärden i *Kasam-13* mellan grupper. Man visade på skillnader i hur individer som identifierade sig som *kineser*, *japaner* eller *amerikaner* (anglo-americans) svarade på *Kasam*formuläret. Respondenterna fick välja att besvara *Kasam-13* med fyra, fem eller sju svarsalternativ för varje item. Respondenterna fick även välja formulär på kinesiska, japanska eller engelska. De japanska respondenterna rapporterades ha haft störst svårigheter med *Kasamskalan* som helhet, medan de kinesiska respondenterna i större utsträckning hoppade över frågor. Både de japanska och de kinesiska respondenterna tenderade i större utsträckning än de amerikanska att markera mittalternativet på frågor sammanhängande med positiva känslor. Validiteten för skalan tenderade att vara högre för kinesiska och amerikanska respondenter när fyra svarsalternativ användes, medan den var högre för de japanska respondenterna när sju alternativ användes. Lee et al. (2002) drog slutsatsen att det fanns skillnader i svarsmönster relaterat till kultur. *Kasam-13* korrelerade positivt med upplevd hälsa för de tre grupperna.

Tidigare forskning pekar på att *Kasam* är lägre för dem som befinner sig i transformation mellan olika kulturer. Vid transformation synes förankring, stolthet och respekt för ursprungskulturen vara av betydelse för nivån på *Kasam*. Detta stödjer Antonovskys (1979, 1991, 1993b) påpekande om betydelsen av en *kulturell kanon* som bidrar till att hantera och begripa tillvaron på ett sammanhängande sätt. Samtidigt framkommer svårigheter att jämföra såväl olika kulturer som befolkningsgrupper inom

ett enskilt land boende i städer respektive på landsbygd. Detta då variabler synes bidrar till att förklara *Kasam* på olika sätt beroende på sammanhang. *Kasams* predicerande förmåga visar sig vara olika, beroende på kulturella faktorer vilket även diskuterats i tidigare forskning (Tishelman 1996; Geyer 1997). Skillnader i sätt att svara på Likertskalor, såväl som antal svarsalternativ för varje item, talar även för försiktighet i att jämföra medelvärden för *Kasam* mellan olika kulturer och dra slutsatser om upplevelse av *Känsla av sammanhang*. Mycket talar för att även om *Kasam* är ett globalt mått så är det som mäts med *Kasam-29* inte globalt jämförbart mellan olika kulturer.

Kasam som beroende variabel

Antonovsky (1979, 1991) hävdade, vilket kommenterats tidigare, att *Kasam-29* har likheter med flera andra test t.ex. *Locus of Control* (Rotter 1966), *Hardiness* (Kobasa 1979), *Self-efficacy* (Bandura 1977) och *Learned Helplessness* (Seligman 1975). *Kasam-29* presenterades dock omfatta något mer än dessa koncept. Detta avsnitt belyser tidigare forskning där validitet för *Kasam-29/Kasam-13* prövats utifrån korrelationer till andra begrepp och multipla regressionsanalyser. Begrepp som tas upp är dels sådana som Antonovsky refererade till i olika texter, dels andra som vidare forskning efter Antonovsky fört in. Resultat från studier med *Kasam*formulär som förkortats med något item eller genomförts i intervjuform presenteras i ett par fall då medverkande grupper är av särskilt intresse för socialt arbete. Korrelationer benämns i det följande indelade i fyra kategorier:

< 0.30	Svaga
≥ 0.30 – < 0.60	Måttliga
≥ 0.60 – < 0.80	Starka
≥ 0.80	Mycket starka

Samvariation mellan *Kasam-29/13* och andra begrepp presenteras i huvudsak utifrån studier med icke kliniska grupper. För mer komplett översikt av samvariation för kliniska grupper hänvisas till Hansson & Cederblad (1995a), Eriksson & Lindstöm (2005) samt Olsson et al. (2006). Kliniska grupper definieras här som medverkande i undersökningar utifrån att de tillhör en patientkategori eller har specifika diagnoser eller är anhö-

riga till dessa. Flertalet studier med *Kasam-29* har gjorts med medverkande av kliniska grupper. Icke kliniska finns ibland med som kontrollgrupper. Antalet respondenter är mycket varierande i artiklar presenterade i vetenskapliga tidskrifter. Artiklar baserade på *Kasam-29* bygger på data allt från 15 kärnkraftsoperatörer i Bulgarien (Dalbokova 1995) till 4 405 medelålders yrkesverksamma män i Finland (Poppius 1999). *Kasam-13* har använts i större studier upp till 17 626 i Kanada för en grupp som beskrivs som *General population* (Wolff & Ratner 1999) och störst grupp i en finsk epidemiologisk studie med 18 525 medverkande i Finland (Feldt et al. 2007). Enbart fyra studier finns presenterade i internationella vetenskapliga tidskrifter t.o.m. juli 2007 som presenterar data med *Kasam-13* med specifikt socialarbetare som respondenter (George 1996; Baker 1997; Gilbar 1998; Söderfelt 1997, 2000). Vid genomgång av tidigare forskning framkommer referens enbart till en studie där socialarbetare besvarat *Kasam-29* (Hansson & Cederblad 1995a; Olsson 2006). Gruppen som refereras till presenteras på sidan 78.

Följande framställning är organiserad i fyra delar, på samma sätt som Antonovsky (1993a) gjorde i en översiktsartikel. Första delen hänvisar till instrument vilka liksom *Kasam* mäter en global uppfattning av, (A) *själv och omgivningen*, andra delen (B) avser *upplevelse av stressorer*, tredje delen (C) tar upp studier med *Kasam* och instrument som mäter *självs kattad hälsa, sjukdom samt välbefinnande*. Sista delen (D) refererar till *Kasam* och *attityder och beteenden*. Kort information ges om några av de medverkande grupper för att ge läsaren en bild av i vilka sammanhang data samlats in. Sammanfattning av resultat görs efter varje del.

A: Uppfattning om själv och omgivning

Under denna rubrik sorterar test som refererar till variabler som: *anknytning* (Uren & Wastell 2002; Ying et al. 2007), *personlighetsvariabler* (Bigler et al. 2001; Ebert et al. 2002; Strümpfer et al. 1998a; Sammallahti et al. 1996), *temperament* (Andersson et al. 1993; Hansson & Cederblad 1995a; Eklund et al. 2004), *ångest/rädsla* (Edwards & Holden 2001; Gana 2001; Languis 1995; Feigin et al. 1996), *depression och känsla av hopplöshet, kontroll, optimism och mening i tillvaron* (Bowman 1996; Bigler et al. 2001; Edwards & Besseling 2001; Smith & Meyer 1997; Ebert et al. 2002; Pallant & Lae 2002), *medkänsla och empati* (Pålsson et al. 1996; Ortlepp & Friedman 2001, 2002).

Anknytning

Antonovsky (1979, 1991) kommenterade att Bowlbys anknytningsteori hade gemensamma nämnare med *Känsla av sammanhang*, specifikt till delkomponenten *Begriplighet*. Korrelationen mellan anknytning mätt med *The Adult Attachment Scale* och dess två subskalor, *Closeness* samt *Anxiety* visade på måttliga signifikanta korrelationer med *Kasam-29* för kvinnor som haft missfall (Uren & Wastell 2002). Uren betraktade självskattningsformuläret *Kasam* som en operationalisering av Bowlbys *internal working models* vilket är en central begrepps konstruktion inom anknytningsteori. Al-Yagon & Margalit (2006) visade på signifikanta måttliga korrelationer mellan nivån på *Barn-Kasam* och mått på *trygg anknytning till lärare* (teacher as a secure base) samt *känslor av ensamhet* (loneliness) bland yngre skolbarn med svårigheter att läsa. I en studie av amerikanska studenter med kinesiskt ursprung framkom att förklarad varians av *Kasam-29* predicerades av starkare anknytning till föräldrar och syskon ($r^2 = .41$, $p < .001$) mätt med *The Inventory of Parent and Peer Attachment* (Ying et al. 2007).

Resultaten visar på måttlig signifikant samvariation mellan mått på *Kasam* och *trygg anknytning*.

Personlighetsvariabler

En fråga är om *Kasam-29* är konstruerat för att mäta en personlighetsegenskap. Antonovsky hävdade att så inte var fallet vilket inte hindrar höga korrelationer med *the Big Five*⁵ (Ebert et al. 2002). Ebert et al. visade på starka signifikanta korrelationer mellan *Kasam-29* och *Neuroticism* i en studie med studenter vilka besvarade *NEO Five factor inventory*. Bigler et al. (2001) visade på mycket starka korrelationer mellan *Kasam-29* och *generell nöjdhet* (General Contentment Scale) samt *affektbalans* (Affect balance) och mycket starka till *depression och ångest* (Costello-Comprey Depression and Anxiety Scale). Strümpfer et al. (1998a) konstaterade utifrån en studie med en normalpopulation att *Kasam-29* mäter något mer än motsatsen till *Neuroticism*. Måttliga och starka signifikanta korrelationer framkom med flera skalor som mäter *positiv och negativ affekt*, *extraversion*, *neuroticism*, *ångest och depressions*, *emotionell stabilitet* m.m. Med mul-

⁵ Beskrivs som de mest grundläggande personlighetsdimensionerna inom traitspsykologin: neuroticism, extraversion/introversion, öppenhet, vänlighet och målmedvetenhet (Hwang et al. 2005)

tiple stegvis regressionsanalys konstaterade man att 25 - 47 % av variansen i *Kasam-29* inte förklarades av personlighetsvariabler som nämnts ovan. Strümpfer et al. (1998a) menade att det därmed gavs stöd för att *Kasam-29* mäter ett bredare koncept som inte går att reducera till en personlighetsvariabel.

Under denna rubrik ryms även personlighetstest som mäter försvarsstilar med rötter i psykoanalytisk teori som *Bonds Defense Style Questionnaire* (DSQ) (Sammallahti et al. 1996). Vid multiple regressionsanalys utifrån en grupp polikliniska patienter med psykiatrisk diagnos, bidrar de 21 i DSQ ingående försvarsvariablerna till att förklara 69 % av variansen i *Kasam-29*. Delskalan *Immature Defence Style* i DSQ korrelerar högst ($r = -.78, p < .001$). DSQ återkommer under rubriken *Depression* nedan.

Det framkommer signifikanta starka negativa korrelationer mellan mått på *Kasam* och personlighetsvariabler som *neuroticism, depression och ångest*. Det talar för att *Svag Kasam* samvarierar med mått på *depression* och *nedstämdhet*. Personer med *Stark Kasam* tenderar att uppvisa en större *Affektbalans* och *Generell nöjdhet*.

Ångest och rädsla

Ångest och rädsla anknyter till föregående rubriker. Det framkommer skillnader i mönster för samvariation mellan *Kasam-29/-13* och *Ångest* samt *Rädsla* beroende på undersökningsgrupp. *Beck Anxiety Inventory* korrelerade signifikant måttligt med *Kasam-29* (Edwards & Besseling 2001) liksom *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Gana 2001). Languis & Björvell (1996) visade på måttliga till starka korrelationer mellan *Kasam-29/-13* och personlighetskaraktäristika mätt med *Karolinska Scales of Personality (KSP)*. I undersökningen medverkade sjuksköterskor, överviktiga patienter samt patienter med cancer i munhåla och svalg. Subskalorna; *Ångestbenägenhet* samt *Aggression* i KSP uppvisade flest och starkast signifikanta korrelationer med *Kasam-29/-13*. Det framkom skillnader i styrkan i korrelationer för den icke kliniska respektive de kliniska grupperna men även mellan de båda kliniska grupperna.

Korrelationerna mellan mått på *Ångest* och *Rädsla* korrelerar måttligt till starkt med *Kasam-29 -13*. En fråga är om det finns ett mönster av starkare korrelationer mellan mått på *Ångestbenägenhet* och *Aggression* i förhållande till *Kasam-29/-13* för olika kliniska grupper.

Temperament

I en studie av temperament med *EAS-skalan* (Buss & Plomin 1984) framkom signifikanta korrelationer med *Kasam-29* för samtliga variabler utom *Aktivitet* (Andersson et al. 1993; Hansson & Cederblad 1995a). Målgruppen var högstadieungdomar. *Kasam-29* korrelerade signifikant måttligt med variablerna *Sociabilitet*, *Emotionalitet- nedstämdhet*, *Emotionalitet- ångest* samt svagt med *Emotionalitet- aggression*. Inga signifikanta korrelationer framkom mellan *Kasam-29* och *EAS-skalans* femte variabel *Aktivitet*. Eklund et al. (2004) använde en förkortad version av *The Temperament and Character Inventory* (TCI) med syfte att undersöka hur temperament relaterade till demografiska faktorer, diagnos och aspekter på psykologisk hälsa för personer med diagnosen schizofreni. När TCI variabeln *self-directedness* fördes in i en stegvis regressionsanalys förklarades 49 % av variationen i *Kasam-13*.

Kasam-29/-13 samvarierar med mått på temperament på måttlig nivå men även att förklarad variansen uppgår till nästan 50 % för en klinisk grupp före demografiska faktorer, diagnos och upplevd hälsa.

Upplevelse av mening, hopp och hopplöshet

Upplevelse av *Meningsfullhet* beskrevs av Antonovsky (1979, 1991) som den mest centrala delkomponenten i *Kasam*. Hög *Begriplighet* och *Hanterbarhet* beskrevs som viktiga men av begränsad betydelse om det saknades motivation vilket komponenten *Meningsfullhet* avsåg att fånga. Steger et al. (2006) beskrev att förutom deras eget *The Meaning of Life Questionnaire* (MLQ) något av följande fyra instrument vanligen använts för att mäta upplevelse av mening, *Sense of coherence* (Antonovsky 1987), *Life Regard Index* (Battista & Almond 1973), *Purpose in Life* (Crumbaugh & Maholick (1964) samt *Personal Meaning* (Reker & Fry 2003).

Edwards & Holden (2001) undersökte om upplevelse av mening i tillvaron hade en modererande effekt på självmordsförsök bland studerande. Starka signifikanta korrelationer framkommer för män avseende *Kasam-29* och *Purpose in Life Test* och *Emotionell-Oriented Coping* enligt *Coping Inventory for Stressfull Situations* (CISS). Måttliga signifikanta korrelationer framkom till *Beck Hopelessness Scale* (BHS) medan svaga för *Avoident-Distraction Coping* enligt CISS. Korrelationerna för kvinnornas vidkommande skilde sig enbart marginellt från männen, förutom avseende upplevelse av hopplöshet (BHS) där den signifikanta korrelationen var stark.

I ovan refererade studie av Uren & Wastell (2002) användes *The Spiritual Orientation Scale* som mått på generell andlig orientering. Inga signifikanta korrelationer framkom till *Kasam-29*. Detta kan jämföras med resultat presenterade av Sagy & Antonovsky (1998) som pekade på starka positiva korrelationer mellan en religiös uppfattning och *Kasam* med en grupp respondenter i Israel. Delgado (2007) visade i en studie från USA på svaga signifikanta korrelationer mellan *Kasam-13* och *spiritualitet* mätt med *the Spiritual Transcendence Scale*.

Mått på *upplevelse av mening* uppvisar starka positiva signifikanta korrelationer med *Kasam-29*. Starka negativa korrelationerna framkom för *emotionellt orienterad coping* samt *upplevelse av hopplöshet*. Inga till starka signifikanta korrelationer framkommer beroende av undersökningsgrupp för *Kasam-29/13* och mått på *andlighet*.

Självkänsla - Självutplåning / Hardiness / Kontroll

Självkänsla och Självutplåning anknyter till Banduras (1977) koncept *Self-efficacy*, vilket Antonovsky (1979, 1991) polemiserade mot. *Rosenberg Self-Esteem Scale* visade på starka signifikanta korrelationer med *Kasam-29* för en grupp collegestuderande (Bigler et al. 2001) respektive en normalpopulation i Australien (Pallant & Lae 2002). Cederblad et al. (2003) uppvisade med samma självskattningsinstrument lägre måttliga korrelationer för vuxna familjemedlemmar i en studie med medverkande i Thailand. Smith & Meyer (1997) studerade *Kasam* i relation till personlighet och stresshantering för universitetsstuderande i USA. Man använde *Self-Efficacy Scale* vilken innefattar två subskalor, *General Self Efficacy* och *Social Self-Efficacy*. Den första subskalan korrelerade starkt medan den andra korrelerade måttligt med *Kasam-29*. *Självkänsla (Self-esteem)* och *Självutplånande (Self-efficacy)* visade på måttliga till starka korrelationer med *Kasam-29*.

Kobasas (1979) *Hardiness* var liksom Banduras (1977) koncept *Self-efficacy* ett mått som Antonovsky (1979, 1991) polemiserade med. Måttlig signifikanta korrelationer har framkommit mellan *Kasam-29* och *Hardiness* (Korotkov & Hannah 1994; Smith & Meyer 1997; Skirka 2000; von Bothmer & Fridlund 2003). Korrelationerna var i studien av von Bothmer & Fridlund högre för män än för kvinnor.

Mått på kontroll uppfattades av Antonovsky (1979, 1991) som individorienterade som inte beaktade möjligheten att använda kringresurser. *Kasam-29* korrelerade på måttlig signifikant nivå med flera mått på kon-

troll såsom *Internal Control Index* (Smith & Meyer 1997), *Mastery Orientation Inventory* (Cederblad & Hansson 1996; Smith & Meyer 1997), *Locus of Control* (Flannery et al. 1994; Cederblad 1996).

Skillnader i korrelationerna framkommer mellan olika kulturer avseende *Kasam-29* och *Självkänsla och Självutplåning*, *Hardiness* samt *Locus of Control*. Resultaten pekar även på att dessa mått som inte täcker in *Kasam-29* vilket överensstämmer med Antonovskys (1991) intention.

Depression

Bowman (1996) presenterade måttliga signifikanta korrelationer mellan *Kasam-29* och *Beck Depression Inventory* (BDI) i en studie av "Native-americans". Carstens & Spangenberg (1997) visade i en studie med samma instrument men med en grupp patienter som beskrevs omfattas av allvarliga depressiva sjukdomar på starka signifikanta korrelationer. För en kontrollgrupp var korrelationerna något lägre på måttlig nivå. Korrelationer på denna nivå återkommer i flera andra studier med icke kliniska grupper (Kaiser et al. 1996; Edwards & Besseling 2001; Tselebis et al. 2001). Gruppen som studerades av Kaiser et al. (1996) besvarade även *Multiscore Depression Inventory* vilket uppvisade starka signifikanta korrelationer med *Kasam-29*. Den depressionsskala som visat högst korrelation med *Kasam-29* ($r = -.90$, $p < .001$) var *Costello-Comrey Depression and Anxiety Scale* (Bigler et al. 2001).

Låga värden för *Kasam-29* visar på måttliga till starka korrelationer med mått på *Depression*. Detta kan uppfattas tala för att höga värden för *Kasam* är mått på motsatsen till *Depression*. Höga korrelationer säger dock enbart något om samvariation inte om orsakssamband.

Medkänsla och empati

Två studier har identifierats som använt skalor som mäter *Empati* (Pålsson et al. 1996; Ortlepp & Friedman 2001, 2002). Pålsson et al. (1996) visade på stark signifikant korrelation för en grupp svenska distriktssjuksköterskor mellan *Kasam-29* och *The Empathy Construct Rating Scale*. Ortlepp & Friedman (2002) undersökte icke professionella "trauma counsellors" i Sydafrika och fann måttliga korrelationer för *Kasam-29* och *The Compassion Satisfaction/Fatigue Test*. Resultaten pekar på att nivån på *Kasam* varierar med mått på *Empati*.

Moral

Det finns forskare som liksom Antonovsky (1991) hävdade att *Kasam* är en skala utan moral (Olsson 2007). Höfer (1997) visade på starka signifikanta korrelationer mellan *Kasam-29* och *PERI Demoralisation Scale* för barn och ungdomar mellan 12 och 24 år. Antonovsky (1991, 1996b) hävdade att *Kasam-29* inte var ett mått på moral och att det var oberoende av moral. Han diskuterade att en nazist som efter 1945 som först blev partipamp i Östtyskland, sedan efter Berlinmurens fall 1989 blev framstående företagsledare mycket väl kan ha *Stark Kasam*. Moral kan uppfattas som ett relativt mått. Resultaten från studiet med ungdomar talar för att *Kasam* samvarierar med den accepterade moraluppfattningen inom en kultur, men att det är oklart om relationen till t.ex. syn på mänskliga rättigheter.

B: Upplevelse av stressorer

Antonovsky (1979, 1991) antog att en person med starkare *Kasam* bättre skulle kunna *Begripa* och *Hantera* vardagslivets såväl små förtretligheter som större svårigheter. McSherry & Holm (1994) visade att personer med lägre *Kasam* upplevde större *ångest* och *aggressivitet* och i mindre utsträckning hade tilltro till egen förmåga att hantera stressfyllda situationer än personer med *Måttlig* eller *Stark Kasam*. Enligt Antonovsky (1991) hade en person med *Måttlig* eller *Stark Kasam* förmåga att mobilisera kraft och aktivera omgivningsresurser som kan bidra till att hantera en stressfylld situation. Lewis et al. (1994) diskuterade hur *personlighet*, *stress*, *coping* och *Känsla av sammanhang* samvarierar i en studie med dialyssjuksköterskor i USA. Man föreslog implementering av behandlingsplanering, organisatoriska stödsystem som handledning och utbildning i hälsofrämjande beteenden. Här presenteras några studier som använt mått på *utbrändhet* i relation till *Kasam*. Upplevelse av *utbrändhet* bedöms som särskilt intressant för grupper som arbetar i människovårdande organisationer (Lewis et al. 1992; Baker et al. 1997; Gilbar 1998; Söderfeldt et al. 2000; Levert et al. 2000; Tselebis et al. 2001; Ortlepp & Friedman 2001, 2002).

Utbrändhet

I flertalet studier där socialarbetare besvarat *Kasam-13* har de även fyllt i *The Maslach Burnout Inventory* (Baker et al. 1997; Gilbar 1998; Söderfeldt et al. 2000). *The Maslach Burnout Inventory* (MBI) utvecklat av Maslach

& Jacksson (Maslach et al. 1996) är det instrument som är vanligast förekommande i studier av utbrändhet tillsammans med *Kasam-29/-13* även för andra grupper t.ex. sjuksköterskor (Lewis et al. 1992; Levert et al. 2000; Tselebis et al. 2001). Förutom MBI har studier identifierats som använt *The Burnout Measure* utvecklat av Shaufeli & Enzmann (1993) i studier med distriktssjuksköterskor (Pålsson et al. 1996). Utifrån teoretiska grunder beskrivs socialarbetare och andra vårdarbetare som uppvisar *Hög utbrändhet* ha *Låg Kasam* (Gilbar 1998). Här följer några exempel från dessa studier⁶.

Baker et al. (1997) visade att *Kasam-13* signifikant måttliga korrelerade med samtliga variabler i *MBI* för en grupp socialarbetare i England. Resultaten bekräftas av Tselebis et al. (2001) i en studie med sjuksköterskor i Grekland. Gilbar (1998) visade i en studie med socialarbetare inom hälso- och sjukvård i Israel på signifikanta måttliga korrelationer mellan *Kasam-13* och såväl *Emotionell utmattning* som *Personlig prestation*. Levert et al. (2000) visade på motsvarande korrelationer för sjuksköterskor inom psykiatrisk vård i Sydafrika. Söderfeldt et al. (2000) genomförde en studie av rehabiliteringsansvariga inom försäkringskassan samt socialsekreterare inom Socialtjänstens Individ- och familjeomsorg. Högre korrelationer framkom mellan *Kasam-29* och *MBI* subskalan *Depersonalisation* (se andra som objekt) än övriga studier, förutom den av Tselebis et al. (2001).

Pålsson et al. (1996) studerade effekter av klinisk handledning med distriktssjuksköterskor. Förutom *Kasam-29* besvarades *The Burnout Measure* (BM). Signifikanta starka korrelationer framkom mellan *Kasam-29* och *BM* ($r = -.69$, $p < .001$).

När *Kasam-29/-13* använts tillsammans med mått på utbrändhet, samvarierade de på ett sätt som i huvudsak stödjer Antonovskys teori. En avvikelse framkommer för hur *Depersonalisation* samvarierar med *Kasam*. För socialarbetare inom hälso- och sjukvård i Israel samt för sjuksköterskor i Sydafrika framkom till skillnad från övriga studier inga signifikanta korrelationer mellan *Kasam* och *Depersonalisation*.

⁶ I Appendix A tabell A6 (sidan 197) presenteras en översikt med korrelationer från studier med MBI och *Kasam-29/-13*.

C: Självsfattad hälsa, sjukdom samt välbefinnande

Antonovsky (1991) antog att *Kasam* samvarierade med självsfattad hälsa. Antonovsky (1996a) uttryckte att hälso- och sjukvård i större utsträckning borde se till hela människan inte enbart hennes diagnoser, t.ex. diabetes eller cancer. Han uttryckte att en *salutogen orientering* måste ta hänsyn till hela personen när följande fråga ställs: "How can this person be helped to move toward greater health" (Antonovsky 1996a, s. 14). Personer med högre *Kasam* antogs möta stressorer och motgångar med framgångsrikare copingstrategier (Antonovsky 1991, 1996a). De antogs även skatta sin hälsa som bättre än personer med låg *Kasam* vilket bekräftats i flera studier (Duetz et al. 2003; Pallant & Lae 2002; Håkansson et al. 2003; Feldt et al. 2005a; Read et al. 2005; Richardson & Ratner 2005). Låg *Kasam* korrelerade signifikant med högre mortalitet (Berg & Andersen 2001; Poppius et al. 2003).

Instrument som mäter hälsa visar på korrelationer med *Kasam-29* mellan $r = .26$ och $r = -.83$. Ett väl spritt instrument är *Självsfattad hälsa* (SRH) vilket uppvisar svaga eller låga måttliga signifikanta korrelationer i olika populationer (Duetz et al. 2003; Hasson et al. 2006). För *Sickness impact profile* redovisades svaga signifikanta korrelationer (Langius & Björvell 1993). Söderhamn & Holmgren (2004) visade att nivån på *Kasam* för fysiskt aktiva äldre samvarierade med upplevd hälsa. De som rapporterade god hälsa hade ett medelvärde för *Kasam* på 151.3 (sd 20.6) medan medelvärdet för de med sämre rapporterade hälsa var 131.4 (sd 24.8).

The Gothenburg Quality of Life Instrument (QoL), ett mått på *Livs kvaliteten*, korrelerade måttligt signifikant med *Kasam-13* för såväl icke-kliniska (Holmberg et al. 2004) som kliniska grupper (Svartvik et al. 2000; Wettergren et al. 2004).

I en normalpopulation framkom starka korrelationer mellan *Kasam-29* och *Leddy Healthiness Scale* (LHS) (Leddy 1996). Korrelationerna var starka mellan *Symptom check list* (SCL-90) och *Kasam-29* för personer i en psykiatrisk högriskgrupp (Cederblad & Hansson 1996). Samma nivå på korrelationer framkom för såväl en kontrollgrupp som för polikliniska patienter med psykiatrisk diagnos (Sammallahti et al. 1996).

Skillnader framkommer i korrelationer för olika mått på hälsa och *Kasam-29/-13*. Självsfattning av hälsa med enbart en fråga (SRH) ger låga korrelationer. Formulär med fler svarsalternativ som avser symtombelastning ger högre måttliga korrelationer. Mer omfattande självsfattningsfor-

mulär än *SRH*, *Symtom-30* samt *Livskvalitet* med frågor om symtombelastning som *LHS* och *SCL-90* ger starka till mycket starka signifikanta korrelationer. Upplevelse av livskvalitet och välbefinnande synes också korrelera måttligt till starkt med *Kasam-29/13*.

D: Attityder och beteende

Antonovsky (1993c) hävdade att beroende på nivån för *Kasam* så upplevs och hanteras stressorer i större eller mindre utsträcknings som utmaningar. I en diskussion om att uppleva förluster i samband med pensionering fann Antonovsky et al. (1983) skillnader i attityder och beteenden som kunde relateras till nivån på *Kasam*. Personer med *Stark Kasam* kunde vid behov aktivera resurser och hantera situationer framgångsrikt såväl i handling som emotionellt. Antonovsky (1993a) efterfrågade vidare studier om *Kasam* i förhållande till attityder och beteenden sammanhängande med såväl *problemfokuserade* som *emotionsfokuserade copingstrategier*.

Pallant & Lae (2002) använde en rad instrument som mäter attityder och upplevelser samt copingstrategier som ett led i validering av *Kasam-13*. Undersökningsgruppen utgjordes av en normalpopulation i Australien. Här återges några av de skalor som uppvisade måttliga och starka korrelationer till *Kasam-13*. *Upplevelser av stress* (Perceived Stress Scale) uppvisade starka korrelationer, *positiva* och *negativa känslor* (Positiv Affect Scale och Negativ Affect Scale) måttliga korrelationer vilket även var fallet för *optimism* (Life Orientation Test). Korrelationerna för *optimism* var starkare för kvinnor än för män. *Självkänsla* (Self-esteem scale) uppvisade starka korrelationer. I val av copingstrategi mätt med COPE framkom måttliga korrelationer med tre av dess subskalor, *undvikande* (behavioural disengagement), *handling* (active) och *planering* (planning). Övriga subskalor uppvisade enbart svaga korrelationer men könsskillnader framträdde. Korrelationerna för *omtolkning* (reinterpretation) var måttliga för kvinnor medan de inte var signifikanta för män. Kvinnor uppvisade svaga men signifikanta korrelationer mellan *Kasam-13* och *emotionellt socialt stöd* (emotional social support) och *humor* (humour) till skillnad från männen för vilka det framkom svaga respektive inte signifikant korrelationer.

Bergh et al. (2006, 2007) jämförde patienter vilka beskrevs som frekventa besökare (*frequent attenders*) inom primärvården (primary health care) med en kontrollgrupp. Inga signifikanta skillnader framkom mellan grupperna oberoende av kön avseende tidigare *stressfyllda livshändelser*,

utbildningsnivå, social integration, socialt stöd, emotionellt stöd. Kvinnorna i gruppen bestående av frekventa besökare hade signifikant lägre *emotionellt stöd* än kvinnorna i kontrollgruppen. Av de frekventa besökarna var fler sjukpensionerade samt uppvisade signifikant lägre *Kasam-13* än kontrollgruppen ($t = -4.54, p < .001$). Att patienter med lägre *Kasam-13* var *frekventare besökare*, oberoende av medicinsk diagnos, bekräftas av Svartvik et al. (2000). Bergh et al. (2007) uttryckte förvåning över att socialt stöd inte var lägre för denna grupp då andra studier visat på att svagt stöd korrelerade med ökad risk för olika sjukdomar (se t.ex. van den Akker et al. 2001).

Lägre *Kasam-13* korrelerar med större grad av *undvikande* och mindre *aktivitet* och *planering* för att hantera svårigheter. Könsskillnader framträder i attityder och beteende sammanhängande med omtolkning, *emotionellt socialt stöd* och *humor* relaterat till nivå på *Kasam-13*. *Starkare Kasam* synes även samvarierar med högre grad av *optimism* om att svårigheter kan lösas. Resultatet pekar även på att nivån på *Kasam* bidrar till att förklara skillnader i nyttjande av hälso- och sjukvårdsresurser.

Socialt stöd

Antonovsky (1991) beskrev *Socialt stöd* som en inskjuten variabel som en person med högre *Kasam* kunde välja att använda. Han antog att *Socialt stöd* bidrog till att bygga upp *Kasam* men att de var oberoende variabler.

Wolff & Ratner (1999) visade utifrån en epidemiologisk studie i Kanada ($N = 17\ 626$) att kroniska stressfaktorer korrelerade starkare måttligt med *Kasam-13* medan aktuella traumatiska upplevelser korrelerade svagare måttligt negativt. Aktuella traumatiska upplevelse i vuxenlivet och traumatiska barndomsupplevelser korrelerade med *Kasam-13* på samma nivå. Socialt stöd korrelerade svagt positivt med *Kasam-13*. Tre mått på socialt stöd användes. *The Perceived Social Support* innefattande frågor om respondenten hade personer som hon kunde vända sig till i förtroende, räkna med, få råd av och som fick dem att känna sig älskade. *The Social Involvement index* frågade efter medverkan i frivilligorganisationer samt i religiösa ritualer och möten. *Average Frequency of Contacts* var ett tredje mått som frågade efter hur ofta respondenterna hade kontakt via telefon, brev eller direkta möten med personer som man inte bodde tillsammans med, t.ex. grannar, vänner och släktingar. Samtliga korrelerade svagt positivt med *Kasam-13*. Wolff & Ratner (1999) hävdade att en förutsättning för att förstå eventuella effekterna av stressorer på *Kasam* kräver longitudi-

nella studier. Holmberg et al. (2004) visade, i en studie med en normalpopulation i Sverige, på likartade resultat med motsvarande instrument på *Socialt stöd* som Wolff & Ratner (1999) använt. Vid linjär regressionsanalys framkom att det enbart var *Socialt stöd* av flera sociala nätverksfaktorerna som oberoende korrelerade med *Kasam-13*. En högre nivå av *Sociala aktiviteter* mätt med *Social Activity index* angavs ha gett ett lägre *odds ratio* för att en respondent skulle ha *Svag Kasam-13*.

Fok et al. (2005) undersökte i vilken utsträckning demografiska data, *ålder, kön, utbildningsnivå, inkomst samt socialt stöd*, predicerade variansen i *Kasam-13* för patienter vid en intensivvårdsavdelning i Hong Kong. Enbart hushållens inkomst samt stöd från vuxna barn var signifikanta prediktorer (adj. $r^2 = .45$, $p < .001$).

Flera studier visar på att det inte framkommer signifikanta korrelationer mellan *Kasam-29/-13* och *Socialt stöd* (Hart et al. 1991; Heiman 2006; Skärsäter et al. 2005). Instrumenten är olika men ger samma resultat. Hart et al. (1991) använde *Interpersonal Support Evaluation List* medan Heiman (2006) använde *Multidimensional Scale of Social Support*. Skärsäter et al. (2005) visade att deprimerade patienter som återhämtat sig hade signifikant högre *Kasam-29* men inte större socialt nätverk än de som inte återhämtat sig. Gruppen som inte återhämtat sig upplevde däremot antalet viktiga personer som färre och det sociala stödet som sämre.

Socialt stöd synes inte entydigt samvariera med *Kasam* på ett visst sätt. Det verkar snarare som om nivån på *Kasam-29/-13* predicerar förmågan att tillgodogöra sig det sociala stöd som erbjuds men även av kvalitén på vad som erbjuds. Socialt stöd synes samvariera på svag nivå eller inte alls med *Kasam-29/-13* beroende på hur det definieras, men även på vilka skattningsinstrument som använts. Det allmänna intrycket är dock att *Kasam-29* är relativt oberoende av socialt stöd, men att nivån på *Kasam-29* predicerar förmågan att, dels identifiera vad som kan vara ett socialt stöd, dels förmågan att tillgodogöra sig det stöd som erbjuds.

Vad bidrar till att förklara Kasam-29?

Ovan har ett antal studier refererats som visar på korrelationer mellan olika koncept och *Kasam-29*. Det finns betydligt färre studier som använt större instrumentpaket som adresserar flera aspekter av hur vi människor fungerar, reagerar och agerar såväl kognitivt som emotionell. Med multivariata analyser har några forskare belyst vad som bidrar till att förklara *Kasam-29*. Här har fem forskare/forskargrupper valts ut för att exemplifiera resultat från multipla regressionsanalyser (Smith och Meyer 1997; Strümpfer et al. 1998b; von Bothmer & Fridlund 2003; Olsson et al. 2006; Hansson et al., *under publicering*).

Smith & Meyer (1997) sammanfattade en studie med psykologistuderande (N= 259) att 63 % av variansen i *Kasam-29* förklarades av vad som mäts med *The Self-Efficacy Scale* (0.46), *Pecieved Stress Scales* (0.11), *The Personal Views Survey (Hardiness)* (0.02), *The Hassles Scale* (0.02), *Internal Control Index* (0.01) samt att vara kvinna (0.01). Måttet på *Self-Efficacy*, bidrog mest, 46 %, till att förklara variansen i *Kasam-29*. Slutsatsen Smith & Meyer drog var att de ingående personlighetsinstrumenten mäter samma grundläggande koncept som *Kasam-29*. *Kasam-29* skulle alltså i huvudsak vara ett mått på individens tilltro till den egna förmågan att hantera situationer i vardagen samt stresstålighet. Författarna ställde frågan om hur hög respektive låg *Kasam-29* fungerade som buffert, generell motståndsresurs, mot effekterna av stress.

Strümpfer et al. (1998b) genomförde en stegvis multipel regressionsanalys vid tre studier med medverkan av sydafrikanska sjuksköterskestuderande (n= 118), tjänstemän som arbetade med investeringar i fast egendom inom ett försäkringsbolag (n= 88) samt i den tredje gruppen försäljare av livförsäkringar vid ett annat försäkringsbolag (n= 92). Grupp ett och två besvarade samma frågeformulär, *Positive and Negative Affectivity Shedule* (PANAS) samt två faktorer från the BIG-5⁷, *extraversion* och *neuroticism*. Stegvis multiple regressionsanalys gav att PANAS förklarade 44 % av variansen av *Kasam-29* för den första medan den förklarade variansen uppgick till 53 % för den andra gruppen. Den tredje gruppen besvarade en annan uppsättning frågeformulär där *Manifest Anxiety Scale-10*, *Emo-*

⁷ Se fotnot 5 på sidan 58.

tional Stability Scale, *Positiv Affect Scale* och *Hope Scale* vid stegvis multiple regressionsanalys förklarade 61 % av variansen i *Kasam-29*. Strümpfer et al. (1998b) menade att även om *Kasam-29* till ca 50 % förklarades av mått på positiv och negativ affekt, så betraktades stark *Kasam-29* som något mer än en personlighetsegenskap som var motsatsen till depression och nedstämdhet.

von Bothmer & Fridlund (2003) satte samman frågor vilka avsåg att täcka in variabler som var mått på hälsa och personlighetsfaktorer. Undersökningsgruppen bestod av universitetsstudenter i Sverige (N= 332). Variansen i *Kasam-29* förklarades till 59 % av *Positive Affect/Optimism* (.50), *Alienation* (.05), *Hardiness* (.04) samt *Type A beteende* (.01). von Bothmer & Fridlund diskuterade i liknande termer som Strümpfer et al. (1998b). Frågor ställdes om nivån på *Kasam-29* återspeglade en underliggande hälsofrämjande faktor. *Kasam-29* associerades med *optimism* och en *positiv syn på livet*, men man påtalade behov av fördjupade studier. Bland annat föreslogs studier som undersöker eventuella könsskillnader.

Olsson et al. 2006 presenterade stegvisa multipla regressionsanalyser från tre grupper: grupp 1/ högstadiungdomar, grupp 2/ föräldrapar som beskrivs som en icke-klinisk grupp samt grupp 3/ gifta par och samboende vilka gick i parterapi och därför beskrevs som klinisk grupp. Med resultat från grupp 1/ förklarades 54 % av variansen i *Kasam-29* med mått på psykopatogena symtom från *Youth Self Report List* (YSR), *ångest/deprimerad, utåtagerande, uppmärksamhetsproblem*, samt *somatiska bekymmer* och från *Familjerelationsskalan* samt *närhet* i *Familjeklimatskalan*. Grupp 2 och 3/ Föräldraren samt paren i terapi, besvarade *SCL-90*, *Familjeklimat*, *Familjerelationer*, *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) samt *Expressed Emotions* (EE). Variansen i *Kasam-29* för grupp 2/ föräldrapar förklarades till 37 % av *SCL-90* variabeln *Depression*, *EE*-variabeln *upplevd kritik* samt *Familjeklimatsvariabeln närhet*. För grupp 3/ den kliniska gruppen, par i terapi, förklarades 50 % av variansen i *Kasam-29* med tre *SCL-90* variabler; *Interpersonal sensitivity*, *Depression*, *Paranoid ideation* samt *Dyadic adjustment*. Resultaten pekar i samma riktning som för studierna som presenteras ovan för de icke kliniska grupperna. Självskattningsinstrument som är mått på hälsa bidrar måttligt till förklaringen av *Kasam-29*. Vad som tillkommer är att mått på att *känna av andras situation*, (*Interpersonal sensitivity*), mätt med *SCL-90* bidrar måttligt till att förklara variansen i *Kasam-29* för en klinisk grupp.

Hansson et al. (*under publicering*) är av vad som identifierats i aktuell forskning ensamma om att presentera data som visar hur mycket genetiska faktorer bidrar till att förklara variansen i *Kasam-29*. Av en studie bestående av 150 par enäggstvillingar och 176 par tvåäggstvillingar framkom att 35 procent av variansen i *Kasam* skilde sig åt mellan tvillingparen. Den delade genetiska sammansättningen förklarade 35 procent av variansen i *Kasam*, icke-delade omgivningsfaktorer svarade för 57 procent. Delade omgivningsfaktorer förklarade resterande 7 procent av variansen. Temperament mätt med *The Temperament Character Inventory* (TCI) hade som jämförelse en förklarad varians som uppgick till 33 procent till genetiska faktorer, resterande 67 procent förklarades av icke-delade omgivningsfaktorer. Hur mycket *Kasam* förklaras av vad som mäts med TCI redovisas tyvärr inte. *Harter's Humor*, en delskala i *Adult Self-perception Profile* (Harter et al. 1998), uppvisade högst förklarad varians, 49 procent, av delad genetisk sammansättning medan 51 procent förklarades av icke-delade omgivningsfaktorer.

Sammanfattning av tidigare forskning

I tidigare forskning har det framkommit tveksamhet om validiteten för *Kasam-29* på flera punkter. Oklarheter har framkommit om *Kasam-29* är ett globalt mått som är oberoende av sociodemografiska faktorer som socioekonomisk position, kön, ålder och kultur vilket Antonovsky (1991, 1993) hävdade. Resultat från flera studier pekar på att värden för *Kasam-29/-13* inte bör jämföras mellan grupper i olika kulturer utan närmare granskning av omgivningsvariabler. Genomgången av studier från olika kulturer och befolkningsgrupper pekar på att nivån på *Kasam-29/-13* är kulturbunden och sammanhänger med en rad faktorer som inte närmare finns beskrivna.

Tidigare forskning visar entydigt att *Kasam-29* bäst förstås som ett globalt mått bestående av enbart en faktor. Det framkommer variationer i korrelationer för item till olika faktorer beroende på undersökningsgrupp vid faktoranalys. Det har inte gått att urskilja de tre teoretiska komponenterna, *Begriplighet*, *Hanterbarhet* och *Meningsfullhet* som delfaktorer.

Homogenitetsprövning av *Kasam-29* har i tidigare forskning visat på att några item korrelerar signifikant lägre än övriga med totalsumman. Test-retest har även gjorts med grupper över kortare tidsperioder, men

tidigare forskning har efterfrågat test-retest korrelationer till andra självskattningsinstrument.

Finns det stöd för Antonovskys teori (1991) att *Kasam-29* stabiliseras vid ca 30-års ålder? De finns få prövningar utifrån longitudinella data. Resultaten är inte entydigt vare sig för stabilisering vid 30 årsåldern eller för ökad stabilitet därefter.

Genomgående framkommer skillnader mellan kliniska och icke kliniska grupper (se t.ex. Languis 1995; Sammallahti et al. 1996). Korrelationerna mellan *Kasam-29* och andra instrument är högre för data från kliniska grupper. Sammallahti et al. (1996) reflekterade över att självskattningsinstrumentet *Kasam-29*, som växt fram från en salutogen orientering, var utmärkt för att mäta människors förmåga att hantera livet när det går bra men att det är trubbigare när det går sämre. *Kasam-29* beskrevs vara användbart när en generell copingförmåga efterfrågas. *Kasam-29* beskrevs vidare vara ett användbart instrument för att identifiera riskgrupper respektive grupper som har goda förutsättningar att hantera svårigheter. Men Sammallahti et al. påpekade att för att få mer specifika svar behövs känsligare instrument än *Kasam-29*. Instrument med teoretiska rötter i psykopatologi beskrivs vara känsligare för hur människor hanterar livet när det är svårare.

Tidigare forskning har inriktats på olika klient- och patientgrupper. Det återkommande resultatet är att den nivå på *Kasam-29/13* som klienten/patienten har är avgörande för motivation, följsamhet mot överenskommelser, förmåga att tillgodogöra sig information och ha en tilltro till att förändring är möjlig (se t.ex. Langius 1995; Berg & Andersen 2001). *Kasam-29/13* predicerar i vilken utsträckning patienter kan tillgodogöra sig information av konsekvenser av olika behandlingar inom hälso- och sjukvård (Languis et al. 1994). Mortalitetsfaktorn är högre för personer med *Svag* än för den med *Måttlig* eller *Stark Kasam-29* (Berg & Andersen 2001; Poppius et al. 2003). Nivån på *Kasam-29* korrelerar med följsamhet vid ordinerade behandlingar (Cederfjäll et al. 2002). *Kasam-29* har visat sig kunna predicera hur t.ex. information tas emot vid olika sjukdomstillstånd, avbrott från psykosociala behandlingsinsatser samt besöksfrekvens vid vårdinrättningar (Langius et al. 1994; Berg & Andersen 2001; Bergh et al. 2006). Det har även visat sig användbart som utfallsmått vid psykosociala och psykoterapeutiska interventioner (Hansson & Cederblad 1995a; Lundqvist 1995; Sundelin 1999; Lundqvist 2005; Lundblad 2005; Chen 2006; Olsson 2007).

Kasam-29 har stor överensstämmelse med flera andra koncept, men inget överensstämmer helt. Starka negativa korrelationer framkommer för instrument som mäter depressivitet, rädsla och ångest, *Beck Depression Inventory* (BDI) samt *Costello-Comrey Depression and Anxiety Scale* (CCDAS). Starka positiva korrelationer framkommer för *Symptom check list* (SCL-90), men även för *The Empathy Construct Rating Scale*. Geyer (1997) frågar sig om *Kasam* och skalor som mäter depression, rädsla men även positiv självskattning av hälsotillstånd är överlappande av varandra alternativt mäter samma sak. Larsson och Kallenberg (1999) liksom Gibson & Cook (1997) föreslår att *Kasam* mäter *Negativ affectivity*, vilket har översatts till svenska med begreppet *Neuroticism*. Korotkov & Hannah (1994) hävdade däremot att *Kasam* mäter emotionalitet. Strümpfer et al. (1998a) presenterade utifrån olika urvalsgrupper, där de använt flera olika instrument som mätte *positive and negative affectivity* (*extroversion* och *neuroticism*), att *Kasam* särskiljer sig och bidrar med något utöver vad som mäts med dessa instrument. Dessa resultat får stöd av andra forskare (Ying et al. 1997; Kravetz et al. 1993; Cohen & Savaya 2003). Cohen & Savaya (2003) sökte med hjälp av *Mental Health Inventory* (MHI) svar på i vilken utsträckning *Kasam-29* var ett mått på Mental hälsa och fann att de var oberoende men korrelerade till varandra. Strümpfer et al. (1998b) undersökte hur item i *Kasam-29* är formulerade. Man fann ingen skillnad i korrelationerna mellan item som var neutralt respektive negativt formulerade och de item som ingår i instrument som mätte *positive and negative affectivity*. Deras slutsats var att formuleringen i negativa och neutrala fraseringar inte förklarade variansen.

Det finns en rad aspirationer på att fånga vad det är *Kasam-29* mäter. Självskattningsformulären *Kasam-29* och *Kasam-13* samvarierar med ett antal andra mått på *hälsa, optimism, välbefinnande, uppfattning om själv och omgivning* mm. Men samvariation säger inget om orsakssamband. Resultat från multivariata analyser med *Kasam-29/13* som beroende variabel pekar på att *Kasam* är ett mått på *självkänsla, upplevd hälsa, positiva känslor inför sig själv och omgivningen, framtidsoptimism och tilltro till att problem går att hantera om inte lösa*. Upp till 35 % av *Kasam* synes förklaras av genetiska faktorer (Hansson et al. *under tryckning*). Något entydigt svar på vad *Kasam* är utöver Antonovskys definition synes svår att avgränsa. Detta då det enbart finns ett begränsat antal studier med multivariata analyser. Däremot synes det användbart att utifrån nivåer på *Kasam* kunna göra bedömningar av hur information bör ges. Detta för att information skall bli

begriplig, att krav på nivå på motivationsarbete klargörs samt för att välja insatser inom hälso- och sjukvård, socialt arbete, undervisning mm.

Tidigare forskning ger svar på en rad frågor om *Kasam-29*, men det finns mycket som är oklart. Särskilt i förhållande till de undersökningsgrupper som här medverkar, dvs. socionomstuderande och socionomer. Som tidigare presenterats finns få studier publicerade där socionomstuderande och socionomer medverkat. Det finns därför även begränsade kunskaper om hur *Kasam-29* samvarierar med en rad faktorer för dessa grupper. Det saknas kunskaper om utbildning kan avläsas i effekt på *Kasam-29* och om prediktion av utfall inom utbildning kan göras med stöd av konceptet. Det finns även begränsade kunskaper om socialt stöd på arbetsplatsen, från kollegor, arbetsledning samt handledning signifikant korrelerar med *Kasam-29*. Inte heller om egen och andras attityd till den egna kompetensen samvarierar med *Kasam-29*. Enbart en studie med socialarbetare i England (Baker et al. 1997) redovisar resultat på hur andras syn på den egna kompetensen korrelerar med *Kasam-13*. Ingen motsvarande studie har kunnat identifieras från Sverige. Om samspelet mellan *Kasam-29* och *empativariabler* finns det enbart få studier. *Temperament* och andra dispositioner som betraktas som genetiska eller tidigt grundande har använts i studier tillsammans med *Kasam*, men korrelationer eller multivariata analyser där *Kasam* varit beroende variabel har enbart identifierats i ett par fall (Andersson et al. 1993; Hansson & Cederblad 1995a; Eklund et al. 2004; Hansson et al. *under tryckning*). Korrelationen mellan *Kasam-29* med instrument som mäter *motivation utifrån psykogena behov* har inte identifierats i tidigare publicerade studier.

Under rubriken Avhandlingens frågeställningar görs en avgränsning till fem huvudfrågeställningar.

Avhandlingens frågeställningar

Med utgångspunkt från teorigenomgången och resultat av tidigare forskning ställs ett antal frågor vilka i sin tur styr urval av självskattningsformulär och enskilda frågeställning under kommande metodavsnitt. Avhandlingens frågeställningar kan sammanfattas inom fem frågeområden.

Fråga 1. – Faktorstruktur och reliabilitet. Hur ser den psykometriska strukturen i operationaliseringen av det teoretiska konceptet *Kasam* ut? Har *Kasam-29* skalan hög eller låg reliabilitet?

Fråga 2. – Kasam-29 och stabilitet över tid. Hur stabilt är *Kasam-29* över längre tidsperioder än 1 år? Finns det stöd för att *Kasam-29* stabiliseras vid ca 30-års ålder? Finns skillnader i stabiliteten beroende på om individen har *Svag, Måttlig* eller *Stark Kasam*?

Fråga 3. – Kasam-29 som prediktor och utfallsmått. Kan *Kasam-29* användas för prediktion och som utfallsmått av socionomutbildningen? Går det att predicera val av utbildningsorientering utifrån att olika inriktningar klassificeras som mer eller mindre *Kasam*provocerande?

Fråga 4. – Kasam-29 och sociodemografiska variabler. Finns det ett samband mellan *Kasam-29* och sociodemografiska variabler som socioekonomisk position, kön, ålder och kultur?

Fråga 5. – Kasam-29 och andra koncept. Hur samvarierar *Kasam-29* med andra mått? Vilka koncept bidrar till förklaringen av *Kasam-29*? Hur samvarierar ett urval av mått som används i tidigare forskning med *Kasam-29* utifrån socionomstudier och socionomer? Hur samvarierar *Kasam-29* därutöver med andra mått på *temperament, empati, motivationsfaktorer, arbetsbelastning, utbrändhet samt socialt stöd, kontroll och kompetens i arbetslivet* mm.?

Metod

I metodkapitlet presenteras först de undersökningsgrupper som medverkat i studierna. Därefter presenteras undersökningsinstrumenten: självskattningsinstrument/frågeformulär samt enskilda frågor som respondenterna svarat på. Avsnittet om undersökningsinstrumenten inleds med en översiktstabell där det framgår vilka grupper som besvarat vilka instrument. Kapitlet avslutas med en presentation av statistiska metoder.

Undersökningsgrupper

De grupper som varit med i olika undersökningar består av två huvudkategorier. Den första kategorin består av studerande vid socionomutbildningen vid Lunds universitet samt motsvarande utbildning i England. Den andra kategorin består av yrkesverksamma socialarbetare som arbetar på tjänster för vilket kompetenskravet är socionom eller utbildning och erfarenhet som prövas som likvärdig. Till den senare kategorin finns även yrkesverksamma socialarbetare vilka deltar i en uppföljningsstudie efter avslutad socionomexamen. Från fyra grupper finns data som möjliggör longitudinella studier. Undersökningsgrupperna presenteras kort i löpande text tillsammans med uppgifter i vilka sammanhang data har samlats in samt bortfall. Avsnittet avslutas med en sammanfattande tabell med uppgifter om antal medverkande, ålderstruktur för respektive grupp, totalt samt fördelat efter kön.

Socionomstuderande vid Lunds universitet

Samtliga studerande som påbörjade socionomutbildning i Lund våren och hösten 1995 samt våren 2004 tillfrågades att medverka i longitudinella studier. Uppläggningsen av studierna presenterades avse att följa socionomstuderande från början av sin utbildning, vid slutet samt efter några års yrkesverksamhet efter avslutad grundutbildning.

Hösten 1997 samt våren 1998 medverkade två ut av sex undervisningsgrupper studerande från termin 1 vars svar även redovisas i det följande. Dessa grupper ingår inte i de longitudinella studierna.

Från grupper som påbörjade sin utbildning våren och hösten 1995 deltog 67 personer i en uppföljning i slutet av sin utbildning höstterminen 1998 och våren 1999. Ytterligare 9 studerande som avslutade sin utbildning hösten 1998 medverkade också vid detta tillfälle. Inklussionskriterierna var att de fullföljde utbildningen inom stipulerade 3½ år eller 4 år.

De studerande som påbörjade utbildningen våren 2004 kommer att följas upp när de beräknas avsluta sin utbildning våren och hösten 2007.

Social Work students Sheffield Hallam University

Tre årskullar (2002, 2003 samt 2004) studerande vid *Social Work Bachelors Program at Faculty of Health and Well Being* vid Sheffield Hallam University i England har i samband med föreläsningar på temat ”*Salutogenesis and Resilience*” medverkat genom att besvara motsvarande frågor och frågeformulär som de svenska studerande. Samma förfarande med kodning som för de svenska studerande har använts vilket gjort det möjligt att göra uppföljningsstudie efter tre år i slutet av utbildningen för de studerande som påbörjade utbildningen 2002 och 2003. Svansfrekvensen har inte varit möjlig att beräkna utifrån det totala antalet studerande vid respektive termin. Svaren representerar medverkande på föreläsningar vilka inte var obligatorisk.

Yrkesverksamma socionomer

Tre grupper med yrkesverksamma socialarbetare har medverkat i undersökningar där huvudformuläret varit *Kasam-29*. Undersökningarna sträcker sig från 1992 till 2006.

Den första studien består av socialarbetare inom barn och ungdomsvård i södra Sverige. Materialet samlades in 1992 med hjälp av studerande vid Socialhögskolan i Lund. De studerande följde en kurs med inriktning på socialt arbete med barn och unga. Insamlingen skedde som en del i ett projektarbete där de studerande tränade intervjumetodik genom att intervjua socialarbetare om deras arbetssituation och möjligheter och begränsningar inom sitt arbetsområde. Det insamlade materialet och intervjuerfarenheterna seminariebehandlades sedan. Samtliga intervjuade besvarade frågeformulären.

Den andra studien avser sjukhuskuratorer. I samband med kurs med inriktning på psykosomatik besvarade kursdeltagarna *Kasam-29* i anknyt-

ning till en föreläsning om Antonovskys salutogena koncept och resilienceforskning med fokus på hälso- och sjukvård vintern 1995/96. Kursdeltagarna efterfrågade en undersökning med fler deltagare från sin yrkesgrupp. Deltagarna förankrade undersökningen inom sin organisation och medverkade i genomförandet av undersökningen. Frågeformulär distribuerades och samlades in med hjälp av kontaktpersoner som representerade olika kliniker vid Lunds Universitetssjukhus. Genom kontaktpersonerna framkom att 97 sjukhuskuratorer hade tillfrågats om att medverka. Av dessa besvarade 73 personer frågeformulären vilket ger 75 % svarsfrekvens. 59 personer av de 73 lämnade uppgifter som gjorde det möjligt att göra en uppföljning fem år senare år 2000. 52 av de 59 identifierbara besvarade enkäten vid detta andra undersökningstillfälle. Efter avslutad socionomexamen hade gruppen i genomsnitt varit yrkesverksamma 19 år, varav 17 år inom yrkesområdet hälso- och sjukvård.

Den tredje gruppen socialarbetare utgör en uppföljning 2006 av de studerande som påbörjade socionomutbildningen i Lund våren och hösten 1995. Frågeformulären distribuerades tillsammans med ett portofritt returkuvert. I följebrev poängterades att medverkan var frivillig och att konfidentialitet garanterades. Med hjälp av registerdatasystemet LADOK vid Lunds universitet har utdrag gjorts för att få data om i vilken utsträckning de studerande som påbörjade socionomutbildningen våren och hösten 1995 fullföljt utbildningen. Totalt medverkade 177 nybörjare vid undersökningen 1995. Av dessa har 143 fullföljt utbildningen. Totalt har 130 personer returnerat ifyllda frågeformulär. Utöver de 130 som besvarat enkäten har 8 via telefon eller per brev meddelat att de inte önskar medverka. Övriga har inte lämnat någon respons efter ett tredje påminnelseutskick. Tre av de studerande har avlidit. Fyra har inte gått att nå pga. avflyttning utomlands eller pga. att de har skyddade adressuppgifter. De som inte besvarat frågeformulären och som varit möjliga att nå via telefon har blivit uppringda med förfrågan om de kan tänka sig medverka. Undersökningen som helhet ger en svarsfrekvens på 73 procent om ingen hänsyn tas till att tidigare medverkande har avlidit eller inte gått att nå. Av dem som fullföljt utbildningen har 116 besvarat uppföljningsstudiens frågeformulär som skickades ut våren 2006. Detta ger en svarsfrekvens på 81 procent från den grupp som tagit socionomexamen. Svarsfrekvensen för de som inte fullföljt utbildning var knappt 50 procent, 14 av 31. Data presenteras enbart för gruppen som avlagt socionomexamen då bortfallet är för stort för att betraktas som representativt för gruppen som inte avlagt examen.

I tabell 1 presenteras en översikt av undersökningsgrupperna. Det totala antalet uppgår till 764 medverkande personer. Respondenter vilka medverkat vid mer än ett tillfälle bidrar enbart till totalsumman med data från första undersökningstillfället.

Tabell 1. Översikt över medverkande undersökningsgrupper, N= 764

<u>Undersökningsgrupper</u>	N=	N Kvin- nor/män	Ålder min/max	Ålder M (sd)	Ålder kvinnor/män M (sd)
1 term studerande våren 1995	90	77/13	19/43	25.4 (6.0)	25.3(6.3)/25.7(4.4)
1 term studerande hösten 1995	87	72/15	19/43	25.5 (6.3)	24.9(6.2)/28.7(6.1)
1 term studerande 1997-1998	58	47/11	18/49	26.8 (7.0)	26.7(7.4)/27.4(5.5)
1 term studerande 2004	153	128/25	19/52	26.2 (7.3)	26.2(7.3)/26.2(7.5)
<u>Totalt 1 term studerande</u>	388	324/64	18/52	26.0 (6.8)	25.8(6.8)/26.9(6.3)
7:e term. studerande 1998 (67 retest från 1995)	76	62/14	22/45	28.4 (6.0)	28.0(5.8)/29.9(7.0)
1 term studerande Sheffield, 2002-04	184	169/15	18/56	28.9 (8.8)	28.7(8.8)/30.9(8.1)
Socialarbetare barn och ungdomsvård 1992	119	87/32	25/57	39.3 (7.7)	39.3(8.0)/39.1(6.9)
Sjukhuskuratorer 1995	73	70/3	29/63	47.6 (7.3)	-*
Sjukhuskuratorer 2000 (re-test från 1995)	52	50/2	35/67	52.9 (7.0)	-*
Tidigare socionom- studerande 2006 (re-test från 1995)	116	99/17	29/55	36.9 (6.3)	36.5(6.4)/39.2(5.1)
<u>Totalt antal medverkande (exklusive re-test n= 244)</u>	764	650/114	18/63	30.8 (10.3)	30.7(10.6)/31.3(8.7)

*Ålderfördelning fördelat efter kön avseende gruppen sjukhuskuratorer anges inte med hänvisning till att enbart 2 män medverkar i gruppen.

Utöver dessa grupper har 61 studerande vid termin fyra vid socionomutbildningen i Lund medverkat vid test-retest över en vecka våren 2007. Uppgifter om ålders- och könsfördelning saknas för denna grupp. Av undersökningsgruppen socionomer som medverkade 2006 besvarade 98 en uppföljningsenkät 2007 med syfte att pröva test-retest över 1 år.

Etiska överväganden

Samtliga respondenter har skriftligt och/eller muntligt informerats om att medverkan är frivillig samt att data kommer att presenteras på gruppnivå så att svar från enskilda respondenter inte skall vara möjliga att identifiera. Respondenterna som påbörjade socionomutbildningen våren och hösten 1995 samt våren 2004 tillfrågades även om de kunde tänka sig medverka vid uppföljningsstudier med såväl enkäter som intervjuer. Respondenterna fick en personlig kod samt ombads lämna uppgifter, person- och adressuppgifter, som gjorde det möjligt att vid uppföljande undersökningar knyta svaren till samma personer. Uppgifterna som på detta sätt knutits till en kod har förvarats separat från insamlade enkäter. Alla respondenter har fått information om gällande lagstiftning om sekretess, samtycke och behandling av personuppgifter.

Godkännande att använda Lunds universitets registerdatabas över studerande (LADOK) för forskningsändamål har getts av prefekten vid Socialhögskolan i Lund. Forskningen följer därmed de regler och instruktioner som är fastställda vid Lunds Universitet. Vid uppföljningsstudier har svar från respondenter att de inte önskar medverka respekterats.

Insamling av material vid Faculty of Health and Wellbeing, Sheffield Hallam University i England har godkänts av universitetets etiska kommitté.

Undersökningsinstrument och variabler

För att svara på avhandlingens frågeställningar har enskilda frågor samt 10 självskattningsformulär förutom *Kasam-29* använts. Val av undersökningsinstrument har gjorts utifrån avhandlingens frågeställningar som formulerats utifrån vad som framkommit och inte framkommit av tidigare forskning samt frågor som bedömts vara särskilt intressanta för undersökningsgrupperna, dvs. socionomstuderande och socionomer. Självskattningsformulären mäter olika perspektiv vilka Antonovsky hänvisade till haft betydelse vid utformandet av den *salutogena teorin*, begreppet *Känsla av sammanhang (Kasam)* samt vid operationaliseringen av *Kasam* i frågeformuläret *Kasam-29*, ”*Quality of Life Questionnaire*” (Antonovsky 1979, 1991).

Urval av självskattningsformulär har även gjorts utifrån att de uppfattas vara av intresse i anknytning till det salutogena konceptet och vid studier med medverkan av socionomstuderande och socionomer. Ett exempel är självskattningsformuläret ”*Maslach Burnout Inventory*” som anknyter till utbrändhet inom människovårdande organisationer (Maslach 1982; Hasenfeld 1983). Ytterligare självskattningsformulär har tillkommit utifrån att de berört frågor som varit av intresse och överensstämt med kursplaner och kurslitteratur vid socionomutbildningen. Exempel på detta är *Cesarec & Marke Personlighets Schema (CMPS)* som anknyter till *motivation* (Cesarec & Marke 1968). Ett annat exempel är *Reaktivitetsindex* som avser att mäta empati (Davis 1980). Några av instrumenten är mer omfattande varför de beskrivs mer utförligt.

Avslutningsvis presenteras även enskilda frågeställningar som huvudsakligen besvarats av yrkesverksamma socionomer.

I tabell 2 ges en översikt över frågeformulär som använt och vilka grupper som fyllt i vad.

I Appendix B presenteras översikt av resultat från respektive frågeformulär totalt samt fördelat efter kön.

Tabell 2. Självskattningsformulär utöver *Kasam-29* som besvarats av respektive undersökningsgrupp

	n	Reakt.	CMPS	EAS	Symtom (30)	Srh	LoC	MLQ	ASK	MBI	Livs- kvalitet
1 term socionomstudierande vt 1995	90		X	X	X						X
1 term socionomstudierande ht 1995	87/59	X	X								
1 term socstud ht 97/vt 98 (28 + 30)	58	X	X	X				X			
1 term socstud vt 04 Lund	81	X				X		X			
1 term socstud vt 04 Hbg	73	X		X		X		X			
7:e term socstud 1998/99 (varav test-retest från 1995)	76 (67)	X		X	X	X		X			
1 term socstud Sheffield 2002-2004	184	X				X		X			
Soc.arb. barn och ungdom 1992	119				X						
Sjukhuskuratorer 1995 (varav test r-test)	73 (52)	X			X	X		X			
Socionomer 2006 (påbörjade utbildning 1995) (varav test r-test)	116 (112)				X	X		X	X	X	X
Socionomer 2007 (test retest från 2006)	100	X									X

Känsla av sammanhang - 29 (*Kasam-29*)

Huvudformuläret i undersökningarna är *Kasam-29*. Formuläret består av 29 item. Varje item besvaras på en 7 gradig Likert-skala. Cronbach's alpha var $\alpha .90$ beräknat utifrån medverkande undersökningsgrupper sammantaget (N= 764). *Kasam-29* beskrivs i tidigare kapitel (sidan 28 ff.).

Demografiska data

Antonovsky (1991, 1993) hävdade att *Kasam* är ett globalt koncept som är oberoende av *sociodemografiska variabler* som *kön, ålder, socioekonomisk position, nationalitet* och *etnisk bakgrund* samt *kultur*. Flertalet av respondenterna har besvara denna typ av *sociodemografiska frågor*.

Samtliga respondenter har svarat på frågor om kön och ålder. I senare undersökningsgrupper har även frågor om t.ex. boende och familjesituation medtagits. Kategorisering har när det varit möjligt skett utifrån de kriterier som används i offentlig statistik som publiceras av Statistiska centralbyrån (SCB). För att definiera kulturell och nationell bakgrund har frågor ställts om vilket land respondenterna respektive deras föräldrar är födda. Jämförelse görs mellan engelska och svenska universitetsstudenter utifrån eget insamlat material. Avseende yrkesverksamma socialarbetare har i vetenskapliga tidskrifter publicerade undersökningar använts som jämförelsegrupper. I det följande presenteras kategorisering efter socioekonomisk position närmare då den har en mer utvecklad teoretisk bakgrund.

Socioekonomisk position

Grupper kan klassificeras utifrån socioekonomisk position (Fritzell & Lundberg 1994; Galobardes et al. 2006a+b). Socioekonomisk ställning eller position har tillkommit i ett försök att ersätta social klass eller socialgrupp vilka uppfattas som värdeomdömen (Fritzell & Lundberg 1994). Socioekonomisk indelning (SEI) klassificeras efter utbildning men framförallt yrke av Statistiska centralbyrån (SCB) sedan 1982. Det finns andra system för klassifikation som bygger på utbildning och medelinkomsten per medlem för hushållet individen ingår i (Galobardes et al. 2006a+b).

Den av Statistiska Centralbyrån (SCB) använda indelningen har använts i en förkortad upplaga (Fritzell & Lundberg 1994, SCB 1982). I ett

urval av undersökningsgrupperna har respondenterna tillfrågats vilket yrke deras far och mor hade eller hade haft under sitt yrkesverksamma liv. Dessa data har använts till klassifikation av respondenternas socioekonomiska position. Vid klassificeringen har faderns position använts. När uppgifter om faderns yrke saknats har moderns använts.

I figur 3 presenteras socioekonomiska positioner, normala utbildningskrav samt exempel på yrken för respektive position. Kategoriseringen överensstämmer med rekommendationer av Fritzell & Lundberg (1994).

Socio-ekonomisk-position	Normala utbildningskrav utöver grundskola	Exempel på yrken
Högre tjänstemän	Minst sex år	Civiling., byrådirektör, jurist, läkare, psykolog, universitetslärare
Tjänstemän på mellannivå	Tre år men ej sex	Gymnasieing., sjuksköterska, lärare inom grundskolan, socialsekreterare, förskollärare
Lägre tjänstemän	Mindre än 3 år	Kontorist, sekreterare, byråassistent
Företagare / Jordbrukare	-	-
Kvalificerade arbetare	Minst två år	Svetsare, elektriker, byggnadsnickare, undersköterska
Okvalificerade arbetare	Mindre än två år	Vårdbiträde, städare, affärsbiträde

Figur 3. Socioekonomisk position, kvalifikationsgrad samt exempel på hur olika yrken har klassificerats.

Att kategorisera utifrån såväl utbildning som yrke är problematiskt. Hos SCB är gränserna för gymnasieutbildning, grundläggande akademisk utbildning och längre akademisk utbildning svåravgränsade. Gränsdragningarna överensstämmer inte med längden på de flesta utbildningar inom universitetet och högskola. Av praktiska skäl har de med motsvarande kandidatexamen räknats till tjänstemän på mellannivå medan de med en fyra- eller femårig utbildning kategoriserats som högre tjänstemän. Positionen företagare och jordbrukare har förts samman för att få tillräckligt stora grupper för statistisk bearbetning. Ett andra skäl för sammanslagning var att respondenterna i dessa positioner var få vilket kunde göra det möjligt att identifiera enskilda medverkanden. Kvinnor och män presenteras tillsammans av samma skäl.

EAS - temperament

Antonovsky använde enbart begränsat utrymme till att förklara vad som bygger upp *Kasam*. Buss & Plomin (1984) utvecklade *EAS-skalan* vilken med sina 20 item mäter tre faktorer *Emotionalitet*, *Aktivitet* och *Sociabilitet*. *EAS-skalan*, vilken mäter temperamentsfaktorer, som beskrivs vara genetiskt grundade, har används för att få ett bidrag till hur mycket av *Kasam* som kan förklaras av genetiska faktorer (*nature*) samt hur mycket som kan förklaras av omvårdnad, sociala och omgivningsfaktorer (*nurture*) (Buss & Plomin 1984). Den första faktorn, *Emotionalitet*, består av subfaktorerna, *Nedstämdhet*, *Ångest* samt *Aggressivitet*. Varje item i frågeformuläret besvaras på en 5 gradig Likert skala. Reliabiliteten vid test-retest över två veckor var $r = .82$ (Plomin et al. 1988, Hansson & Cederblad 1995a). Vid tidigare granskning av skalans faktorstruktur redovisat värden med Cronbach's alpha för *Emotionalitet-nedstämdhet* $\alpha .67$, *Emotionalitet-ångest* $\alpha .41$, *Emotionalitet-aggressivitet* $\alpha .50$, *Sociabilitet* med $\alpha .52$ samt *Aktivitet* $\alpha .62$ (Plomin et al. 1988). Cronbach's alpha, utifrån resultat från socionomstuderande termin 1 (N= 191), uppgår till för *Emotionalitet-nedstämdhet* $\alpha .70$, *Emotionalitet-ångest* $\alpha .53$, *Emotionalitet-aggressivitet* $\alpha .67$, *Sociabilitet* $\alpha .64$ samt *Aktivitet* $\alpha .69$.

CMPS - psykogena behovsvariabler

Antonovsky hävdade att en person med högre *Kasam* i större utsträckning hantera stressorer som utmaningar (Antonovsky 1991). Hur kan utmaning förstås? Vid genomgång av tidigare forskning har samband mellan *Kasam-29* och motivationsvariabler identifierats i förhållande till *Upplevelse av mening* (MLQ samt PIL) och *kontroll* (LoC). Ett sätt att pröva *Kasam-29* är att utgå från motivationsteori som bygger på psykogena⁸ behovsvariabler. Cesarec & Marke (1968) utvecklade *Cesarec & Marke Personlighets Schema* (CMPS) för att mäta psykogena behov inspirerat av Murray's personlighetsteori (Murray 1938). Murray motivationsteori formulerades i 12 viscerogena eller primära behov, t.ex. sexualitet, hunger och törst, vilka beskrivs återkomma i periodiska processer och ha organisk grund. De psykogena eller sekundära behoven hade enligt Murray ingen

⁸ Lexikalisk definition av psykogen är "sjukdomar eller symptom som har psykiska orsaker" (Psykologisk uppslagsbok 1976)

känd organisk grund, men antogs vara beroende av eller vara transformationer av de primära behoven. Behoven sågs som önskingar eller strävanden hos individen på ett kontinuum medvetet – omedvetet. Behoven tar sig uttryck i handlingar eller tankar. Murray tänkte sig att behov som inte överensstämmer med internaliserade sociala värderingar tar sig uttryck i symboliserad eller indirekt form. Hur förhåller sig *Kasam-29* till dessa tidigt grundlagda och över tid stabila behov?

Cesarec & Marke Personlighets Schema bestående av 165 item, fördelat på tio behovsfaktorer, vilka anknyter till Murrays personlighetsteori. En elfte variabel som berör frågor om avsky för smuts och intresse för att samla på saker utvecklades med anknytning till psykoanalytisk teoribildning (Cesarec & Marke 1968). Behovsvariablerna sammanförs efter faktoranalys i fem index. Först presenteras behovsvariablerna sedan faktorindex vilka sammanfattats utifrån presentationen av Cesarec & Marke (1968).

1. *Achievement*. Behov av att prestera, gärna i tävlan samt fantisera om storverk. Uppfatta andra ha bristande ambitioner och ärelystnad.
2. *Affiliation*. Sällskaps och vänskapsbehov. Tycka om att ha vänner omkring sig och göra saker för dem. Behov av att komma nära vänner för att dela känslor. Lätt för att få kontakt och knyta nya vänskapsband. Krav på trofasthet och lojalitet av vänner.
3. *Aggression*. Aggression. Behov att hämnas och ge igen. Med nöje reta andra och lust att slå sönder saker. Lätt för att känna ilska och vara lättretad. Lätt för att brusa upp när man inte får som man vill. Förlöjliga de som har motsatta åsikter än en själv.
4. *Defense of status*. Behov försvara status. Behov av att bli uppskattad, känslig för kritik. I tankarna fastna vid vad som uppfattats som pinsamma situationer. Försvar mot kritik och söka bortförklaringar till misslyckanden.
5. *Guilt feelings*. Skuld-känslor. Ofta fundera på om man handlat rätt eller orätt, att försöka bli en bättre människa, ångra sina handlingar och tankar, svårt använda nödlögner. Ofta besväras av dåligt samvete. Höga krav på hederlighet. Känna sig mer ansvarsfull än andra.
6. *Dominance*. Dominans. Behov av att bestämma i en grupp och bli betraktad av andra som ledare och initiativtagare. Påverka andra mer än låter sig påverkas. Stå på sig och hävda sin åsikt. Anse sig ha lätt för att upprätthålla ordningen och gärna instruera och övervaka andra.

7. *Exhibition*. Exhibitionism. Behov att bli sedd, få uppmärksamhet och gärna chockera. Behov att uppfattas som rolig och underhållande.
8. *Autonomy*. Autonomi/självständighet. Behov att vara oberoende av andra och rådande konventioner. Envis och motspänstig när andra vill bestämma över en. Känslor av att egna åsikter oftast inte stämmer med andras, svårt med överordnade. Inte följa råd, undvika plikter, ansvar och skyldigheter.
9. *Nurturance*. Behov av att vårda och ta hand om andra. Bli illa berörd när någon gör narr av andra som inte kan försvara sig. Känna sympati för människor som har svårigheter.
10. *Order*. Behov av ordning. Att hålla rent omkring sig och ha saker ordnade i system. Passa tider och bli irriterad på andra som inte gör det. Korrekt och prydligt klädd. Vill ha regelbundna arbetstider samt uppgifter som kräver noggrannhet. Bli illa berörd av bristande hygien.
11. *Succorance*. Behov av uppmuntran, omhändertagande och tröst vid motgångar och sjukdom. Lätt för övergivenhetskänslor när man är ensam. Lätt för hemlängtan. Behov att berätta om egna svårigheter.

Varje item i frågeformuläret besvaras med ja eller nej. Reliabiliteten vid test-retest över en månad varierade mellan $r = .77$ och $r = .94$ med undantag för variabeln autonomi som låg på $.56$ (Cesarec & Marke 1968). Den genomsnittliga korrelationskoefficienten var $r = .82$. Vid sammanställning av behovsvariablerna i faktorindex ingår även beräkning av svarsstilen "acquiescence". *Acquiescence* mäter i vilken utsträckning respondenterna tenderar att hålla med påståenden oberoende av deras innehåll. Syftet var att få ett mått på ja-sägande som är oberoende av om svaret är socialt eftersträvanvärt. Alltså ett mått på medgörlighet och förmåga att stå emot.

Utifrån faktoranalys redovisades fem faktorer: *Neurotiskt självhävande*, *Dominans*, *Aggressiv non-konformitet*, *Passivt beroende* och *Sociabilitet*. Här följer korta beskrivningar av respektive faktor. För utförligare beskrivningar hänvisas till manualen för CMPS (Cesarec & Marke 1968).

1. För faktorn *Neurotiskt självhävande* har variablerna prestationsbehov, skuldkänslor, försvar av status samt aggressivitet högst laddning förutom benägenheten att svara medgörligt. Hög laddning i skuld och försvar av statusvariablerna beskrivs som tecken på neuroticism och jagsvighet.

2. Den andra faktorn *Dominans* hade hög positiv laddning i behovsvariablerna dominans och exhibitionism men negativ laddning på skuld-känslor samt förvar av status. Faktorn beskriver en dominant och själv-säker ledare som tycker om att stå i centrum. Personen beskrivs som jagstark och relativt fri från skuldkänslor vilket understryker självförtroende.
3. Faktor tre: *Aggressiv non-konformitet* karaktäriseras av hög laddning av autonomi, aggressivitet samt exhibitionism. Laddningen är negativ för ordning och vård av andra. När faktorn är hög uttrycks det i strävan efter oberoende av regler, föreskrifter liksom oberoende av andra. Detta kombineras med aggressivitet och exhibitionism.
4. Faktor fyra: *Passivt beroende* innefattar behov av att bli omvårdad, sällskaps och vänskapsbehov samt försvar av status. Höga värden är tecken på osjälvständighet, beroende och hjälpsökande. Försvar av status ses som tecken på jagsvagheter. Sällskapsbehovet ses här som primärt vara uttryck för strävan efter beroende och undergivenhet.
5. Den femte faktorn *Sociabilitet* är den faktor som är minst patologiskt laddad av faktorerna. Behov av att vårda andra först samman med sällskaps och vänskapsbehov, skuldkänslor och låg aggressivitet. Höga värden kan betraktas som såväl mogen och ansvars-kännande sociabilitet som en antiaggressiv hållning.

MLQ – upplevelse av mening

Meningsfullhet är ett av Antonovskys centrala begrepp. Antonovsky (1979, 1991) refererade till andra koncept t.ex. *Hardiness* (Kobasa 1979) vilka han beskrev som inspirerade av existentiell teoribildning och begreppet *Mening*. Men han gjorde inga närmare referenser till var han själv hämtat det från. När jag frågade Antonovsky 1993 om han influerats av Viktor Frankl och dennes teorier om mening svarade han skämtsamt: "I'm a scientist, Frankl is an ideologist". Upplevelse av *Mening* beskrev Antonovsky (1979, 1991) som den avgörande skillnaden mellan *Kasam* som överordnat begrepp och enskilda copingstrategier. Forskare med fokus på existentiella perspektiv beskriver *Kasam-29* och särskilt delkomponenten *Meningsfullhet* som ett av flera existentiella självskattningsinstrument (Reker & Fry 2003; Steger et al. 2006).

The Meaning of Life Questionnaire (MLQ) utvecklades av Steger et al. (2006). Man ville utveckla ett självskattningsformulär som kunde använ-

das som utfallsmått efter terapeutiska insatser och personlig utveckling med fokus på upplevelse av mening i tillvaron. Instrumentet mäter två dimensioner *Search for Meaning (MLQ-S)* samt *Presence of Meaning (MLQ-P)*. Dimensionerna besvaras med 5 item vardera på en 7 gradig Likert skala där svarsalternativet 1 avser helt felaktigt och 7 helt rätt. Ett exempel på en fråga om *Presence of meaning* är ”Jag vet vad som är meningen med mitt liv” och på fråga om *Search for Meaning* ”Jag söker alltid efter något som får mitt liv att kännas betydelsefullt”.

En pilotstudie genomfördes med medverkan av socionomstuderande (N= 61) hösten 2006 för att testa en första översättning av formuläret till svenska. Reliabilitetskoefficient Cronbach's alpha uppmättes till α .93 för delskalan *MLQ-S* och α .86 för *MLQ-P*. Efter mindre korrigering av formuleringar efter påpekande av respondenterna uppmättes α .88 - .92 för *MLQ-S* och α .84 - .85 för *MLQ-P* vid en andra testomgång med test-retest våren 2007 med en ny grupp socionomstuderande (N= 60). Test-retest korrelationerna över en vecka uppgick för *MLQ-P* och *MLQ-S* till $r = .75$ respektive $r = .86$ ($p < .001$).

Reaktivitetsindex - empati

Högskoleförordningen reglerar vad som skall ingå i socionomexamen. Under rubriken *Värderingsförmåga och förhållningssätt* framgår att ”För socionomexamen skall studenten - visa självkännet och empatisk förmåga”. Samvarierar mått på empatisk förmåga med *Kasam-29*? Förmågan att tillgodogöra sig de resurser omgivningen erbjuder antas vara beroende av individens nivå på *Kasam* (Antonovsky 1991). Detta kan uttryckas som förmåga att tillgodogöra sig omgivningens empati och erbjudande av hjälp och stöd. Omvänt är det då också intressant att se vilken empatisk förmåga enskilda har och hur den förhåller sig till *Kasam-29*.

Davis (1980) utvecklade mätinstrumentet *Reaktivitetsindex (Davis Interpersonal Reactivity Index)* bestående av 28 item med syfte att fånga begreppet empati. Davis, liksom Holm (1987, 1995), poängterade behovet av att dela in fenomenet empati i olika delar för att fånga begreppets multidimensionella natur. Skalan är uppbyggd utifrån att empati består av kognitiva och affektiva/emotionella komponenter vilka är beroende av och påverkar varandra (Davis 1980). Mätinstrumentet består av fyra subskalor vilka återspeglar separata aspekter av empati. Varje item i besvaras på en 5-

gradig Likert skala där värde 1 indikeras om frågan ”*stämmer inte alls för mig*” och 5 ”*stämmer precis för mig*”. Två skalor mäter kognitiva aspekter och två de affektiva/emotionella aspekter. Den första kognitiva skalan benämns *Perspektivtagande (Perspective taking scale, PT)*, vilken består av frågor kring att tänka sig in i hur andra människors tänker och resonerar, att se saker ur den andres perspektiv. Den andra skalan, *Fantasi (Fantasy scale, FS)*, har frågor om att identifiera sig med t.ex. olika rollinnehavare i filmer, romaner, teaterföreställningar och andra fiktiva situationer. De två sista skalorna avser affektiva/emotionella reaktioner på andras negativa erfarenheter. Skalan *Empatisk omtanke (Empathic concern scale, EC)* frågar efter känslor av värme, medkänsla och omtanke om andra, att känslomässigt sätta sig in i andras situation. Den fjärde skalan, *Personligt obehag (Personal distress scale, PD)* frågar efter känslor av ångest, obehag och nedsatt funktionsförmåga vid möte med människor i svåra situationer. Av en studie med cirka 1000 personer av jämt fördelade efter kön framkom att korrelationerna mellan delskalorna var signifikanta men modesta förutom för delskalan *Fantasi* (Davis 1980). Davis visade att de fyra kvaliteterna var stabila karaktäristika hos individen. Kvinnor skattade högre i samtliga skalor utom den kognitiva aspekten *Perspektivtagande*. Davis tolkade skillnaden som att kvinnor i större utsträckning än män reagerade emotionellt i bemärkelsen hade större kapacitet att reagera känslomässigt än kognitivt på andras erfarenheter.

Cronbach's alpha utifrån svar från studerande termin 1 (N= 269) uppgår för *Perspektivtagande* till α .69, *Fantasi* α .79, *Empatisk omtanke* α .61 samt *Personligt obehag* α .66. Vid faktoranalys med principal komponent analys med Varimax rotation där 4 faktorer efterfrågas resulterar i fyra subskalor där enbart item 20 är flerfaktoriell. Två item överensstämmer inte med Davis teoretiska indelningen, item 13 och 22. Item 13 anges avse *Personligt obehag* men sammanförs vid faktoranalys med *Empatisk omtanke* medan motsatt förhållande gäller för item 22.

LoC – Locus of Control

”*Locus of Control*” (Rotter 1966) var ett koncept som enligt Antonovsky (1993d) haft ett stort inflytande på studier av stress och copingprocesser. Rotter (1966) gjorde med *LoC* liksom Antonovskys med *Kasam* anspråk på att mäta ett globalt förhållningssätt som inte enbart är bundet till enskilda situationer. Rotter utvecklade *LoC*-skalan, ”the I-E scale”, vilken

ursprungligen bestod av 9 item (Rotter 1966). Andersson (1976) undersökte faktorladdningen hos Rotters item och kom fram till att 8 av dem hade faktorladdning +/- 0.40 med LoC-skalan i sin helhet. I mina studier används liksom ett flertal svenska studier en 8 item skala utifrån Anderssons faktoranalys för att underlätta jämförelse (Dahlin et al. 1990; Dahlin & Cederblad 1993; Persson & Petrovic 1992). Varje item i formuläret besvaras på en 4-gradig Likert skala. LoC-skalan mäter i likhet med Antonovskys självskattningsformulär ett kontinuum. I reliabilitetstest har Hansson & Cederblad (1995a) visat på att Cronbach's alpha var $\alpha .71$. Här medverkande grupper visar på ett lägre värde för Cronbach's alpha $\alpha .62$. Skalan mäter skillnader avseende vilken grad personer upplever sig själva kontrollera sin situation respektive i vilken grad de är beroende av faktorer i sin omgivning utom egen kontroll när de upplever belöning och bestraffning. Uttrycken inre respektive yttre kontrollfokus används. De som i högre utsträckning beskriver att de själva kan kontrollera vad som händer dem har en inre kontrollfokus. De som upplever att de mer styrs av faktorer utom egen kontroll, är beroende av andra människor eller tur har högre grad av yttre kontrollfokus. Forskning har bl.a. annat visat samband mellan kontrollfokus och *inlärd hjälplöshet* (Seligman 1975), *kompetens, copingförmåga* och *motståndsförmåga mot stress* (Anthony 1991) samt *hälsobeteende* (Taylor 2006). Avseende hälsobeteende har samband mellan inre kontrollfokus tydligast framkommit med att söka information om vad som främjar hälsa men svagare samband när det gäller faktiskt hälsobeteende. Rotter gör med *Locus of Control* liksom Antonovskys med *Kasam-29* anspråk på att mäta ett globalt förhållningssätt som inte enbart är situationsbundet.

Självrapporterad hälsa och livskvalitet

Antonovsky (1979, 1991) kategoriserade *Salutogenes* som en teori om hälsa. Hur samvarierar svar på självskattningsinstrumentet *Kasam* med mått på *självrapporterad hälsa*, *symtombelastning* och *livskvalitet*?

Det första instrumentet, *Självskattad hälsa* (SRH) består av en fråga: "Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd?" ("How is your health at the present time") (Idler & Benyamini 1997; Singh-Manoux et al. 2006). En variation på instrumentet är SRH-ålder (self rated health-age, SRH-age). Utöver grundfrågan hur det allmänna hälsotillståndet upplevs finns ett tillägg där uppskattad hälsa sätts i relation till jämnåriga. Självskattad hälsa

skalorna besvaras på 5-gradiga Likertskalor där värde 1 representerar mycket dåligt, 2 dåligt, 3 något så när, 4 bra och 5 mycket bra.

Ett andra formulär som använts är uppbyggt av frågor om hälsa benämns *Symtom-30*. Formuläret är hämtat från ”*Gothenburg Quality of Life Questionnaire*” (Tibblin et al. 1990). I *Symtom-30* ingår de 30 symtom som är de vanligaste förekommande anledningarna människor anger när de besöker en vårdcentral. Respondenten ombads att svara ja eller nej på om de under de tre senaste månaderna haft ingående symtom.

1. Yrsel	11. Hosta	21. Diarré
2. Ögonbesvär	12. Känt Dig lättirriterad	22. Förstoppning
3. Hörselnedsättning/ Öronbesvär	13. Känt Dig överansträngd	23. Dålig aptit
4. Huvudvärk	14. Haft svårt att koncentrera Dig	24. Avmagring
5. Känt Dig allmänt trött	15. Känt Dig rastlös	25. Övervikt
6. Sömnbesvär	16. Haft perioder då Du känt Dig nedstämd och dystert	26. Frusenhet
7. Nervösa besvär	17. Haft lätt för att gråta	27. Ledbesvär
8. Svettingar	18. Haft svårt att slappna av	28. Ont i ryggen
9. Andfåddhet	19. Ont i magen	29. Ont i benen
10. Ont i bröstet	20. Illamående	30. Besvär med att kasta vatten/urinvägsbesvär

Figur 4. Item i Symtom-30

Vid exploratorisk faktoranalys framkommer inga enskilda faktorer bestående av item som inte också bidrar med $> .30$ till en eller flera andra. Endast fem av 30 item är endimensionella, *Haft svårt att koncentrera dig*, *Svårt slappna av* samt *Rastlöshet*, *Illamående* samt *Urinvägsbesvär*. Symtom-30 är alltså varken en- eller flerdimensionellt. Vid granskning av korrelationen mellan enskilda item framkommer dock att det finns cluster av item med högre korrelation vilka är meningsfulla att föra samman genom en kontextuell faktorindelning (se Appendix E). Kvar blir en faktor som består av följande 11 item: *Nervösa besvär*, *Känt dig lättirriterad*, *Känt dig överansträngd*, *Haft svårt att koncentrera dig*, *Känt dig rastlös*, *Perioder då du känt dig nedstämd och dystert*, *Haft lätt för att gråta*, *Haft svårt att slappna*,

Ont i magen, Illamående samt *Dålig aptit*. För dessa item erhålls Cronbach's alpha α .81 medan samtliga item tillsammans ger Cronbach's alpha α .84.

Ett tredje självskattningsformulär som anknyter till hälsa är även det hämtat från "*Gothenburg Quality of Life Questionnaire*" (Tibblin et al. 1990). Formuläret består av 18 item vilka besvara på en 7-gradig Likert-skala där värde 1 representerar *mycket dåligt* och 7 *alldeles utmärkt kunde inte vara bättre*. Ingående item presenteras i Appendix E, tabell E4. Samtliga item ger Cronbach's alpha α .87 utifrån svar av medverkande socio-nomer (N= 116).

MBI – Maslach Burnout Inverntory

Utbrändhetsbegreppet är intressant utifrån att de som är verksamma inom social service, omsorg och socialt arbete utsätts för andras utsatthet. Bergström & Thulin (2003) beskriver att rekryteringsproblem inom individ- och familjeomsorgen medför att nyutexaminerade får arbetsuppgifter som egentligen kräver mer yrkeserfarenhet. Det finns en ökad risk för långtids-sjukskrivningar med påföljande tyngre arbetsbörda för övrig personal. Denna analys bekräftas av rapport från Arbetsmiljöverket om socialsekreterares arbetsmiljö 2007 (Ternelius et al. 2007).

Christina Maslach var den som introducerade utbrändhet på ett sätt som främjat forskningen på området sedan 1970-80 talet genom att hon utvecklade instrumentet *MBI, Maslach Burnout Inventory* (Maslach 1982; Maslach et al. 1996; Söderfeldt 1997). Burnout, eller utbändhet, beskrivs som ett syndrom bestående av tre inbördes relaterade kategorier. Maslach (1982) beskrev utbrändhetssyndrom som resultatet av en process som börjar med *Emotionell utmattning* som leder till *Depersonalisation* vilket i sin tur leder till *Nedsatt personlig prestation*. Upplevelse av utbrändhet beskrevs befinna sig på ett kontinuum och inte som ett dikotomt tillstånd. MBI består av 22 item fördelade på tre faktorer. Varje item besvaras på en 7-gradig Likert skala. Den första faktorn *Emotionell utmattning (Emotional exhaustion, EE)* mäter graden av negativ emotionell påverkan som individen upplever i sitt arbete. EE beskrivs som huvudkategorin och avser upplevelser av att inte ha mer resurser att tillgå, vara emotionellt tömd och inte orka med att möta andra människor. Den andra faktorn, *Depersonalisation (Depersonalization, DP)*, refererar till upplevelser av att vara utled på andra människor, vänta sig de värsta av dem, samt inte bry sig om andras

behov av hjälp och omsorg. Faktorn avser i vilken utsträckning individen ser andra människor, i huvudsak klienter, som objekt. Den tredje faktorn, *Personlig prestation (Personal accomplishment, PA)*, mäter upplevelse av prestationsförmågan i arbetet och känslor av otillräcklighet i möte och arbete med andra människor. Interkorrelationen mellan MBI kategorierna och resultat från faktoranalys visar på att frågeformuläret har hög intern validitet (Maslach et al. 1996; Söderfeldt, 1997). Formulärets item är samtliga relaterade till upplevelser sammanhängande med arbete i det som Hasenfeld (1983) benämner människobehandlande organisationer. Cronbach's alpha för undersökningsgruppen socionomer har uppmätts enligt följande: *Emotional exhaustion* α .80, *Depersonalization* α .63 och *Personal accomplishment* α .78.

ASK - Arbetsplatsfaktorer och kompetens

Som ett komplement till mått på utbrändhet önskade jag ställa frågor till yrkesverksamma socionomer om hur de uppfattade arbetsplatsfaktorer som arbetsbelastning, socialt stöd från arbetskamrater och ledning samt hur såväl de själva som andra uppfattade deras kompetens.

För undersökning om samband mellan *Kasam-29* och arbetsplatsfaktorer har modifierade formulär från andras tidigare forskning använts såväl som ett antal enskilda nya frågeställningar (Gustle et al. 2007). Det modifierade frågeformuläret är konstruerat med *ASK- ett frågeformulär för att mäta arbetsbelastning, socialt stöd, kontroll och kompetens i arbetslivet* (Hovmark & Thomsson 1995) som förlaga. Modifieringen har gjorts och tidigare använts av Gustle (2007) vid implementeringsstudie av Multisystemisk terapi. Modifieringen gjordes av Gustle et al. efter att faktoranalys visat på att den förklarade variansen blev större med fem faktorer än med fyra i den ursprungliga modellen. Vid granskning av de enskilda item framgår att frågor omformulerats till en enhetlig form utan negeringar. Item har dock även uteslutits samt ersatts med nya. Den faktor som tillkommit utöver de ursprungliga har av Gustle et al. fått benämningen *arbetsklimat (work demands)*. De ursprungliga konstruktörerna har rekommenderat modifiering av formuläret genom att tillföra kompletterande frågor inom några subdimensioner (Hovmark & Thomsson 1995). Exempel på dessa är informativt och känslomässigt stöd, planering i grupp och kompetensutveckling, men även frågor som anknyter till psykisk ansträngning samt kontroll och inflytande på arbetsresultatet.

Det av Gustle et al. utvecklade formuläret består av 45 item vilka genom konceptuell och konfirmatorisk faktoranalys utkristalliserats i fem faktorer: 1. *Arbetskrav* som mått på arbetsmängd, person- och rollkonflikter, samt arbetsuppgifternas svårighetsgrad. 2. *Kontroll* avseende planering av tid, val av metoder samt inflytande över mål i arbetet. 3. *Arbetsklimat* som mått på graden av prestige och maktkamp, motstridiga krav, acceptans från kollegor samt kamratskap. 4. *Socialt stöd* i form av värderande, informativt, instrumentellt samt känslomässigt stöd. 5. *Expertise/kompetens* som mått i vilken utsträckning arbetet innehåller avancerade arbetsuppgifter för vilka egna kunskaper och färdigheter efterfrågas samt i vilket utsträckning arbetet bidrar till upplevelse av personlig utveckling.

Vid exploratorisk faktoranalys på medverkande undersökningsgrupp (n= 116) framkommer även 5 faktorer. Femfaktormodellen förklarar 55 % av variansen. Beräkning av Cronbach's alpha för de fem faktorerna gav följande värden: *Arbetskrav* α .88, *Kontroll* α .87, *Arbetsklimat* α .77, *Socialt stöd* α .67 samt *Expertise/kompetens* α .89. Här har det modifierade formuläret använts. Modifieringarna gjorda av Gustle et al. (2007) betraktas efter jämförelse med den ursprungliga skalan ha gjorts i enlighet med rekommendationer från konstruktörerna.

Frågor om attityder och socialt stöd

Till de senare undersökningsgrupperna, dvs. efter 1998, ställdes olika enskilda frågor som uppfattades som relevanta för respektive undersökningsgrupp. Frågorna har besvarats på en 7-gradig Likert-skala i övensstämmelse med en studie av engelska socialarbetare (Baker et al. 1997). Yrkesverksamma har svarat på hur de tror att *andra* ser på deras professionella kompetens. Med *andra* avses, vänkrets, arbetskollegor, arbetsledning, politiker, samarbetspartners inom andra verksamheter, media samt allmänheten. Frågan var formulerad på följande sätt: ”Hur uppfattar du att *andra* ser på *Dina yrkesmässiga kunskaper och Din kompetens*”. Det ställdes även en fråga som berörde ifall krav i arbetet påverkar hem- och familjeliv på ett negativt sätt. Likaså svarade respondenterna på den omvända frågan, dvs. om det privata livets krav påverkade i det dagliga arbetet. De yrkesverksamma tillfrågades även om de hade tillgång till intern och/eller extern handledning. Tilläggsfrågor ställdes till denna fråga med tre fokus: hur stor del handledningen bidrog till att handlägga och möta klienter, anknytning till relevant teori och dess funktion som fortbildning, samt grad av personlig

support och stöd i arbetet. Respondenterna har även tillfrågats om fritidsaktiviteter och hobbies mm.

Undersökningsgruppen socionomer, vilka påbörjade utbildningen 1995, har även besvarat frågor om *boende, civilstånd, anställningsförhållanden, nöjd med yrkesval, sjuktal, livskvalitet, arbetsplatsklimat, relation arbete och hem, föreningsaktivitet, fritid och hobby* mm.

Statistiska metoder

Statistiska beräkningsmetoder har använts utifrån vedertagna riktlinjer och rekommendationer från litteratur om statistisk bearbetning och analys (Aronsson 1999; Djurfeldt et al. 2003; Hair et al. 2006). Frekvenstabeller används för att beskriva fördelningar mellan olika grupper och variabler. Medelvärden och standardavvikelse används för att beskriva central- och spridningsmått för i studier ingående undersökningsgrupp. Data från respektive formulär presenteras utifrån råpoäng från enskilda variabler vilka sammanräknas för respektive formulärs faktorindelning när sådan finns. Ett undantag är CMPS som redovisas i Stanine-poäng avseende såväl behovsvariabler som faktorindex utifrån en jämförelsegrupp (Cecarec & Marke 1968). Homogenitetstest, Cronbach's alpha presenteras för ingående frågeformulär. Formulär som enligt konstruktörerna innefattar flera subskalor har kontrollerats för faktorindelning. För *Kasam-29* presenteras även interitemkorrelationer där varje item i frågeformuläret korreleras med totalsumman minus vad det själv bidrar med. Samband mellan olika variabler presenteras med Pearsonkorrelationer. Samband mellan *Kasam-29* och andra variabler Korrelationer presenteras indelade i fyra kategorier: under 0.30 som svaga, mellan 0.31 – 0.60 som måttliga, 0.61 – 0.80 som starka och över 0.80 som mycket starka.

Faktoranalys av självskattningsformuläret *Kasam-29* har gjort med "*Principal component analysis*". För faktorextraktion har metoden *Varimax för orthogonal rotation* använts. I ett första steg har en exploratorisk faktoranalys gjorts utan att efterfråga ett specifikt antal faktorer (eigenvalue ≥ 1). I ett andra steg efterfrågas Antonovskys tre delkomponenter *Begriplighet, Hanterbarhet* samt *Meningsfullhet*. Extraktionsmetoden är även här "*principal component analys*" med rotationsmetod "*Varimax with Kaiser Normalization*". Faktorladdning $< .30$ har inte tagits med. När bedömning görs om subskalor skall användas eller inte hänger samman med om man anslu-

ter sig till vedertagna riktlinjer vid faktoranalys. Aronsson (1999) presenterar i en sammanfattning av litteratur om faktoranalys att faktorladdning bör vara hög (> 0.3) på enbart en faktor och att laddningen på övriga item/variabler bör vara låg (< 0.3) när en faktor urskiljs. Om laddningen för ett item/variabel är hög (≥ 0.3) på mer än en faktor betraktas variabeln som flerdimensionell. I tolkningen av faktoranalys har följande rekommenderade tumregler använts:

< 0.3	Ej acceptabla
$\geq 0.3 - < 0.4$	Intressanta
$\geq 0.4 - < 0.5$	Viktiga
≥ 0.5	Praktiskt signifikanta

Efter: Aronsson 1999

Frekvensfördelning har tagits fram med test av *skewness* och *kurtosis*. Skillnader mellan grupper har undersökts med t-test och envägs Anova, post.hoc. Sheffe. För att undersöka hur *Kasam-29* kan förklaras har multivariat regressionsanalys samt flerfaktors Anova (*univariat analys av varians*) använts. *Kasam-29* har fått vara beroende variabel, utfallsmått, medan resultat från övriga formulär varit oberoende variabel, resultat från andra mått. När övriga formulär innefattar mer än en variabel och när flera formulärs variabler tagits med i multivariat analys har en *multipl stegvis regressionsanalys* gjorts. Regressionsanalysernas syfte är att analysera och söka förklara variationen i den beroende variabeln, *Kasam-29*. Med den stegvisa modellen framkommer de variabler som bidrar signifikant till förklaringen medan övriga utesluts. Variablerna som bidrar mest förs först in varefter övriga variabler kommer in i ordning efter hur mycket de bidrar. Vid regressionsanalyserna har förklarad varians (r^2) och korrigerad förklarad varians (*adjusted r^2*) jämförts. Skillnaderna var marginella, 1 till 2 %, och påverkar inte tolkningen av regressionsanalyserna varför enbart det första värdet (r^2) presenteras.

Vid beräkning av utfall för enskilda variabler bidrar varje respondents svar enbart från ett svarstillfälle förutom vid redovisning av test-retest samt presentation av longitudinella data. Uppbyggnad av databas samt statistisk bearbetning och analys har gjorts med hjälp av SPSS (SPSS Inc. 2003).

Resultat

I detta kapitel presenteras reliabilitet och validitet för *Kasam-29* samt hur det förhåller sig till några olika koncept, som uppfattas vara intressanta avseende socionomstuderande och yrkesverksamma socialarbetare. Först granskas konstruktionen av självskattningsformuläret med stöd av svar på enkäter av socionomstuderande och socionomer.

Kasam-29 formulärets konstruktion

Interkorrelationen mellan *Kasam-29* som helhet och de tre hypotetiska subskalorna, *Begriplighet*, *Hanterbarhet* och *Meningsfullhet* uppvisar starka korrelationer från $r = .79$ till $r = .91$. Korrelationerna mellan de hypotetiska subskalorna uppgår till $r = .48$ till $r = .70$. Samtliga korrelationer har en hög signifikans ($p < .001$). Detta borde innebära att det svårligen går att urskilja några subskalor.

Vid exploratorisk faktoranalys, *Principal component analysis* med rotationsmetoden *Varimax with Kaiser Normalization* och $\text{eigenvalue} \geq 1$, där inget specifikt antal faktorer efterfrågas faller 6 faktorer ut. De enskilda faktorerna förklarar mellan 5.6 och 13.9 procent av variansen. Tillsammans förklarar de 52 procent av variansen men visar ingen överensstämmelse med de hypotetiska subskalorna: *Begriplighet*, *Hanterbarhet* och *Meningsfullhet*.

I tabell 3 presenteras resultat av faktoranalys när Antonovskys ursprungliga tre delkomponenter efterfrågas. Samtliga item har en faktorladdning på $>0,3$ på en eller flera faktorer. Samtliga item är intressanta, viktiga eller praktiskt signifikanta medan 12 av dem är flerdimensionella. En första faktor domineras av meningsfullhetskomponenten, en andra av begriplighetskomponenten medan den tredje faktorn består av två begriplighets- och en hanterbarhetskomponent. De tre faktorerna förklarar tillsammans 40 procent av variansen. Den första faktorn består av 7 av de 8 frågorna från meningsfullhetskomponenten på nivåer som enligt Hair et al. (2006) betraktas som praktiskt signifikanta (> 0.5). Faktoranalysen ger inget stöd för en trefaktorindelning av *Kasam-29* skalan.

Tabell 3. Faktorladdning vid faktoranalys med tre faktorer (N= 764)

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Teoretisk komponent	Korrelation summa <i>Kasam-29</i> minus respektive item (r=)*
Item 22	.70			Meningsfullhet	.48
Item 7	.69			Meningsfullhet	.45
Item 11	.68			Meningsfullhet	.24
Item 14	.61			Meningsfullhet	.58
Item 28	.57	.34		Meningsfullhet	.60
Item 8	.57			Meningsfullhet	.54
Item 23	.54			Hanterbarhet	.39
Item 16	.52			Meningsfullhet	.43
Item 13	.49		.36	Hanterbarhet	.47
Item 27	.47		.32	Hanterbarhet	.44
Item 20	.41	.37		Hanterbarhet	.54
Item 4	.38			Meningsfullhet	.39
Item 2	.33			Hanterbarhet	.36
Item 6		.74		Hanterbarhet	.50
Item 5		.70		Begriplighet	.43
Item 10		.50		Begriplighet	.24
Item 25		.49	.32	Hanterbarhet	.50
Item 21		.36	.54	Begriplighet	.64
Item 9	.38	.48		Hanterbarhet	.55
Item 29		.47	.43	Hanterbarhet	.62
Item 1		.40		Begriplighet	.51
Item 17	-.34	.37	.32	Begriplighet	.16
Item 15			.70	Begriplighet	.48
Item 26		.63		Begriplighet	.47
Item 18			.55	Hanterbarhet	.34
Item 19		.36	.54	Begriplighet	.60
Item 24		.36	.54	Begriplighet	.51
Item 12		.31	.49	Begriplighet	.56
Item 3			.35	Begriplighet	.33
Förklarad varians %	16.4	12.0	11.8		

*Samtliga korrelationer summa *Kasam-29* minus respektive item är signifikanta på nivån $p < .001$

Kasam-29 för socionomstuderande och socio- nomer

Med stöd av resultaten av faktoranalys i förgående kapitel görs beräkningar i det följande med hypotesen att *Kasam-29* är ett endimensionellt mått utan subskalor i enligt Antonovskys intention (Antonovsky 1991).

I tabell 4 (sidan 102) presenteras medelvärden för *Kasam-29* för var och en av de medverkande undersökningsgrupperna. Dessa data utgör underlag för de följande beräkningarna. Presentation fördelat på kön har gjorts enbart då antalet medverkande kvinnor respektive män varit tillräckligt stort för att identifikation av enskilda medverkande inte skall var möjligt. I tabellen syftar kategorin studerande genomgående på socionomstuderande.

Med syfte att underlätta jämförelse mellan medverkande grupper samt jämförelsegrupper presenteras i Tabell 4 medelvärden för *Kasam-29* för fyra grupper: A/ termin 1 studerande i Sverige där de tre grupperna sammanförts, B/ social work students i England, C/ avgångsstudenter samt D/ yrkesverksamma socialarbetare/socionomer.

Envägs variansanalys (*One-way Anova*) visar att det är signifikant skillnad på medelvärdet för *Kasam-29* mellan undersökningsgrupperna ($F= 55.59$, $p < .001$). Post Hoc test, Scheffe, visar att svenska socionomstuderande på termin 1 har signifikant lägre värden för *Kasam-29* än yrkesverksamma socialarbetare ($p < .001$). Termin 1 studerande har även signifikant lägre *Kasam-29* än studerande på termin 7 ($p < .05$). Socionomstuderande i slutet av sin utbildning, termin 7, har signifikant lägre värden för *Kasam-29* än yrkesverksamma socionomer ($p < .01$). Inga signifikanta skillnader framkommer mellan de olika yrkesverksamma grupperna. Skillnaden i medelvärde för *Kasam-29* är signifikant för studerande på samma utbildningsnivå i England och Sverige ($p < .001$).

Tabell 4. Kasam-29 fördelat efter undersökningsgrupp och kön (N= 764)

grupp	Undersökningsgrupper	N=	N=	Kasam-29	Kasam-29	kvinnor/män	Skewness /
		kvinnor/män	kvinnor/män	min/max	M (sd)	Kasam-29	Kurtosis
						M (sd)	
1	A	388	324/64	76/182	140.0(19.2)	140.2(19.4) / 139.0(18.4)	.56 / .57
	I term. socionomstuderande 1995-2004						
2	B	184	169/15	87/185	133.6(18.7)	133.7(19.2) / 132.5(11.7)	.07 / -.51
	I term students Sheffield 2002-04						
3	C	76	62/14	79/178	146.5(16.1)	147.7(14.0) / 141.1(23.1)	.60 / .55
	7:e termstuderande 1998 (53 retest från 1995)						
4		119	87/32	115/185	154.3(14.1)	155.0(13.8) / 152.3(14.9)	.10 / -.11
	Socialarbetare barn och ungdom 1992						
5		73	70/3	110/188	158.9(15.1)	-	.73 / .81
	Sjukhuskuratorer 1995						
6		52	50/2	112/181	154.1(18.1)	-	.75 / .12
	Sjukhuskuratorer 2000 (retest från 1995)						
7		116	99/17	92/187	151.7(16.8)	151.5(16.3) / 152.9(19.7)	.57 / .70
	Tidigare studerande 2006 (retest från 1995)						
4, 5, 7	D	308	256/52	92/188	154.4(15.5)	154.6(15.4) / 153.3(16.3)	.48 / .52
	Yrkesverksamma socialarbetare / socionomer						
		764	650/114	76/188	142.5(19.8)	142.5(20.1) / 142.6(18.1)	.41 / .05
	Totalt antal medverkande (exklusive retest)						

Kasam-29 och normalfördelning

Att undersöka om undersökningsgrupper är normalfördelade rekommenderas då många statistiska test görs utifrån antagande om normalfördelning (Hair et al. 2006). *Skevhet* eller *symmetri* (*skewness*) samt *toppighet* (*kurtosis*) beräknades för undersökningsgrupperna sammantaget samt för de enskilda grupperna (se Tabell 4). Vid beräkning för den totala undersökningsgruppen medverkar varje respondent enbart med värden från första undersökningstillfället. Värden för *skevhet* och *toppighet* visar om fördelningen av värdena för *Kasam-29* avviker från en normalfördelning. Inga värden överstiger 1.0 för *skevhet* och *toppighet* vilket indikerar att grupperna uppvisar en normal symmetrisk fördelning avseende *Kasam-29*. När beräkning görs utifrån kön framkommer skillnader för nybörjarstuderande i såväl England som Sverige avseende *toppighet*. Fördelningens svans för männen är längre, plattare, än fördelningen för hela gruppen vilket indikerar att männens värden inte är normalfördelade. Resultaten av undersökning om fördelning av *Kasam-29* visar att undersökningsgrupperna sammantaget, men även för enskilda grupper, uppvisar normalfördelade värden med liten *skevhet* och *toppighet*.

Kasam-29 för medverkande och jämförelsegrupper

Skiljer sig *Kasam-29* för medverkande undersökningsgrupper från andra grupper? T-test för oberoende grupper har beräknats med syfte att klargöra om medverkande är representativa som normalpopulationer. I tabell 5 presenteras t-test (Ferguson 1959) för ett urval andra svenska undersökningsgrupper där *Kasam-29* använts. Grupperna som ingår befinner sig på motsvarande utbildningsnivå som studerande vid första (grupp A) och sista terminen (grupp C) på socionomutbildningen men även yrkesverksamma inom vård och omsorg. Några kontrollgrupper och kliniska grupper har också tagits med i beräkningen. Män och kvinnor redovisas tillsammans då det inte framkommit signifikanta skillnader i *Kasam-29* relaterat till kön (se senare kapitel). När undersökningar inte redovisat data för män och kvinnor tillsammans har värden för kvinnor använts.

Tabell 5. T-test med urval av undersökningsgrupper i Sverige studerande termin 1 och 7 (grupp A resp. C) samt yrkesverksamma sacionomer (grupp D)

Undersökningsgrupper	Kasam-29 M (sd)	N=	Grupp A		Grupp C		Grupp D	
			t		t		t	
Sjuksköterskestuderande (Thorell-Ekstrand 1993)	143.0 (13.0)	95	1.44 ns	- 1.57 ns	- 6.50 ***			
Arbetssterapeutstuderande (Brånholm 1998)	142.0 (16.0)	71	- .87 ns	- 1.70 ns	- 6.04 ***			
Universitetsstuderande (von Bothmer & Fridlund 2003)	142.5 (21.4)	157	1.41 ns	- 1.67 ns	- 6.85 ***			
Sjuksköterskor (Langius et al. 1992)	152.0 (17.0)	35	3.57 ***	1.64 ns	- .86 ns			
Läkare (Holm 1995)	150.7 (14.7)	35	3.21 **	1.31 ns	- 1.34 ns			
Kontrollgrupp Stockholm (Langius & Björvell 1993)	151.0 (18.0)	145	5.99***	1.83 ns	- 2.07 *			
Klinisk grupp parrterapi (Lundblad 2005)	132.4 (23.2)	317	- 4.76 ***	- 5.10 ***	- 13.90 ***			
Klinisk grupp tidigare CD (Olsson 2007)	123.2 (27.8)	117	- 7.41 ***	- 6.62 ***	- 14.60 ***			
Patienter, diagnos schizofreni (Bengtsson-Tops & Hansson 2001)	129.0 (26.6)	120	- 4.97 ***	- 5.16 ***	- 12.30 ***			
Patienter, diagnos cancer (Ramfelt et al. 2000)	150.0 (19.0)	86	4.38 ***	1.26 ns	- 2.21 *			

ns= non significant, * p<.05, ** p<.01, *** p<.001,

Av tabell 5 framgår att det inte finns någon signifikant skillnad i medelvärde för *Kasam-29* mellan socionomstuderande och deltagare vid andra utbildningar på motsvarande nivå. Inga skillnader framkommer mellan termin 7 studerande och övriga grupper av studerande samt yrkesverksamma. Yrkesverksamma har signifikant högre värden än studerande, medan det inte framkommer skillnader mellan socialarbetare och andra yrkeskategorier med inriktning på vård och omsorg. Kliniska grupper med relationsproblematik eller psykiatrisk problematik har signifikant lägre värden än övriga grupper. Patientgrupper med somatisk problematik skiljer sig inte från kontrollgrupperna och de studerande, men har signifikant lägre *Kasam-29* än de yrkesverksamma socialarbetarna.

Tidigare socionomstuderande, vilka ingår i grupp D, har även i jämförelse med SCB befolkningsstatistik i några avseenden funnits vara representativa i förhållande till normalpopulation för boende i Sverige utifrån några sociodemografiska faktorer (Gassne & Lenz 2007). Faktor som överensstämmer innefattar socioekonomisk position, boende samt kulturell och nationell bakgrund. Avseende könsfördelning och ålder är de däremot inte representativa. Bland socionomerna framkommer en viss överrepresentation avseende respondenternas föräldrar från socioekonomisk position 6 och 7 till skillnad från genomsnittet för högskoleutbildningar.

Sammanfattningsvis kan de i undersökningarna medverkande grupperna inte betraktas som representativa för en normalpopulation i Sverige. Det finns däremot inte några signifikanta skillnader för *Kasam-29* mellan de svenska socionomstuderande och yrkesverksamma socialarbetare och resultat från motsvarande grupper som publicerats i vetenskapliga tidskrifter eller i doktorsavhandlingar som granskats.

Kasam-29 och reliabilitet

Reliabilitet avser här hur stringent och tillförlitligt ett frågeformulär är. Med hjälp av reliabilitetstest är det möjligt att undersöka instrumentets uppbyggnad, de item som ingår och deras inbördes relation och få svar på i vilken utsträckning instrumentet är behäftat med mätfel. Möjlighet ges också att identifiera item som är problematiska. I det följande har fyra reliabilitetstest använts.

Två test har använt för att mäta *Kasam-29* skalans homogenitet eller enhetlighet. Det första testet, benämnt Cronbach's alfa, undersöker den

interna konsistensen baserat på den genomsnittliga inter-item korrelationerna (Cronbach 1951). Höga värden nära 1.0 indikerar hög reliabilitet medan värden under .70 inte betraktas som acceptabla (Hair et al. 2006).

Det andra testet har utförts genom att beräkna Pearson korrelationen mellan varje item och totalsumman minus värdet för varje enskilt korrelerat item. Detta för att på så sätt visa koefficienten för hur homogen skalan är (Streiner & Norman 1995). Låga värden pekar på att ett item är problematiskt och enbart i begränsad utsträckning bidrar till totalsumman, samtidigt som allt för höga värden skulle antyda att skalan inte var uppbyggd av olika fasetter samt att den skulle kunna reduceras till färre item.

Ett tredje sätt att undersöka frågeformulärets reliabilitet har gjort med hjälp av test-retest över kortare och längre perioder mellan olika mättillfällen för samma respondenter.

Ett fjärde reliabilitetstest som använts är undersökning av hur stabil Pearson korrelationen är mellan *Kasam-29* och ett annat självskattningsinstrument vid test-retest. Om korrelationerna i det närmaste är konstanta är reliabiliteten hög (Hair et al. 2006).

Homogenitet för *Kasam-29*

Kasam-29 skalans reliabilitet mätt med Cronbach's alpha var α .90 beräknat utifrån medverkande undersökningsgrupper (N= 764). Varje respondent medverkar enbart vid första undersökningstillfället.

Av tabell 3 (sidan 100) framgår *Kasam-29* skalans homogenitet beräknat med hjälp av Pearson-korrelationerna mellan varje item och totalsumman minskats med värdet för respektive item. Flertalet item bidrar till summavärdet på ett likartat sätt. För samtliga item är korrelationerna signifikanta. Item 10, 11 och 17 bidrar positivt men markant lägre än övriga item. Resultaten bekräftar att *Kasam-29* är en endimensionell skala, men även att den kan utvecklas avseende ingående item.

Test-retest av *Kasam-29*

Test-retest har gjort över en vecka för att mäta reliabiliteten för *Kasam-29*. Undersökningsgruppen består av 60 studerande, 49 kvinnor och 11 män, på socionomutbildningens fjärde termin i Lund våren 2007. Test-retest har även gjorts över ett år med medverkan av yrkesverksamma sociono-

mer, bestående av gruppen tidigare socionomstuderande. Denna undersökningsgrupp består av 98 studerande, 84 kvinnor och 14 män.

Tabell 6. Test-retest av *Kasam-29*

Kasam-29 T ₁ & Kasam-29 T ₂	N	r	t
Över 1 vecka	60	.89***	.60 ns
Över 1 år	98	.84***	1.04 ns

ns= non-significant, *** = $p < .001$,

Av tabell 6 framgår att Test-retest korrelationerna är höga och att t- värdena inte är signifikanta över såväl en vecka som ett år, vilket tyder på hög reliabilitet för *Kasam-29* utifrån aktuella grupper.

Ett annat sätt att mäta reliabilitet med test-retest för *Kasam-29* är att se hur stabilt det förhåller sig till ett annat självskattningsformulär i mönstret på test-retest korrelationerna. Studerande på socionomutbildningens 4:e termin besvarade *Kasam-29* tillsammans med ”*Meaning in Life Questionnaire*”, utvecklat av Steger et al. (2006). Korrelationen mellan *Kasam-29* och delskalan *Upplevelse av mening (MLQ-P)* uppgick till $r = .48$ vid båda tillfällena ($p < .001$). För *Kasam-29* och *Sökande efter mening (MLQ-S)* framkom vid första tillfället $r = -.31$ och vid andra tillfället efter en vecka $r = -.27$ ($p < .05$). Mönstret i korrelationerna överensstämmer väl mellan undersökningstillfällena framförallt för *Kasam-29* och *Upplevelse av mening*, medan den är något lägre mellan *Kasam-29* och *Sökande efter mening*. Resultaten ger stöd för att *Kasam-29* har hög reliabilitet.

Resultaten från test-retest över en vecka, ett år samt i förhållande till ett annat instrument ger stöd för att självskattningsformuläret *Kasam-29* har hög reliabilitet.

Kasam-29 och stabilitet över tid

Antonovsky hävdade att *Kasam-29* är instabilt fram till cirka 30-års ålder, för att därefter vara relativt stabilt men med mindre fluktuationer beroende på livsomställningar (Antonovsky 1991, 1993). Med test-retest prövas ett instruments reliabilitet, tillförlitlighet, över avgränsade tidsperioder, vanligtvis några dagar eller veckor. Skillnader i mätvärden över längre tid mäter hur stabilt *Kasam-29* är över olika tidsperioder. Stabilitet över tid kan inte enkelt rubriceras under vare sig reliabilitet eller validitet varför det här får en egen rubrik.

För att beräkna stabilitet för *Kasam-29* över tid har tre metoder använts. Den första metoden är T-test med vilket medelvärde för *Kasam-29* för undersökningsgrupper representerande olika åldersgrupper jämförs i en tvärsnittsstudie (Hair et al. 2006). Den andra metoden är *paired sample T-test*. Med *paired sample T-test* beräknas korrelationerna för *Kasam-29* för respektive undersökningsgrupp vid olika tillfällen. Med den tredje metoden har varje undersökningsgrupp delats in i två grupper. En där de medverkande är 30 år eller yngre och en där de är 31 år och äldre. Gränsen 30 år har används som brytpunkt då det enligt Antonovsky (1991) är då som *Kasam* antas stabiliserad för att sedan vara i huvudsak stabil med enbart mindre fluktuationer under resten av livet. Utifrån denna indelning prövas om det framkommer signifikanta skillnader i *Kasam-29* över tid mellan gruppen som passerar 30 år mellan undersökningstillfällena och de som redan enligt Antonovskys hypotes tillhör den grupp över 30 år som antogs ha en mer stabil *Kasam*. Slutligen presenteras förändring över tid utifrån indelningen *Svag*, *Måttlig* och *Stark Kasam* enligt Antonovskys kriterier för indelning (Antonovsky 1991). En standardavvikelse från medelvärdet används som brytpunkt för *Svag*, *Måttlig* och *Stark Kasam-29*.

Först presenteras medelvärden vid två tillfällen avseende *Kasam-29* för tre undersökningsgrupper. Den första gruppen består av studerande vilka fullföljde socionomutbildningen inom 4 år 1998. Den andra gruppen är sjukhuskuratorer vilka medverkat i test-retest över 5 år, år 1995 – 2000. Den tredje gruppen består av medverkande i 11 års uppföljningsstudie, påbörjade socionomutbildningen 1995. I den senare gruppen finns enbart de medtagna som fyllt i *Kasam-29* vid båda tillfällena, 1995(T₁) och 2006(T₂).

Tabell 7. Medelvärden för *Kasam-29* mellan tidsperioderna 4, 5 och 11 år

Yrkesstatus	N=	Kasam-29 M (sd) T ₁	Kasam-29 M (sd) T ₂	r	t
Studera Stabilitet över 4 år	67	141.0 (20.2)	146.6(16.5)	.67***	3.00**
Sjukhuskuratorer Stabilitet över 5 år	52	157.8(16.4)	154.1(18.1)	.81***	2.50*
Tidigare studera Stabilitet över 11 år	112	140.2 (20.0)	151.8(16.7)	.45***	6.30***

* = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .001$

Av tabell 7 framgår att studera som fullföljde utbildningen hade, beräknat på gruppnivå, signifikant högre *Kasam-29* termin 7 än när de började utbildningen. Sjukhuskuratorerna hade däremot efter 5 år signifikant lägre värden för *Kasam-29*.

Sjukhuskuratorerna som medverkade hade med beräkning med t-test signifikant högre *Kasam-29* än de studera som fullföljt utbildning beräknat efter första undersökningstillfället hösten 1995 ($t = 4.9$, $p < .001$). Vid andra undersökningstillfället, när de studera befinner sig i slutet av sin grundutbildning, har de yrkesverksamma sjukhuskuratorerna fortfarande ett signifikant högre medelvärde för *Kasam-29* ($t = 2.3$, $p < .05$). Vid t-test framkommer ingen signifikant skillnad i *Kasam-29* för socionomstudera som går att hänföra till kön varken vid det första ($t = 1.1$, $p = .30$) eller andra undersökningstillfället ($t = 1.8$, $p = .08$). I gruppen sjukhuskuratorer är männen för få för att en beräkning skall kunna göras. Test av stabilitet över 11 år för de som medverkade i undersökningen 2006 uppvisade svagare korrelation än vad som framkom över 4 och 5 år. *Kasam* är signifikant högre för den aktuella undersökningsgruppen 11 år efter att de påbörjade sin socionomutbildning.

Stabiliteten har även prövats genom att granska hur *Kasam-29* korrelerar med Reaktivitetsindexfaktorn *Personligt obehag (PD)*. Korrelationskoefficienten för undersökningsgruppen socionomer verksamma inom hälso- och sjukvård var relativt stabil mellan de två undersökningstillfällena över fem år ($r = -.55$ respektive $r = -.43$, $p < .001$). Socionomstudera i början och slutet av utbildningen, över 4 år, uppvisade också korrelationer på motsvarande nivå ($r = -.56$ respektive $r = -.50$, $p < .001$).

I tabell 8 presenteras gruppen som avlagt socionomexamen fördelade efter två åldergrupper, 30 år eller yngre samt 31 år och äldre, vid första undersökningstillfället.

Tabell 8. Medelvärden för *Kasam-29* år 1995 (T_1) samt 2006 (T_2) för gruppen som avlagt socionomexamen (N= 112)

Ålder 1995	N	Kasam-29 1995 T_1	Kasam-29 2006 T_2	r	t
≤30	88	138.8(19.7)	151.5(16.5)	.41***	6.00***
>30	24	145.3(19.5)	152.2(18.1)	.62***	2.06*
Total	112	140.2(19.7)	151.7(16.8)	.45***	6.30***

* = $p < .05$, *** = $p < .001$

Vid t-test framkommer att såväl de yngre som äldre studerande utvecklat en signifikant högre *Kasam-29* mellan undersökningstillfällena. Skillnad i *Kasam-29* var inte signifikant mellan de yngre och de äldre vid varken det första undersökningstillfället ($t = -1.44$, $p = .16$) eller det andra 11 år senare ($t = -.58$, $p = .56$). Vid beräkning med oberoende t-test av medelskillnaden i medelvärdet för *Kasam-29* över 11 år framkom ingen signifikant skillnad mellan gruppen som var ≤ 30 eller >30 vid första undersökningstillfället ($t = -1.31$, $p = .20$). *Kasam-29* uppvisar samma instabilitet i båda grupperna. Undersökningsgrupperna består av för få män för att en jämförelse skall kunna göras som relaterar till kön.

I tabell 9 presenteras förändring av *Kasam-29* mellan tre kategorier: *Svag*, *Måttlig* och *Stark Kasam-29*. Brytpunkt för *Svag* respektive *Stark* utgår från medelvärdet (142.5) +/- en standardavvikelse (20) för den totala undersökningsgruppen omfattande 764 individer. Samma brytpunkter används för både kvinnor och män då ingen signifikant skillnad i *Kasam-29* har framkommit relaterat till kön.

Tabell 9. Förändring *Kasam-29* över 4 år för studerande termin 7 (N= 67)

	Antal 1995	Antal 1998/99	Oförändrad	en kategori upp	en kategori ned	en std. höjning
Svag <i>Kasam-29</i> (≤ 122)	11	4	4	7	-	5
Måttlig <i>Kasam-29</i> (123-162)	47	52	38	9	0	11
Stark <i>Kasam-29</i> (≥ 163)	9	11	2	-	7	2
Totalt	67	67	44	16	7	18

Flertalet av de studerande, 66 procent, har inte förändrat sin *Kasam-29* mellan kategorierna, medan 22 procent höjer *Kasam-29* en nivå under de år de varit studerande vid socialhögskolan. Resterande 7 respondenter sänker sig en nivå. Av de studerande som fullföljt utbildningen har 23 personer förändrat sin *Kasam-29* mellan de tre kategorierna. Ingen med *Måttlig* eller *Stark Kasam-29* har förändrats till kategorin *Svag*. De studerande med oförändrad *Svag Kasam-29* var samliga under 30 år vid första undersökningstillfället. Antonovsky (1996b) hävdade att förändringar av *Kasam-29* med 5 enheter ”inte var något att fnysa åt” (not to be sneezed at, a.a., s. 176). Intressantare än eventuella förändringar i kategoritillhörighet är frekvensen av förändringar i *Kasam-29* med mer än en standardavvikelse upp eller ner. Av respondenterna har 23 förändrat sin *Kasam-29* mellan kategorierna *Svag* *Måttlig* och *Stark* varav 18, 34 procent, med en standardavvikelse.

För yrkesverksamma socionomer inom gruppen hälso- och sjukvård framkommer att 6 av 52 respondenter förändrat sitt värde för *Kasam-29* en nivå nedåt över 5 år. Av dessa har 4 respondenter sänkt och 1 höjt *Kasam-29* med en standardavvikelse.

Förändringar över 11 år för gruppen studerande som påbörjade socionomutbildning 1995, avlagt socionomexamen och sedan medverkat i uppföljningsstudie 2006 framgår av följande tabell.

Tabell 10. Förändring av *Kasam-29* för tidigare socionomstuderande över 11 år (N= 112)

	Antal 1995	Antal 2006	oför- ändrad	en std. höjning	en std. sänkning
Svag <i>Kasam-29</i> (≤ 122)	23	6	3	19	
Måttlig <i>Kasam-29</i> (123-162)	78	75	52	22	4
Stark <i>Kasam-29</i> (≥ 163)	12	31	8	2	2
Totalt	112	112	63	41	6

Av tabell 10 kan utläsas att gruppen med *Svag Kasam-29* år 1995 hade majoriteten höjt sitt värde till *Måttlig* eller *Stark*. Tre respondenter hade förflyttat sig från *Stark* och *Måttlig* till *Svag Kasam-29*. En respondent hade förflyttat sin *Kasam-29* från *Svag* till *Stark*. Cirka 70 procent av de med *Måttlig Kasam-29* år 1995 hamnade inom samma nivå 11 år senare medan nästan 30 procent ingick i gruppen med *Stark Kasam-29*. Studerande som fullföljer socionomutbildningen och sedan stannar kvar inom yrkesområdet stannar inom samma nivå för *Kasam-29* i 55 procent av fallen. Fyrtio procent förändrar sin nivå för *Kasam-29* i positiv riktning, medan 5 procent har en negativ utveckling. Av dem som besvarade självskattningsformuläret så att de angav *Svag Kasam-29* år 1995 uppvisade 19 respondenter en förändring med mer än en standardavvikelses höjning över 11 år. För gruppen som angett *Måttlig Kasam-29* uppvisade även 22 en höjning med en standardavvikelse medan 4 uppvisade en sänkning. I gruppen med *Stark Kasam-29* år 1995 uppvisar 2 en förändring med en standardavvikelse nedåt. Totalt förändrade 47 respondenter eller 42 procent förändringar i *Kasam-29* med mer än en standardavvikelse.

Sammanfattningsvis framstår huvudtendensen vara att *Kasam-29* inte är ett stabilt mått. Analyser av data över såväl 4 som 11 år ger från mina studier inte stöd för Antonovskys (1991) hypotes att *Kasam-29* är stabilt över längre tidsperspektiv.

Kasam-29 och prediktion

Utfallsmått och prediktor examen

Finns det någon skillnad i *Kasam-29* för de studerande som fullföljer respektive inte fullföljer socionomutbildningen? Med hjälp av registerdata från LADOK, Lunds universitets datasystem för registrering av studieresultat, korreleras studietid, avbrott samt val av fördjupningskurs med *Kasam-29* i början av utbildningen. I tabell 11 framgår medelålder samt *Kasam-29* fördelat efter kön samt om respondenterna avlagt socionomexamen för studerande som påbörjade socionomutbildningen 1995.

Tabell 11. *Kasam-29* för studerande 1995 som avlagt och inte avlagt socionomexamen fördelat efter kön (N= 177)

Examen	n	Kön		n	Kasam-29 M(sd)	n	Kasam-29 M(sd)
		Kvinna	Man				
avlagt	122	139.4 (19.5)	18	139.4 (22.7)	140	139.4 (19.5)	
ej avlagt	27	133.9 (21.1)	10	148.1 (15.4)	37	137.6 (20.6)	
Total	149	138.4 (19.8)	28	142.5 (20.5)	177	139.1 (20.0)	

Ingen signifikant skillnad i medelvärdet för *Kasam-29* framkommer mellan studerande som fullföljde respektive inte fullföljer socionomutbildningen ($t = .05$, $p = .96$). Av tabell 11 kan männen som avbrutit eller inte fullföljt utbildningen uppfattas ha ett högre medelvärde för *Kasam-29* än de män som fullföljde utbildningen men skillnaden är inte signifikant ($t = -1.08$, $p = .29$). Skillnaden i *Kasam-29* för kvinnorna är inte heller signifikant ($t = 1.31$, $p = .19$).

Avseende ålder framkommer ingen skillnad mellan de som avlagt och inte avlagt examen då de påbörjade utbildningen beräknat utifrån gruppen som helhet ($t = .47$, $p = .34$). Beräknat efter kön framkommer inte någon signifikant skillnad för vare sig män ($t = 1.70$, $p = .10$) eller kvinnor ($t = .07$, $p = .95$).

Vid beräkning av *Kasam-29* utifrån hur lång tid de studerande använder för att avlägga sin examen, 3½ år eller längre, framkommer inte några

signifikanta skillnader ($t = .28$ $p = .78$). Ålder skiljer sig dock signifikant. Gruppen som tar mer än 3½ år på sig att avlägga examen har signifikant lägre ålder ($t = 2.86$, $p = .005$) än de som fullföljer inom stipulerad tid.

När *Kasam-29*, *ålder* och *kön* förs in i en logistisk regressionsanalys som oberoende variabler medan examen är beroende framkommer följande resultat.

Tabell 12. Logistisk regressionsanalys: Prediktion examen utifrån *Kasam-29*, *ålder* och *kön* (N= 177)

	Sign.	Odds Ratio	95% confidence interval
Kasam-29	.559	.995	(.976 – 1.013)
ålder	.456	.976	(.915 – 1.041)
kön	.029	2.734	(1.109 – 6.736)
Constant	.450	.316	

Av tabell 12 framgår att enbart variabeln *kön* bidrar signifikant, som väntat av föregående analyser, i modellen till prediktion av examen. Sannolikheten att en manlig studerande inte fullföljer socionomutbildningen är 2.7 gånger (*Odds Ratio*) större än att en kvinna inte gör det.

Sammanfattningsvis framkommer inga signifikanta skillnader i vare sig ålder eller *Kasam-29* mellan de som fullföljt och de som inte avlagt socio-nomexamen. Nivån på *Kasam-29* kan alltså inte användas för att predicera vilka som kommer att ta examen. Poängteras bör att männen i undersökningsgruppen är få varför ett Typ I fel kan tänkas ha uppstått. Avseende hur lång tid de studerande använde till att avlägga examen framkommer det inte heller något signifikant samband med *Kasam-29*. De studerande som avlägger examen inom 3½ år har däremot en signifikant högre ålder än de som använder längre tid.

Prediktor *Kasamprovocerande* aktiviteter

Antonovsky (1991) antog att personer med *Svagare Kasam* utsätter sig för färre *Kasamprovocerande* aktiviteter då dessa kan bidra till att försvaga *Kasam*. En person med *Starkare Kasam* skulle däremot utsätta sig för fler *Kasamprovocerande* aktiviteter, då dessa antogs uppfattas som utmaningar vilka bidrar till bevarande eller stärkande av *Kasam*. Här prövas om de studerandes nivå på *Kasam-29* vid utbildningens start bidrog till val av fördjupningskurs på utbildningens avslutande termin utifrån antagandet att olika kurser är mer eller mindre *Kasamprovocerande*.

Fördjupningskurserna bedöms vara olika provocerande för självbild och nivå på *Kasam-29* då de skilde sig åt i omfattning av utbildningsinslag som byggde på kritisk självreflektion och utmaning av självbild. Studerande som valde kurserna *Socialt arbete med inriktning på Individer och familjer (IoF)* samt *Socialt arbete med inriktning på grupper och organisation (GoO)* har vid beräkning förts samman då dessa definieras innehålla *Kasamprovocerande* aktiviteter i högre grad än *Socialt arbete med inriktning på förändringsarbete (SF)*. Indelning av kurserna i mer eller mindre *Kasamprovocerande* har gjorts med stöd av hur kursinnehåll och moment uttrycktes i kursplanerna för respektive kurs. Här ges ett par exempel.

För IoF angavs ett mål vara att ”- Kunna bearbeta upplevelser och reaktioner i utbildningssituationen och därigenom öka medvetenheten om det egna förhållningssättet i yrkesutövningen”. Under rubriken kursinnehåll beskrevs kursen omfatta ”- Granskning och analys av liksom reflektion över de egna personliga teorierna och metoderna i socialt arbete med utgångspunkt från ett eget rekonstruerat fall och egen praktisk erfarenhet” samt ”- Analys av den egna personliga teorins utveckling och förändring genom tillämpning av kursens psykologiska och socialpsykologiska teorier”. För kursen GoO angavs ett mål vara ”- Kunna bearbeta egna upplevelser och reaktioner i utbildningssituationen och därigenom erhålla en ökad medvetenhet om hur man själv påverkas och påverkar för att bättre kunna utnyttja sig själv i socialt arbete”. Under ett av momenten anges ”Kontinuerlig bearbetning av egna upplevelser med hjälp av feedbackövningar, processanalys, spegling och gruppsamtal”. Kursmålet för SF hade ett större fokus på det sociala verksamhetsfältet men även mål som att ”- kritiskt kunna värdera det egna förhållningssättets betydelse samt etiska ställningstaganden i mötet med andra och ha en utökad beredskap för fortsatt lärande och professionell utveckling”. Den senare kursen hade

inte samma betoning på bearbetande inslag som de två förstnämnda vilket här definieras som vara de *Kasamprovocerande* momenten.

Nivå på *Kasam-29* vid början av utbildningen predicerade inte val av fördjupningskurs. Vid t-test framkommer ingen signifikant skillnad i medelvärden för *Kasam-29* vid utbildningens start fördelat efter val av fördjupningskurs vid slutet av socionomutbildningen ($t = 2.0$, $p = .52$). Vid logistisk regressionsanalys bidrar varken, kön, ålder eller *Kasam-29* till att förklara val av fördjupningskurs.

Tabell 13. Medelvärden för *Kasam-29* avseende studerande på termin 1 samt termin 7 fördelat efter vald fördjupningskurs

Fördjupningskurs	N=	Kasam-29 M (sd) T ₁	Kasam-29 M (sd) T ₂	r	t
Studerande IoF samt GoO	36	145.5(16.9)	146.8(12.7)	.55***	.5 ns
Studerande SF	31	135.9(22.6)	146.5(20.3)	.77***	4.0***
Totalt	67	141.0(20.2)	146.6(16.5)	.67***	3.0 **

ns= non-significant, * = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .001$

Av tabell 13 framgår utifrån t-test däremot skillnader i förändring av *Kasam-29* som går att relatera till val av fördjupningskurs. Socionomstuderande som valde kurserna *Socialt arbete med individer och familjer* (IoF) samt *Socialt arbete med inriktning på grupper och organisationer* (GoO) uppvisade ingen signifikant förändring i medelvärde för *Kasam-29* under utbildningen ($t = .5$, $p = ns$). Gruppen studerande som valde kursen *Socialt arbete med inriktning på förändringsarbete* (SF) förändrade däremot signifikant medelvärdet för *Kasam-29* ($t = 4.0$, $p < .001$). Korrelationerna är även starkare för den senare gruppen vilket pekar på en generell höjning av *Kasam-29*. För gruppen bestående av studerande som valt kurserna IoF samt GoO har det, att döma av nivån på korrelationerna och det oförändrade medelvärdet, skett mer varierande förändringar av *Kasam-29*.

Vid utbildningens slut framkommer inga signifikanta skillnader i medelvärde för *Kasam-29* mellan studerande i respektive fördjupningskurs. Antalet individer är få vilket inte utesluter Typ 1 fel.

Prediktion övriga variabler

Några signifikanta samband framkommer inte vid *Anova-test* för *Kasam-29* och anställningsförhållanden ($F = .39$, $p < ns$, $df = 2$), boendeform ($F = .65$, $p < ns$, $df = 3$) eller fritidsaktivitet ($F = .116$, $p < n.s.$, $df = 1$). Det *Kasam-29* kunde predicera är antal barn som respondenterna har vid uppföljningsstudien 2006. Men den förklarande variansen uppgår enbart till 5% ($r = .22$, $r^2 = .05$, $t = 2.34$ $p < .05$).

Kasam-29 och sociodemografiska variabler

I detta kapitel prövas Antonovskys teori om validiteten för *Kasam-29* formuläret i förhållande till ett antal demografiska variabler som *socioekonomisk-position, kön, ålder, kultur, civilstånd och föräldraskap, yrkes och utbildningsposition*. *Kasam-29* presenteras sedan i relation till yrkesstatus samt som prediktor för utfall av utbildning, val inom utbildningen samt exponering för vad Antonovsky (1991) benämner *Kasamprovocerande* aktiviteter. Valet av dessa variabler, vilka presenterades i metodavsnittet, är gjorda utifrån att Antonovsky (1991, 1993) hävdade att *Kasam-29* är ett globalt mått som är oberoende av demografiska variabler.

Kön, ålder och yrkesstatus

Framkommer skillnader i *Kasam-29* som kan relateras till kön, ålder och yrkesstatus, studerande eller yrkesverksam? I tabell 14 redovisas medelvärdet för *Kasam-29* fördelat efter kön och ålder.

Tabell 14. Medelvärden för *Kasam-29* och ålder fördelat efter kön *

kön	N	Kasam-29 M (sd)	N	Ålder M (sd)
kvinnor	650	142.5 (20.1)	645	30.7 (10.6)
män	114	142.6 (18.1)	114	31.3 (8.7)
Totalt	764	142.5 (19.8)	759	30.8 (10.3)

*Fem respondenter har inte lämnat uppgift om ålder.

Med t-test går det inte att fastställa någon statistiskt signifikant skillnad i *Kasam-29* som går att hänföra respondenternas kön utifrån den totala undersökningsgruppen ($t = -.05$, $p > .05$). Någon skillnad framkommer inte heller för respektive grupp, socionomstuderande ($n = 572$), ($t = .10$, $p > .05$) och yrkesverksamma ($n = 192$), ($t = 1.1$, $p > .05$).

Med t-test framkommer signifikant skillnad mellan hur kvinnor och män besvarar 2 item, Item 4, "Har du en känsla av, att du inte riktigt bryr dig om vad som händer runt omkring dig?" ($t = 3.95$, $p < .001$), samt Item 12, "Har du en känsla av att du befinner dig i obekanta situationer och inte vet vad du ska göra?" ($t = -2.01$, $p < .05$). Positivt t-värden avseende item 4 visar på att kvinnor i högre utsträckning än män instämmer med påståendet att de har en känsla av att inte riktigt bryr sig om vad som händer omkring dem. Negativt t-värde för item 12 visar att män i högre utsträckning än kvinnor svarar att de upplever osäkerhet på vad de skall göra när de befinner sig i obekanta situationer. Övriga item uppvisar t-värden större eller mindre än 2, vilket talar för att ingående item i *Kasam-29* i huvudsak är könsneutrala.

Skillnaden mellan de yrkesverksamma och första terminsstuderande i *Kasam-29* var signifikant ($t = 10.2$, $p < .001$). Ålderskillnaden är också signifikant ($t = 25.2$, $p < .001$). Medelåldern för socionomstuderande i början av sin utbildning är under 30 år medan det för gruppen socialarbetare in barn och ungdomsvård är 39 år och för sjukhuskuratorer strax under 50 år. Vid multipel stegvis regressionsanalys förklaras variationen i *Kasam-29* med 16 % ($r = .40$, $r^2 = .16$, $p < .001$) av yrkesstatus och ålder tillsammans. Yrkesstatus bidrar ensamt för 15 % av förklaringen av variansen ($r = .39$, $r^2 = .15$, $p < .001$).

När de studerande som befinner sig i slutet av sin utbildning, termin 7, jämförs med de yrkesverksamma framkommer även här signifikant skillnad avseende *Kasam-29* ($t = 4.7$, $p < .001$). Ålderskillnaden mellan grupperna är också signifikant ($t = 13.1$, $p < .001$). Vid multiple stegvis regressionsanalys förklaras variansen i *Kasam-29* med 10 % ($r = .32$, $r^2 = .10$, $p < .001$) av ålder och yrkesstatus tillsammans. Yrkesstatus bidrar dock enbart med 1 %. Med tvåvägs variansanalys framkommer att skillnaden i *Kasam-29* förklaras av yrkesstatus inte ålder ($F = 23.5$, $p < .001$).

Beräkning har även gjort med en indelning av respondenterna i två grupper, 30 år eller yngre respektive äldre än 30 år. Med t-test beräknat utifrån hela undersökningsgruppen ($N = 764$) framkommer att de som är äldre har signifikant högre *Kasam-29* än de yngre ($t = 8.0$, $p < .001$).

Tabell 15. Medelvärden för *Kasam-29* efter åldergrupper under och över 30 år (N= 604)

Yrkesstatus	ålderssplit	N	M(sd)
Socionomstudering termin 1	≤ 30	281	139.2 (19.1)
	≥ 31	107	142.2 (19.5)
	Total	388	140.0 (19.2)
Yrkesverksamma socialarbetare	≤ 30	19	150.4 (16.2)
	≥ 31	197	156.1 (14.6)
	Total	216	155.6 (14.8)
Totalt	≤ 30	300	139.9 (19.1)
	≥ 31	304	151.2 (17.8)
	Total	604	145.6 (19.3)

(N avviker för de yrkesverksamma enligt ovan då samliga medverkande inte angett sin ålder.)

I tabell 15 presenteras två grupper, studerande termin 1 vid socionombildningen i Lund samt yrkesverksamma socialarbetare, uppdelade på yrkesstatus samt de två ålderkategorierna. Medelvärdena för *Kasam-29* är signifikant lägre för de äldre studerande än för de äldre yrkesverksamma ($t = -6.45$, $p < .001$). Samma resultat framkommer när medelvärden för de yngre studerande beräknas i förhållande till de yngre yrkesverksamma ($t = -2.52$, $p < .05$). För de studerande framkommer ingen signifikant skillnad i *Kasam-29* som går att hänföra till ålder ($t = 1.39$, $p = .16$). Samma framkommer för de yrkesverksamma ($t = -1.60$, $p = .11$).

I tabell 16 har de studerande och yrkesverksamma sammanställts fördelade efter ålder, ≤ 30 och > 30 , samt *Svag*, *Måttlig* och *Stark Kasam-29*.

Tabell 16. *Svag*, *Måttlig* och *Stark Kasam-29* efter åldergrupper under och över 30 år (N= 604)

åldersindelning	Kasam-29	studerande termin 1	yrkesverksamma	samtliga
≤ 30	Svag	55	-	55
	Måttlig	215	18	233
	Stark	29	4	33
	Totalt	299	22	321
≥ 31	Svag	12	5	17
	Måttlig	67	124	191
	Stark	10	65	75
	Totalt	89	194	283
Total	388	216	604	

(N avviker för de yrkesverksamma enligt ovan då samtliga medverkande inte angett sin ålder.)

Test med *trefaktor Anova* har genomförts med *Kasam-29* som beroende variabel och yrkesstatus, (yrkesverksamma eller studerande), kön och ålderssplit som fixerade faktorer. En signifikant skillnad i *Kasam-29* framkommer för gruppen yrkesverksamma i förhållande till socionomstuderande ($F= 16.02$, $p= .001$). När undersökningsgrupperna delas in efter ålderkategori, 30 år eller yngre respektive äldre än 31 år framkommer ingen signifikant skillnad i *Kasam-29* ($F= 1.40$, $p = .23$). Samma gäller kön ($F= 3.36$, $p = .07$). Interaktion mellan gruppen under respektive över 30 år, yrkesstatus samt kön uppvisar inga skillnader ($F= 2.47$, $p= .12$). *Kasam-29* sammanhänger alltså inte med ålder 30 år och yngre respektive äldre än 30 år eller kön utan med yrkesstatus.

Socioekonomisk position

Kasam-29 utifrån *socioekonomisk position* för socionomstuderande i Sverige i början och slutet av utbildningen (N= 217) samt studerande i England (N= 152) har beräknats. De studerandes socioekonomiska position bestäms av föräldrarnas position. Med en-faktor Anova, t-test och Post hoc test Sheffe går det inte att fastställa någon signifikant skillnad i *Kasam-29*, som går att hänföra till respondenternas socioekonomiska position i vare sig Sverige (F= .69, p= .63) eller England (F= .79, p= .58). Jämförelse relaterat till kön och socio-ekonomisk-position är inte möjlig då antalet manliga respondenter är för få i respektive position.

Civilstånd och föräldraskap

Finns det är signifikant skillnad i *Kasam-29* som kan relateras till civilstånd: gifta/registrerat partnerskap, samboende, ensamstående och annan form samt barn? Medelvärden för *Kasam-29* med 11 års mellanrum presenteras i tabell 17 fördelat efter civilstånd samt med uppgifter om eventuella barn. Av 116 respondenter besvarade 112 frågan om civilstånd och 111 frågan om barn. Uppgifter om civilstånd 1995 saknas.

Tabell 17. Tidigare socionomstuderandes civilstånd, barn och *Kasam-29* vid uppföljningsstudie 2006 (N=112)

Civilstånd 2006	N	<i>Kasam-29</i>	<i>Kasam-29</i>	t	Barn	
		1995	2006		2006	2006
		M (sd)	M (sd)		ja	nej
gift/registrerad partner	48	146.0 (18.0)	158.5 (13.6)	5.27***	41	7
samboende	41	133.6 (19.3)	147.7 (16.5)	4.16***	26	15
ensamstående	15	138.5 (19.6)	139.7 (18.0)	ns	8	6
annan form	8	142.5 (24.9)	153.3 (16.5)	ns	4	4
Total	112	140.2 (19.7)	151.7 (16.8)	6.30***	79	32

ns= non-significant, *** = p< .001

Vid *One-way Anova-test* framkommer att medelvärdet för *Kasam-29* fördelat efter civilstånd 2006 skiljer sig signifikant mellan grupperna såväl vid det första ($F= 3.11, p < .05$) som andra undersökningstillfället ($F= 7.00, p < .001$). Post hoc test, Scheffe, visar att de som var gifta/registrerat partnerskap hade signifikant högre *Kasam-29* år 2006 än samboende ($p < .05$) eller ensamstående ($p < .001$). Ingen skillnad framkom till dem som angav annan form som civilstånd. Inga skillnader framkom mellan övriga grupper. De som var gifta/registrerat partnerskap 2006 hade signifikant högre *Kasam-29* än samboende även 1995 ($p < .05$) men inte förhållande till grupperna ensamstående och boende i annan form (se Appendix C, Tabell C1 och C2, sidan 201 och 202.)

Tabell 18. *Kasam-29* år 1995 (T_1) och 2006 (T_2) utifrån föräldraskap

Förälder 2006	N=	T_1 1995 <i>Kasam-29</i> M (sd)	T_2 2006 <i>Kasam-29</i> M (sd)	t
Ja	79	142.3 (20.3)	154.2 (15.4)	5.6***
Nej	32	134.5 (17.4)	144.8 (18.3)	2.8**

** = $p < .01$, *** = $p < .001$ respondenter besvarade inte frågan

Vid uppföljningen 2006 var det ytterligare tre som svarade att de hade barn. 1995 var 79 av respondenterna föräldrar, medan 82 var föräldrar 2006. Av tabell 18 framgår medelvärden för *Kasam-29* fördelat efter om respondenterna uppgav att de var föräldrar 2006. Värdena från t-test visar att båda grupperna oberoende av föräldraskap signifikant höjde *Kasam-29* under utbildningen. De som uppgav att de hade barn 2006 uppvisade vid t-test en signifikant högre *Kasam-29* än de som uppgav att de inte hade barn vid såväl T_1 ($t= 2.0, p < .05$) som T_2 ($t= 2.6, p < .05$). Nivån på *Kasam-29* predicerar föräldraskap 11 år senare i denna undersökningsgrupp. De som svarade ja på hade alltså signifikant högre *Kasam-29* än de som svarade nej på frågan om föräldraskap.

Kultur

Hur ser det då ut avseende *Kasam-29* mellan grupper i olika kulturer? Jämförelse har varit möjlig att göra mellan socionomstuderande i Sverige och studerande vid socialarbetarutbildning i England (grupp A och B tabell 4, sidan 102). Några andra studier av grupper motsvarande socio-

nomstuderande i andra länder än Sverige har inte kunnat identifieras. De svenska socionomstuderande har en signifikant högre *Kasam-29* än studenterna i England på motsvarande utbildningsnivå ($t= 3.8, p < .001$).

Att jämföra medverkande yrkesverksamma grupper med motsvarande från andra länder har varit problematiskt, då enbart tre studiers identifierats där socialarbetare medverkat. I tabell 19 presenteras medelvärden för tre grupper av socialarbetare från tidigare studier. En från Sverige, en från England och en från USA samt här medverkande grupper. Värdet för *Kasam-13* har beräknats för medverkande grupper genom att extrahera *Kasam-13* skalans item från *Kasam-29* skalan varefter de summerats.

Tabell 19. Medelvärden för socialarbetare/socionomer i Sverige samt andra länders motsvarande grupper beräknat utifrån *Kasam-13*

	n	Kasam-29 M(sd)	Kasam-13 M(sd)
Socialarbetare England (Baker <i>et al.</i> 1997)	78		64* (11)
Socialarbetare USA (George 1996)	40		74* (9)
Rehabiliteringsansvariga Sverige (Söderfeldt 2000)	99		60* (-)
Normalpopulation Sverige (Nilsson 2000)	930		70.5 (9.9)
Socialarbetare/socionomer i Sverige totalt	308	154.4 (15.5)	69.9 (8.6)

*Medelvärde och standardavvikelse har avrundats till heltal då exakta data saknas.

De svenska socialarbetarna har vid t-test signifikant högre *Kasam-13* än de engelska socialarbetarna ($t= 5.1, p < .001$). Vid jämförelse med socialarbetarna i USA har däremot de svenska socialarbetarna signifikant lägre *Kasam-13* ($t= - 2.9, p < .01$). När resultaten från de studerande i England och Sverige räknas om till *Kasam-13* värden, på samma sätt som var nödvändigt för de yrkesverksamma socialarbetarna ovan, framkommer en mindre skillnad. Med *Kasam-13* har de svenska studenterna inte lika stor men fortfarande signifikant högre *Kasam* ($t= 2.2, p < .05$). Att förklara dessa skillnader är problematiskt. Kulturella faktorer vilka kan ha betydelse för medelvärdet på *Kasam-29* utöver vilket land respondenterna bor i är inte tillgängliga. Hänvisning görs till vad som presenterades i avsnittet om tidigare forskning och jämförelse av medelvärden. Av intresse är om mönstret i korrelationer mellan *Kasam-29/-13* och andra mått är liknande i studier från olika kulturer. Att så är fallet för mått på utbrändhet framgår i Appendix A, tabell A6, sidan 197.

Kasam-29 som beroende variabel

Vad mäter *Kasam-29*? I detta kapitel diskuteras resultat som indikerar vad *Kasam-29* formuläret mäter. En fråga är vad *Kasam-29* bidrar med utöver redan befintliga undersökningsinstrument? I den teoretiska avdelningen presenterades några av de likheter och skillnader som Antonovsky poängterar i förhållande till andra teoretiska koncept och undersökningsinstrument. Här presenteras hur *Kasam-29* förhåller sig till några olika koncept, som funnits vara intressanta avseende socionomstuderande och yrkesverksamma socialarbetare.

Kasam-29 presenteras som beroende variabel i förhållande till formulär som utgår från följande koncept: *Temperament, Psykogena behov, Symtom-30, Livskvalitet Självs kattad hälsa, Locus of Control, Utbrändhet, Arbetsplatsfaktorer* samt *Empati*. Dessa frågeformulär har presenterats i avhandlingens metodavsnitt. Först görs beräkning av korrelationer mellan *Kasam-29* och respektive variabler därefter multiple stegvis regressionsanalys. Kapitlet avslutas med multivariat analys utifrån sammanslagning av grupper som besvarat samma frågeformulär i syfte att klargöra vad som tillsammans bidrar till att förklara *Kasam-29* mest.

Framställningen följer samma indelning som vid presentationen av tidigare forskning:

1. Själ och omgivningen.
2. Upplevelse av stressorer.
3. Självs kattad hälsa, sjukdom samt välbefinnande.
4. Attityder och beteenden.

Själv och omgivningen

Temperament

Totalt 290 studerande på socionomutbildningen vid Lunds universitet har besvarat *EAS* formuläret tillsammans med *Kasam-29*. *EAS* är förkortning av de i skalan tre ingående huvudfaktorerna, *Emotionalitet*, *Aktivitet* samt *Sociabilitet* och avser att mäta faktorer som tillskrivs har starkt samband med faktorer med genetisk grund (Buss & Plomin 1984). Undersökningsgruppen bestod av 244 kvinnor och 46 män. Medelåldern var 26.8 år (sd 6.7), 26.7 år (sd 6.9) för kvinnorna och 27.3 (sd 6.0) för männen.

Signifikanta korrelationer framkommer mellan *Kasam-29* och samtliga variabler i *EAS* (se Appendix D Tabell D1, sidan 203). Korrelationerna är högst med emotionalitetsvariablerna *Nedstämdhet* och *Ångest*. Med *Lägre Kasam-29* följer en högre tendens till *Nedstämdhet* och *Ångest*. Den tredje emotionalitetsfaktorn *Aggressivitet* uppvisar ett svagare men signifikant samband med *Kasam-29*. Signifikant samband framkommer även mellan *Aktivitet* respektive *Sociabilitet* och *Kasam-29*. Personer med högre *Kasam-29* tenderar att vara mer utåtriktade och sociala. Med t-test framkommer inga skillnader som går att hänföra till kön avseende faktorerna i *EAS*.

Tabell 20. Multipel stegvis regressionsanalys: *Kasam-29* som beroende variabel av *EAS* variabler. Socionomstuderande termin 1 (N= 290)

Steg	N=290	r	r ²	r ² change	F change
1	Nedstämdhet	.60	.35	.35	158.45***
2	Sociabilitet	.65	.43	.07	35.93***
3	Ångest	.69	.47	.05	25.74***
4	Aktivitet	.70	.48	.01	4.65*

F con intervall .95, * = p < 0.05, ** = p < 0.01, *** = p < 0.001

Vid multipel stegvis regressionsanalys framkommer en signifikant regression. Av tabell 20 framgår att temperamentsfaktorerna *Nedstämdhet*, *Sociabilitet*, *Ångest* och *Aktivitet* enligt *EAS* bidrar med 48 % till förklaringen av variansen i *Kasam-29*. *Aggressivitet* uppvisar inga signifikanta samband.

Högt värde för *Kasam-29* kan enligt detta förklaras av låga värden för *Nedstämdhet* och *Ångest* respektive höga för *Sociabilitet* och *Aktivitet*.

Psykogena behovsvariabler

Beräkning med psykogena behovsvariabler är gjord utifrån 226 socionom-studerande vilka fyllt i såväl *CMPS* (Cesarec & Marke 1968) som *Kasam-29*. Respondenterna påbörjade socionomutbildningen 1995 -1998.

Signifikanta korrelationer mellan *Kasam-29* och behovsvariablerna framkommer huvudsakligen som negativa samband. Korrelationer mellan *Kasam-29* och enskilda psykogena behovsvariabler återfinns i Appendix D Tabell D3. Högst korrelationer framkommer mellan *Kasam-29* och negativa värden på, *Behov av att försvara status*, *Aggression*, *Skuldkänslor* samt *Autonomi*. Variabeln som mäter *benägenheten att hålla med, ja-sägare*, uppvisar måttliga signifikanta negativa korrelationer ($r = -.39$, $p < .001$). För *Dominans*, *Sällskaps och vänskapsbehov*, samt *Ordning* framkommer positiva korrelationer. *Prestationsbehov*, *Exhibitionism*, *Behov av att bli omhändertagen* samt *vårda andra* uppvisar inga signifikanta korrelationer med *Kasam-29*.

Tabell 21. Multipel stegvis regressionsanalys: *Kasam-29* som beroende variabel och *CMPS behovsvariabler* som oberoende variabler

Steg	Studerande termin 1 (N= 226)	R	r ²	r ² change	F change
1	Försvara status.	.38	.14	.14	38.86***
2	Autonomi	.46	.21	.07	19.82***
3	Dominans	.50	.25	.04	10.47***
4	Aggressivitet	.55	.30	.05	16.68***
5	Sällskaps och vänskapsbehov	.57	.32	.02	7.87**
6	Ordning	.59	.35	.02	7.21**
7	Skuldkänslor	.61	.37	.02	6.98**

F con intervall .95, ** = $p < 0.01$, *** = $p < 0.001$

Vid multipel stegvis regressionsanalys, tabell 21, framkommer att psykogena behovsvariablerna enligt *CMPS* bidrar med 37 % till förklaringen av *Kasam-29*. Behovsvariabeln *Försvara status* bidrar mest sedan i turordning *Autonomi*, *Dominans*, *Aggressivitet*, *Sällskaps- och vänskapsbehov*, *Ordning*

samt slutligen *Skuld känslor. Benägenhet att hålla med, ja-sägare*, bidrar med 14 % när den frågan tas med i analysen. Övriga behovsvariabler bidrar inte signifikant. En person med *Högre Kasam-29* har utifrån dessa resultat mindre behov av att hävda sin position genom att försvara sin status och hävda oberoende. Med *Högre Kasam-29* följer även om dock i mindre grad ett behov av att dominera.

Starka signifikanta korrelationer framkommer för *Kasam-29* och fyra faktorindex i CMPS. *Neurotiskt självhävdebehov* och *Aggressiv non-konformitet* är negativt korrelerade medan *Dominans* och *Sociabilitet* är positivt korrelerade med *Kasam-29*. *Passivt beroende* bidrar inte till förklaringen (se Appendix D Tabell D2, sidan 203).

Tabell 22. Multipel stegvis regressionsanalys: *Kasam-29* som beroende variabel och *CMPS faktorindex* som oberoende variabler

Steg	Socionomstuderande termin 1 (N= 226)	r	r ²	r ² change	F change
1	Index - neur. själv.	.36	.13	.13	32.56***
2	Index - agg. nonkonf.	.46	.21	.08	23.55***
3	Index – dominans	.54	.29	.08	25.18***
4	Index - sociabil.	.58	.33	.04	14.3***

F con intervall .95, *** = p < 0.001

Av tabell 22 framgår att CMPS faktorindex bidrar med 33 % till förklaringen av variansen i *Kasam-29*. Faktorn *Neurotiskt självhävdebehov* bidrar mest, därefter *Aggressiv non-konformitet*, *Dominans* samt slutligen *Sociabilitet*. Resultaten visar att en person med *högre Kasam-29* har behov av att *Hävda sin status* eller position och uppvisa *Dominans*, men inte på en neurotisk nivå i kombination med *Aggressiv non-konformitet*. En person med *lägre Kasam-29* kan antas uppvisa större behov av *Neurotisk självhävde* samt *Aggressiv non-konformitet*.

Empati

Relationen mellan *Empativariabler*, mätt med Davis (1980) *Reaktivitetsindex* och *Kasam-29* har beräknats utifrån tre grupper: studerande på termin 1, avgångsstudenter vid socionomutbildningen i Lund samt yrkesverksamma socionomer inom hälso- och sjukvård.

Reaktivitetsindex är problematisk mått på empati då korrelationerna varierar mellan grupper och tillfällen relaterat till *Kasam-29*. *Fantasi* och *Empatisk omtanke* uppvisar inga signifikanta korrelationer med *Kasam-29* medan *Perspektivtagande* korrelerar svagt till starkt. Variabeln, *Personligt obehag*, korrelerar starkt till *Kasam-29* för såväl gruppen som helhet som vid uppdelning efter kön.(se Appendix D Tabell D4 och D5, sidan 205). Tabell 23 visar resultatet av multiple regressionsanalys.

Tabell 23. Multiple stegvis regressionsanalys: *Kasam-29* som beroende variabel och *Reaktivitetsindex* som oberoende variabel (N= 360)

Steg		r	r ²	r ² change	F change
1	Personligt obehag	.41	.17	.17	72.05***
2	Perspektivtagande	.46	.21	.04	19.07***

F con intervall 95, *** = p < 0.001

Två variabler, *Personligt obehag* och *Perspektivtagande*, bidrar till att förklara 21 % av variansen i *Kasam-29*. Upplevelse av *Personligt obehag* vid kontakt med andra människors lidande och svårigheter korrelerar högst med *Kasam-29*. Vid t-test utifrån tvärsnittsstudien framkommer att kvinnorna (n= 307) har signifikant högre medelvärden än männen (n= 53) avseende samtliga empativariablerna *Perspektivtagande* (t= 3.39, p< 001) *Fantasi* (t= 2.82, p< 01) *Empatisk omtanke* (t= 6.68, p< .001) *Personligt obehag* (t= 3.18 p<01).

I undersökningarna uppvisar alltså kvinnorna större förmåga än männen till *Perspektivtagande*, *Fantasi* samt *Empatisk omtanke* men upplever också större *Personligt obehag* vid möte med andra människors lidande och svårigheter. Beaktas bör att *Kasam-29* i denna tvärsnittsstudie är signifikant högre för kvinnorna än männen (t= 2.76, p< .01) samt att det i gruppen yrkesverksamma enbart ingår tre män. Medelvärdet för *Kasam-29* avseende kvinnorna uppgick till 146.8 (sd 18.5) och för männen 139.1 (sd 19.0). Korrelationerna mellan *Kasam-29* och *Perspektivtagande* samt *Personligt obehag* är i konsekvens med dessa resultat högre för män än kvinnor (se Appendix D tabell D5). Män skulle enligt dessa resultat ha svårare med *Perspektivtagande* och ha mer *Personligt obehag* än kvinnor på motsvarande nivå på *Kasam-29*. Män behöver högre *Kasam-29* än kvinnor för att klara *Perspektivtagande* samt inte känna så stort *Personligt obehag* i

kontakt med andra människors svårigheter och lidande. Perspektivtagande är mer oberoende av *Kasam-29* för kvinnor än för män. Inga skillnader *Kasam-29* går att relatera till kön på någon av faktorerna i *Reaktivitetsindex*. Skillnader relaterat till kön framkommer dock för hur mycket respektive variabel korrelerar med *Kasam-29*.

Locus of Control

Sambandet mellan *Kasam-29* och *LoC* (Rotter 1966) har studerats i tre oberoende undersökningsgrupper: 1:a termins socionomstudierande (n=298), nyantagna studierande till utbildningen i Social Work vid Sheffield Hallam University (n= 184) samt avgångsstudierande socionomutbildningen vid Lunds universitet (n= 76). Totalt medverkar 558 respondenter varav 481 kvinnor och 77 män. Medelvärdet för *Kasam-29* var 138.9 (sd 18.98) och för *LoC* 21.8 (sd 3.40). *Kasam-29* korrelerar signifikant på måttlig nivå med *LoC* ($r = .34$, $r^2 = .11$, $p < .001$).

Upplevelse av stressorer

Utbrändhet

I uppföljningsstudien 2006 av undersökningsgruppen som påbörjade socionomutbildningen 1995 ingick formuläret *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Mellan *Kasam-29* och samtliga *MBI* variabler framkommer signifikanta korrelationer, $r = .31 - r = .42$ ($p < .001$). Korrelationer mellan *Kasam-29* och *MBI* variablerna finns i Appendix D Tabell D6, sidan 205.

Tabell 24. Multipel stegvis regressionsanalys med *Kasam-29* som beroende och *MBI* variablerna som oberoende variabler (N= 113)

Steg		r	r ²	r ² change	F change
1	Emotionell utmattning	.42	.17	.17	23.35***
2	Personlig prestation	.53	.28	.11	15.94***

F con intervall .95, *** = $p < 0.001$

Vid multipel stegvis regressionsanalys, vilken presenteras i tabell 24, framkommer att *MBI* variablerna bidrar med 28 % till förklaringen av *Kasam-29*. *Emotionell utmattning* och *Personlig prestation* bidrar medan

Depersonalisation inte bidrar. Med högre *Kasam-29* uppmäts alltså lägre grad av *Emotionell utmattning* och högre upplevelse av *Personlig prestation*.

Söderfeldt (1997) gjorde med hänvisning till vad andra forskare gjort tidigare en tredelad kategorisering av de tre subskalorna i *MBI* värdena i *Hög, Moderat och Låg utbrändhet* genom att ange en halv standardavvikelse över och under medelvärdet. Indelning i låg moderat och hög variabelindelning är gjord enligt följande för den aktuella undersökningsgruppen.

Emotionell utmattning (EE)	Låg ≤ 14 , Moderat 15 – 23, Hög ≥ 24 .
Depersonalisation (DP)	Låg ≤ 3 , Moderat 4 – 7, Hög ≥ 8 .
Personlig prestation (PA)	Låg ≤ 3 , Moderat 4 – 7, Hög ≥ 8 .

Fördelning beräknad för socionomerna som medverkade i uppföljningsstudien 11 år efter påbörjad utbildning framgår av tabell 25.

Tabell 25. Andel *Låga, Moderata* och *Höga MBI*-värden i relation till medelvärde för *Kasam-29* för tidigare socionomstuderande (N= 116)

MBI variabel	<i>Emotionell utmattning</i>		<i>Depersonalisation</i>		<i>Personlig prestation</i>	
	N	<i>Kasam-29</i>	N	<i>Kasam-29</i>	N	<i>Kasam-29</i>
Låg	37	158.4 (13.3)	42	155.6 (14.6)	32	142.8 (17.4)
Moderat	46	151.6 (15.3)	42	153.6 (16.4)	43	154.7 (14.9)
Hög	29	143.4 (19.2)	29	144.5 (18.5)	38	156.8 (15.6)
	113	152.0 (16.8)	113	152.0 (16.8)	113	152.0 (16.8)

Med t-test framkommer en signifikant skillnad i *Kasam-29* mellan socionomer som kategoriserats uppleva *Låg* och *Hög Emotionell utmattning* ($t= 3.59$, $p < .001$), *Låg* och *Moderat* ($t= 2.17$, $p < .05$) samt *Moderat* och *Hög* ($t= 2.05$, $p < .05$). För *Depersonalisation* är skillnaden däremot inte signifikant mellan *Låg* och *Hög* ($t= 1.10$, $p = .29$), *Låg* och *Moderat* ($t= .86$, $p = .40$) samt *Moderat* och *Hög* ($t=.52$ $p = .61$). Avseende personlig prestation framkommer en signifikant skillnad i *Kasam-29* mellan *Låg* och *Hög* ($t= -3.55$, $p < .001$), *Låg* och *Moderat* ($t= -3.20$ $p < .01$) men inte för *Moderat* och *Hög* ($t= -.61$, $p = .55$).

Sammanfattningsvis betyder detta att respondenter som skattar *Moderat* eller *Högt* på *Emotionell utmattning* har skattat signifikant lägre på *Kasam-29* än de som skattar *Lågt* på *Emotionell utmattning*. De som skattar *Lågt* på *Personlig prestation* har signifikant lägre *Kasam-29*. Inga skillnader framkommer avseende *Depersonalisation*. Socionomer med högre *Kasam-29* uppvisar signifikant lägre *Emotionell utmattning* samt högre *Personlig prestation*. *Depersonalisation*, att se andra människor som objekt, visar dock inget samband med *Kasam-29*.

Hälsa och välbefinnande

Självskattad hälsa

Totalt 518 respondenter har besvarat frågorna om *Självskattad hälsa*, *SRH* samt *SRH-ålder*, tillsammans med *Kasam-29* vid minst ett tillfälle. Respondenterna består av både engelska och svenska studerande, men enbart svenska yrkesverksamma socialarbetare. I följande beräkningar har enbart svenska respondenter tagits med då det inte finns engelska yrkesverksamma respondenter. Beräkning har gjorts utifrån två undersökningsgrupper, 153 första terminsstuderande vid Lunds universitet, varav 25 män, samt 168 yrkesverksamma socionomer varav 19 män. Medelåldern för samtliga respondenter var 33.7 år (sd 10.7). (Korrelationerna mellan *Kasam-29* och *SRH* samt *SRH-ålder* återfinns i Appendix E, Tabell E2, sidan 208).

Kasam-29 samvarierar relativt svagt men signifikant med såväl *SRH* ($r = .25$, $p < .001$) som *SRH-ålder* ($r = .30$, $p < .001$). Vid stegvis multipel regressionsanalys framkommer att *SRH* och *SRH-ålder* tillsammans bidrar till att förklara variansen i *Kasam-29* med 10 % ($r = .32$, $r^2 = .10$, $p < .001$). *SRH* bidrar själv för 9 % ($r = .30$, $r^2 = .09$; $p < .001$).

Symtom – 30

Symtom-30 är det andra måttet på hälsa som använts. Resultaten som presenteras här är hämtade från uppföljningsstudien med socionomer år 2006. Av de 30 symtomen uppvisar 15 signifikanta korrelationer med *Kasam-29*. *Nervösa besvär* ($r = -.50$, $p < .001$), *perioder av nedstämdhet* ($r = -.39$, $p < .001$), *koncentrationssvårigheter* ($r = -.38$, $p < .001$) samt *lättirriterad* ($r = -.35$, $p < .001$) är de symtom som korrelerar högst ($r > .30$) med lägre *Kasam-29* (se Appendix E, Tabell E1 och E3, sidan 206- 208).

Tabell 26. Multipel stegvis regressionsanalys: *Kasam-29* som beroende och *Symtom-30* som oberoende variabel (N= 116)

Steg		r	r ²	r ² change	F change
1	Nervösa besvär	.50	.25	.25	37.16***
2	Känt dig lättirriterad	.56	.31	.06	10.17***
3	Förstoppning	.59	.34	.04	5.91*

F con intervall .95, * = p < 0.05, *** = p < 0.001

Av tabell 26 framgår att *Nervösa besvär* följt av *Känt Dig lättirriterad* samt *Förstoppning* som enda variabler vid stegvis multipel regressionsanalys bidrar till 34 % av förklaringen av variansen i *Kasam-29*.

Livskvalitet

Från ”the Gothenburg quality of life instrument” besvarade respondenterna i uppföljningsstudien även 18 frågor i formuläret *Livskvalitet* (Tibblin et al. 1990). Korrelationer presenteras i Appendix E, Tabell E4 och E5, sidan 209-211. Samtliga variabler utom *syn* och *hörsel* korrelerar signifikant med *Kasam-29*. Summan av variablerna i *Livskvalitet* korrelerar starkt med *Kasam-29* (r= .66, p< .001).

Tabell 27. Multipel stegvis regressionsanalys *Kasam-29* som beroende och *Livskvalitet* som oberoende variabel (N= 116)

Steg		r	r ²	r ² change	F change
1	Självförtroende	.64	.41	.41	78.31***
2	Humör	.73	.54	.13	30.36***
3	Minne	.76	.57	.04	10.17**
4	Hem och familjesituation	.77	.59	.02	5.42*
5	Aptit	.78	.61	.02	4.68*

F con intervall .95, * = p < 0.05, ** = p < 0.01, *** = p < 0.001

Resultat av multiple stegvis regressionsanalys med *Kasam-29* som beroende variabel och variablerna i formuläret *Livskvalitet* som oberoende variabler presenteras i tabell 27. Självskattat *Självförtroende*, *Humör*, *Minne*, *Hem*

och familjesituation samt *Aptit* förklarar 61 % av variansen i *Kasam-29*. *Självförtroende* svarar ensamt för 41 % av variansen.

Mått på hälsa

Av tabell 28 framgår resultaten av multipel regressionsanalys med samtliga frågor från *SRH*, *Symtom-30* och *Livskvalitet*, som oberoende variabler samt *Kasam-29* som beroende variabel.

Tabell 28. Multipel stegvis regressionsanalys: *Kasam-29* beroende variabel och *SRH*, *Symtom-30* samt *Livskvalitet* som oberoende variabler (N= 116)

Steg		r	r ²	r ² change	F change
1	Självförtroende	.64	.41	.41	78.31***
2	Humör	.73	.54	.13	30.36***
3	Minne	.76	.57	.04	10.17**
4	Nervösa besvär	.77	.60	.02	6.50*
5	Energi	.79	.62	.02	5.22*
6	Hem och familjesituation	.80	.63	.02	4.78*
7	Ledbesvär	.81	.65	.02	6.18*

F con intervall .95, * = p < 0.05, ** = p < 0.01, *** = p < 0.001

Mått på hälsa och välbefinnande förklarade 65 % av variansen i *Kasam-29*. Variablerna från måttet på *Livskvalitet* bidrog mest, 57 %.

Attityder och beteenden

Arbetsbelastning, socialt stöd, kontroll och kompetens

Socionomer vilka påbörjade sin socionomutbildning 1995 besvarade 2006 ett modifierat frågeformulär, benämnt ASK. ASK mäter upplevelse av *arbetsklimat*, *arbetskrav*, *kontroll*, *socialt stöd* och *kompetens* i arbetslivet (Hovmark & Thomsson 1995; Gustle et al. 2007).

Signifikanta korrelationer framkommer mellan *Kasam-29* och samtliga *arbetslivsfaktorer* förutom *Arbetsklimat*. (Se Appendix F, Tabell F1, sidan 212). Högst är korrelationen mellan *Kasam-29* och *Kontroll* i arbete samt

möjlighet att *använda sina kunskaper (Expertis)* och *utveckla sin kompetens* i arbetet. *Socialt stöd* och *Arbetskrav* uppvisar svagare korrelationer. *Socialt stöd* synes viktigare än *Arbetsklimatet* mer generellt. Vid multipel stegvis regressionsanalys framkommer att de båda faktorerna *Kontroll* och *Expertis* tillsammans bidrar med 14 % till förklaring av variansen i *Kasam-29*.

Socionomerna besvarade även frågor om hur de upplevde att andra såg på deras kompetens (Se Appendix F, Tabell F2, sidan 212). Upplevelse av att vänkretsen, arbetskolllegor och samarbetspartners inom andra verksamheter såg positivt på socionomernas kompetens uppvisar signifikant samband med *Kasam-29*. Tidigare såg vi att arbetsplatsklimat till skillnad från socialt stöd inte signifikant korrelerade med *Kasam-29*. Att övriga kategorier inte signifikant korrelerar kan tolkas som att de inte har någon *Kasam-förstärkande* funktion. Vid multiple stegvis regressionsanalys bidrar enbart vänkretsens syn på respondenternas kunskaper och kompetens till 10 % av förklaringen av variansen i *Kasam-29* ($r = .32$, $r^2 = .10$, $p < .001$).

På frågorna om krav i hem- och familjeliv påverkade arbetet respektive tvärt om framkommer signifikanta korrelationer med *Kasam-29* (Se Appendix F, Tabell F3, sidan 213). Vid multiple regressionsanalys är det svaret på hur krav i hemmet påverkar arbetet som bidrar till att förklara 12 % variansen ($r = .34$, $r^2 = .12$, $p < .001$) i *Kasam-29*.

I ett sista steg har samtliga variabler som frågor efter arbetsbelastning, socialt stöd, kontroll och andras syn på kompetensen förts in som oberoende variabler. Resultatet framgår av tabell 29.

Tabell 29. Multiple stegvis regressionsanalys: *Kasam-29* beroende variabel och *ASK faktorer, andras syn på kompetens* samt *krav i hem och arbete* som oberoende variabler (N= 112)

Steg		r	r ²	r ² change	F change
1	ASK - Kontroll	.35	.13	.13	15.82***
2	Krav i hemmet	.47	.22	.09	13.12***
3	Vänkretsens syn på kompetens	.53	.28	.06	9.15**

F con intervall .95, ** = $p < 0.01$, *** = $p < 0.001$

Variansen av *Kasam-29* förklaras till 28 % av upplevelsen av *Kontroll i arbetet* enligt *ASK, krav i hemmet* samt *vänkretsens syn på kompetens*.

Kasam-29 och handledning

Signifikanta korrelationer framkommer inte mellan *Kasam-29* och tillgång till intern eller extern handledning. Ingen signifikant skillnad framkom för *Kasam-29* mellan de som hade och inte hade tillgång till intern handledning alternativt extern handledning ($t = .1.78$, $p = .08$). För dem med tillgång till extern handledning ($n = 81$) uppgick medelvärdet för *Kasam-29* till 154.2, sd 14.3, och för övriga ($n = 31$) till 146.8, sd 21.4. Vid logistisk regressionsanalys med extern handledning som beroende variabel och samliga variabler som gruppen yrkesverksamma socionomer besvarade 2006 bidrog enbart *Personlig prestation* enligt *MBI* signifikant ($p < .05$).

Kasam-29 och andra koncept

Vid genomgång av vilka självskattningsformulär respektive medverkande grupper besvarat är det möjligt att göra multivariata analyser med några andra koncept som inte finns publicerade i tidigare forskning. Analyserna syftar till att undersöka vilka andra koncept samt variabler och hur mycket de bidrar till att förklara *Kasam-29*. Analyserna bidrar även till att ge svara på hur mycket av *Kasam-29* som inte förklaras av andra begrepp och koncept.

De frågeformulär och variabler som används vid regressionsanalyserna nämns i inledningen under varje rubrik.

Självskattad hälsa, livskvalitet och belastningsfaktorer

Den första analysen avser självskattningsformulären *SRH* (*Självskattad hälsa*), *SRH-age* (*Självskattad hälsa ålder*), *Livskvalitet*, *ASK* (*Arbetsbelastning socialt stöd, kontroll samt kompetens i arbetslivet*), samt *MBI* (*Maslach Burnout Inventory*). Undersökningsgruppen består av studerande som påbörjade socionomutbildning 1995, därefter avlade socionomexamen och sedan följdes upp 2006 ($N = 116$). I beräkningarna har 11 variabler tagits med (Appendix G Tabell G2, sidan 214). I ett första steg har urval av variabler skett utifrån att de är kontinuerliga samt signifikant korrelerar minst måttligt med *Kasam-29*. Dikotoma variabler som kön samt item från *Symtom-30* har alltså inte tagits med vid beräkningen och inte heller variabler som korrelerar svagt ($p = < .05$). Detta urval gav 9 variabler. Där-

efter togs två av de högst signifikant korrelerande variablerna från *ASK* med. Resultatet av regressionsanalysen framgår av tabell 30.

Tabell 30. Multipel stegvis regressionsanalys: *Kasam-29* som beroende variabel och 11 oberoende variabler (N= 116)

Steg		r	r ²	r ² change	F change
1	Livskvalitet	.66	.44	.44	85.98***
2	MBI – Personlig prestation	.69	.47	.03	6.81***

F con intervall .95, *** = p < 0.001

Vid multipel stegvis regressionsanalys bidrar *Livskvalitet* och *MBI- variabeln Personlig prestation* till 47 % av förklaringen av variansen i *Kasam-29*. Övriga utbrändhetsvariabler enligt *MBI* samt arbetsmiljövariablerna enligt *ASK* bidrar inte till förklaringen av variansen utöver *Livskvalitets-* och upplevelsen av *Personlig prestation* (MBI-PA). Två positivt laddade oberoende variabler blir alltså de som bidrar till förklaringen av *Kasam 29*. I nästa steg, som framgår av tabell 31, har variablerna i *Livskvalitet* inte tagit med i den multipla regressionsanalysen.

Tabell 31. Multipel stegvis regressionsanalys: *Kasam-29* som beroende och 10 oberoende variabler, *Livskvalitet* exkluderat (N= 116)

Steg		r	r ²	r ² change	F change
1	MBI – Emotionell utmattning	.42	.17	.17	23.12***
2	MBI – Personlig prestation	.53	.29	.11	15.80***
3	Vänkrets syn på kompetens	.58	.33	.05	8.72**
4	SRH	.60	.36	.03	5.28*

F con intervall .95, * = p < 0.05, ** = p < 0.01, *** = p < 0.001

Av analysen framkommer att två av *MBI*-variablerna tillsammans bidrar med 29 % av förklaringen av *Kasam-29* vilket redan konstaterats i tidigare avsnitt. Upplevelsen av vänkretsens syn på den egna kompetensen bidrar med ytterligare 5 %. Hur behovet av bekräftelse från andra tar sig uttryck är en fråga av intresse för socialt arbete.

Temperament, psykogena behov, empati och kontroll

I ett första steg görs beräkning för *Kasam-29* och *Reaktivitetsindex* (empati) *CMPS* (psykogena behov), *EAS* (temperament) samt *LoC* (Locus of Control). Undersökningsgruppen består av termin 1 studerande från hösten och våren 1997/98 (n= 58). I ett första steg ingår *CMPS psykogena behovsvariabler*. I ett andra steg ersätts *CMPS psykogena behovsvariabler* av *CMPS faktorindex*. (Korrelationer mellan variabler som signifikant korrelerar med *Kasam-29* presenteras i Appendix G tabell G1 och G3, sidorna 213, 215).

Tabell 32. Multipel stegvis regressionsanalys: *Kasam-29* som beroende och *EAS*, *Reaktivitetsindex*, *CMPS psykogena variabler* samt *LoC* som oberoende variabler (N = 58)

Steg		r	r ²	r ² change	F change
1	EAS - Nedstämdhet	.62	.38	.38	34.62***
2	EAS - Sociabilitet	.74	.55	.17	33.61***
3	CMPS -Dominans	.81	.65	.10	15.07***
4	CMPS Benägenhet att hålla med	.83	.69	.04	7.15**
5	EAS - Ångest	.84	.71	.02	4.19*

F con intervall .95, * = p < 0.05, ** = p < 0.01, *** = p < 0.001

Av analysen i tabell 32 framgår att *EAS- distress*, *EAS- sociability*, *CMPS-dominans*, *CMPS- benägenhet att hålla med* samt *EAS- fear* bidrar till 71 % av förklaringen av variansen i *Kasam-29*. Temperamentsvariablerna *EAS-distress* och *EAS- sociability* svarar ensamt för 55 % av variansen. *Reaktivitetsindex* samt *Locus of Control* bidrar intet ytterligare till förklaringen.

Vid multivariat stegvis regressionsanalys enligt ovan men med skillnaden att *CMPS behovsvariabler* byts ut mot *CMPS- faktorindex* framkommer i tabell 33.

Tabell 33. Multipel stegvis regressionsanalys: *Kasam-29* som beroende variabel och *EAS*, *Reaktivitetsindex*, *CMPS faktorindex* samt *LoC* som oberoende variabler för socionomstuderande (N= 58)

Steg		r	r ²	r ² change	F change
1	EAS - Nedstämdhet	.62	.38	.38	34.62***
2	EAS - Sociabilitet	.74	.55	.17	33.61***
3	EAS - Ångest	.78	.60	.05	27.00*

F con intervall .95, * = p < 0.05, ** = p < 0.01, *** = p < 0.001

Temperamentsvariabler utifrån *EAS*: *EAS- nedstämdhet*, *EAS- sociabilitet*, samt *EAS- ångest* bidrar till hela förklaringen, 60 %, av variansen i *Kasam-29*. *Reaktivitetsindex*, *Locus of Control* samt *CMPS faktorindex* bidrar inte. I ett andra steg görs en stegvis multiple regressionsanalys utifrån en större undersökningsgrupp (N= 207) med samma variabler som ovan utom *CMPS faktorindex*. Gruppen består, förutom gruppen ovan, av termin 1 studerande från våren 2004 samt studerande på sin sista termin innan examen 1999. Tre av variablerna (*LoC*, *Reaktivitetsindex Personligt obehag* och *Perspektivtagande* samt *SRH*) korrelerar signifikant till *Kasam-29* på stark nivå (Appendix G, Tabell G4 och G5, sidorna 216-217).

Tabell 34. Multipel stegvis regressionsanalys: *Kasam-29* som beroende och *EAS*, *Reaktivitetsindex* samt *LoC* som oberoende variabler (N= 207).

Steg		r	r ²	r ² change	F change
1	EAS – Nedstämdhet	.57	.33	.33	68.54***
2	Reakt. – personligt obehag	.62	.39	.06	13.76***
3	Locus of control	.65	.43	.04	9.12**
4	Reakt. – Empatisk omtanke	.68	.46	.04	9.28**
5	EAS – Sociabilitet	.71	.50	.04	9.51**

F con intervall .95, ** = p < 0.01, *** = p < 0.001

Resultatet av den multipla stegvisa regressionsanalysen framgår av tabell 34. Temperamentsvariabeln *Nedstämdhet*, empativariabeln *Personligt obehag*, *LoC*, empativariabeln *Empatisk omtanke* samt temperamentsvariabeln *Sociabilitet* bidrar till 50 % av förklaringen av variansen i *Kasam-29*.

Även i denna regressionsanalys är det temperamentsvariabeln *Nedstämdhet* som bidrar mest.

Enligt modellen med *temperamentsvariabler (EAS)*, *psykogen behov (CMPS)* samt *kontroll (LoC)* förklaras variationen i *Kasam-29* till 50-60% av dessa faktorer. Då temperamentsvariablerna antas ha genetisk grund samt att de psykogena behoven antas vara grundläggande personlighetsdrag utvecklade under tidig ålder, får vi här en bild av att de andra faktorerna som bidrar är mer begränsade. Men samtidigt är det viktigt att poängtera att kompetenser och färdighet och predisposition inte med självklarhet slår igenom. En fråga är vad vi gör med tidig predisposition som kan vara såväl genetiskt som tidigt grundlagd under vår utveckling?

Diskussion

Diskussionen inleds med en återknytning till avhandlingens inledande teorigenomgång. Därefter diskuteras avhandlingens fem frågeställningar.

Salutogenes och Kasam

Tillför ett salutogent perspektiv något nytt? Den teoretiska översikten visade att hälsa är ett begrepp som hierarkiskt är underordnat välbefinnande. *Salutogenes* är ett samlingsbegrepp som under sig kan rymma andra hälsoperspektiv (Strümpfer 1990). Faktorer och processer beskrivs fungera inte enbart som buffert vid specifika problematiska situationer, utan även som en del i hanteringen av vardagslivets såväl stora problem som små förtretligheter. Genomgången av tidigare forskning visade att en salutogen orientering innebär en förskjutning av fokus från problem och tillkortakommanden till möjligheter och resurser hos den enskilda människan och hennes omgivning. Detta benämns som ett *salutogent perspektiv*. Ett *salutogent perspektiv* kan bidra till att även fokusera på vad som främjar välbefinnande, hälsa och hantering av livets oundvikliga svårigheter. *Salutogenes* som perspektiv har fått stor uppmärksamhet inom hälso- och sjukvård och socialt arbete. Sullivan (1989) prövade hur *Salutogenes* kan vara en plattform för omvårdnadsarbete, Hult et al. (1996) beskrev en salutogen utredningsmodell för barn- och ungdomspsykiatri, Taylor (2004) diskuterade hur *Salutogenes* kan användas som ett ramverk för barnavårdsarbete (*child protection*) och Hansson & Cederblad (2004) presenterade hur *Salutogenes* och *Kasam* kan användas som en metateori för familjeterapeutiskt arbete.

Salutogenes kan användas som en *metateori* under vilka annan mer specifik teoribildning kan inordnas och klassificeras (Strümpfer 1990; Hansson & Cederblad 2004; Taylor 2004). Teoribildning som kan vara aktuell omfattar tillsammans ett *bio-psyko-socialt perspektiv* på människan. Uppmärksamhet riktas på samvariation mellan skyddande faktorer och processer som främjar rörelse mot den positiva polen i *kontinuumet ohälsa - hälsa*. Dessa skyddande faktorer och processer benämns *generella motståndsresurser*. Det teoretiska begreppet *Kasam* beskrivs kunna bidra till att förklara

skillnader i människors förmåga att möta och hantera livets kontinuerliga rörelse mot entropi. *Kasam* beskrivs som ett globalt mått och inte som en specifik copingstrategi utan överordnat enskilda copingstrategier och vars nivå avgör val av specifika strategier. Nivån på individens *Kasam* har betydelse för vilka resurser individen kan använda och använder samt hur flexibla dessa val är. Större fokus på skyddsfaktorer innebär inte att undvika riskfaktorer utan lära om strategier att hantera dem.

Men är *Salutogenes* en teori? Stevensson (1986) analyserade i vilken utsträckning olika teorier var heltäckande. Han granskade hur bl.a. Freud, Marx och Sartre men även kristendom beskriver människan med hjälp av ett raster bestående av fyra perspektiv: *universums natur*, antaganden om *människans natur*, *analys och diagnos av vad som är problemet* samt *en ordination* som talar om hur problem kan lösas. Stevenson visade att teorier har stora likheter i struktur men även i sina påståenden om människan. Han strävade efter att hålla isär de olika nivåerna och då speciellt förklaringsnivån, diagnosnivån samt vad som ordineras. Val av såväl personligt som teoretiskt perspektiv har konsekvenser för hur vi uppfattar oss själva och andra, förklarar ställningstaganden och sätt att vara, vad vi ordinerar samt mål som är eftersträvansvärda.

Salutogenes, som det utvecklades av Antonovsky (1979, 1991), ger inget nytt bidrag till att förklara *universums natur* utan lutar sig mot termodynamikens andra lag, dvs. att allt rör sig mot ökat kaos, entropi. Såväl universum som den enskilda människan rör sig obönhörligt mot sin upplösning. Antonovsky (1979, 1991) hävdade att människan som biologisk och psykologisk enhet strävar mot hälsa. Detta perspektiv följer humanistiska och existentiella perspektiv på *människans natur* (Medin & Andersson 2000; Rydén & Stenström 2000; Andersson 2002). Humanistiska och existentiella perspektiv inom psykologi och socialt arbete betonar människors strävan efter växt och utveckling. Bland representanter för dessa traditioner återfinns Rogers (1951) och Frankl (1993). Den förra med betoning på att människan har en inneboende strävan efter växt och utveckling och den senare som företrädare för en hos människan inneboende strävan att finna mening i tillvaron. Avseende perspektiv på att *diagnostisera problem* ansluter *Salutogenes* till forskningstraditionen som fokuserar på risk- och skyddsfaktorer (t.ex. Werner & Smith 1982; Walsh 1993, 1996, 1998; Luthar 2003). Antonovskys teoretiska bidrag ligger på betoning av ett hälsofrämjande perspektivet samt samlingsbegreppet *Känsla av sammanhang* (*Kasam*). *Kasam* är ett mått på individens kapacitet att

flexibelt möta skiftande situationer och använda de resurser som finns i hennes omgivning. Ett sådant holistiskt perspektiv överensstämmer med den internationella definitionen av socialt arbete som presenterades inledningsvis (Sewpaul & Jones 2004). *En första ordination* är en generellt större orientering, inom socialt arbete, vård och omsorg, att se människan i sitt sammanhang med fokus på resurser och kompetenser och inte enbart till hennes tillkortakommanden (Sullivan 1989; Taylor 2004). *En andra ordination* är att anpassa insatser och motivationsarbete utifrån den nivå på *Kasam* individen befinner sig på (Langius et al. 1994; Berg & Andersen 2001; Cederfjäll et al. 2002). *En tredje ordination* är att arbeta för att stärka individens *Kasam* (Lundqvist 1995; Lundqvist 2005; Lundblad 2005).

Hur förhåller sig *Salutogenes* till annan teoribildning och andra begrepp? *Salutogenes* bidrar inte med en egen ny teoribildning utan kan snarare ses som en ansats till att sammankoppla andra inriktningar. *Salutogenes* kan beskrivas befinna sig på en metanivå i förhållande till annan teoribildning, ett perspektiv utifrån vilket annan teoribildning kan granskas. Teoribildningar för socialt arbete kan bedömas utifrån i vilken utsträckning de bidrar med *salutogena* och/eller *patogena* svar på olika frågeställningar. Begreppet *Känsla av sammanhang* synes dock tillföra något nytt som är mer än motsatsen till eller summan av andra perspektiv.

Salutogenes kan tillsammans med ett *ekologiskt utvecklingspsykologiskt perspektiv* utgöra ett paraply under vilket annan teoribildning för socialt arbete kan bidra på olika nivåer. Klefbeck & Ogden (2003) beskrev en nätverksmodell som en paraplyteori med stöd av Bronfenbrenners *ekologiska utvecklingsteori* (Bronfenbrenner 1979). *Salutogenes* och *utvecklings-ekologisk teori* utgår båda från ett bio-psyko-socialt perspektiv på människan. Liknande resonemang förde Malcolm Payne i boken *Modern Social Work Theory* när han uttryckte att socialarbetare inte skulle undanhålla sina klienter något teoretiskt eller metodologiskt perspektiv som kan hjälpa dem att förbättra sin situation (Payne 2005). Howe (1995) gav exempel på hur olika teorier kan komplettera varandra när han utvecklade anknytningsteorin utifrån Bowlby till att omfatta resultat från utvecklingspsykopatologisk forskning. *Salutogenes* som metateori kan bidra till att hålla ihop dessa teorier och metoder. Grunden för detta arbete är att lägga större fokus på epidemiologisk forskning om människors vardag och låta dessa resultat bidra till att identifiera resurser och kapaciteter som hjälper människor att bättre *begripa, hantera och uppleva livet som meningsfullt*. Det *salutogena bidraget* kan vara att lyfta fram vad olika teoribildningar och

forskningsresultat visar är faktorer och processer som främjar rörelse mot förbättrad hälsa och välbefinnande. Det utvecklingspsykopatologin kommit fram till om skyddande faktorer kan antas bidra till svar på vad som främjar en högre *Kasam* och flexibla motståndsresurser. Antonovsky använde begreppen *Generella motståndsbrister (GMB)* och *Generella motståndsresurser (GMR)*, vilka kan betraktas väl överensstämma med begreppen risk- och skyddsfaktorer/processer. Vad det *salutogena perspektivet* tillför utöver det utvecklingsekologiska är att särskilt sätta fokus på *generella motståndsresurser* som finns presenterade i teori och som har stöd i forskning.

Teoribildning som anknyter till delkomponenterna i *Kasam*, *Begriplighet*, *Hanterbarhet* och *Meningsfullhet*, är av särskilt intresse. Exempel på teorier som åsyftas är *anknytningsteori* (Bowlby 1994), *kognitiv självteori* (Perris 1986), *narrativ självteori* (Stern 2005) och *objektrelationsteori* (Winnicott 1981). Dessa teorier betonar betydelsen av att avläsa *inre referenssystem/arbetsmodeller* som säger något om hur människor uppfattar sig själva och sin omgivning. Att använda dessa kunskaper som vägledning vid bedömning och förståelse för vad som händer i möte med andra synes överensstämma med att bedöma människors *Kasam*. Dessa bedömningar kan användas som vägledning för det sociala arbetets praktik. Det teoretiska begreppet *Kasam* är ett globalt mått vilket behöver kompletteras med mer specifika frågeställningar från specialiserade teoribildningar. Teoribildningarna som nämndes ovan har större precision och känslighet för klinisk bedömning. Till detta kommer kunskaper om processer och faktorer på *mikro-, meso-, exo- och makronivå* som bidrar till att skapa och vidmakthålla situationer och positivt eller negativt bidra till förändring (Bronfenbrenner 1979).

Det finns förhållningssätt och arbetsmodeller i socialt arbete som kan rymmas under ett salutogent koncept. *Empowerment* är ett sådant begrepp vilket fokuserar på att hjälpa människor uppleva mening och att ta makt över sitt liv (Malterud & Hollnagel 1999; Askheim 2003; Payne 2005). *Upplevelse av mening* beskrivs som den centrala komponenten för att se livet som utmaningar värda att investera i. Antonovsky refererade i hela sin produktion mycket kortfattat till existentiella perspektiv och då i regel indirekt till hur andra forskare och teoretiker influerats. *Existentiell teoribildning och metod* för socialt arbete kan utvecklas utifrån antagandet att det uppstår *existentiella vakuum* när traditionsbundna samhällen genomgår snabba förändringar. Denna process benämnde Fromm (1978) som en

rörelse från att vara, till att ha och slutligen att ta sig ut att vara. När identiteten blir oklar går det att se en process som rör sig *från att vara någon, till att äga, till att verka vara någon*. Från identitet i ett sammanhang byggs identiteten upp av att vi identifierar oss med våra ägodelar till att i ett tredje skede övergå till att med ägodelar som attribut ge ett intryck av en tillhörighet men som snarare är en fasad. Ett fjärde stadium skulle vara den sammanhangslösa individen såsom Riesman (1999) beskrev i boken *Den ensamma massan*. Han beskrev tomhet, innehållslöshet och ensamhet för stora grupper som inte finner sin uppgift eller mening i tillvaron. Diskussionen anknyter till det Antonovsky (1979, 1991, 1993b) benämnde en *kulturell kanon*.

Avhandlingens frågeställningar

Avhandlingens resultat visar att *Salutogenes* och *Kasam* är begrepp som relaterar till välbefinnande och hälsa. Självskattningsformulär som bygger på *Kasam* är vitt använda instrument inom en rad forskningsområden med såväl kliniska som icke-kliniska grupper. Det finns få internationella studier med *Kasam* där socialarbetare medverkat. Några uppsatser har gjorts på grundutbildningsnivå samt magisternivå i Sverige, men ingen har publicerats i vetenskapliga tidskrifter. Någon licentiat- eller doktorsavhandling har inte identifierats som undersökt socionomstuderande eller socionomer från ett salutogent perspektiv och med *Kasam-29* eller *Kasam-13*. Detta är den första longitudinella studie av socionomstuderande och socionomer som använt *Kasam-29* som huvudinstrumentet. Diskussionen förs under rubriker vilka sammanfattar avhandlingens frågeställningar.

Fråga 1 - Faktorstruktur och reliabilitet

Avhandlingens första fråga avser faktorstrukturen i *Kasam-29* och skalans reliabilitet. Avhandlingens resultat visar att *Kasam-29* inte består av flera faktorer samt att skalan har hög reliabilitet.

Faktoranalys

Exploratorisk faktoranalys bekräftar Antonovskys (1991) slutsats att det inte går att urskilja några delfaktorer i *Kasam-29* skalan som överensstämmer med de teoretiska delkomponenterna *Begriplighet*, *Hanterbarhet* och *Meningsfullhet*. Undersökningsgruppen socionomstuderande och socionomer skiljer sig avseende detta inte från andra undersökningsgrupper (Antonovsky 1991; Frenz et al. 1993; von Bothmer & Fridlund 2003; Sandell et al. 1998; Feldt et al. 2000; Gana et al. 2001; Kallenberg & Larsson 2004). Avhandlingens resultat bekräftar även detta vid prövning av skalans homogenitet vilket visade på hög interkorrelation mellan delkomponenterna samt ett högt värde för Cronbach's alpha vilket stödjer att skalan är endimensionell.

Tidigare forskning har återkommande försökt identifiera de tre teoretiska komponenterna i *Känsla av sammanhang*, dvs. *Begriplighet*, *Hanterbarhet* och *Meningsfullhet*, som delfaktorer i *Kasam-29/13*, men empirisk prövning ger inte sådana resultat. Delkomponenterna finns i teorin men dyker inte upp i empirin. Vid närmare granskning av *Kasam-29* skalans konstruktion av tidigare forskning framkommer vikten att poängtera skillnaden mellan vad som avses med delkomponenter respektive delfaktorer. Resultaten bekräftar den rekommendation Antonovsky gjorde avseende användande av formuläret (Antonovsky 1991, bilaga 2). Han varnade uttryckligen för studier utifrån delkomponenterna när han skrev ”*Den nuvarande versionen av Kasam-skalan bör inte användas för att studera komponenternas inbördes förhållande*” (Antonovsky 1991, s 115). Antonovsky hävdade att om man önskat göra en skala som gick att dela upp i delfaktorer skulle den ha konstruerats på ett annat sätt vilket alltså bekräfras.

Det kan ifrågasättas vilket syftet är med att göra vidare faktoranalyser på en skala som enligt konstruktören är utformad på ett sätt som inte skall ge utfall i några enskilda faktorer. En stark faktor bestående av samtliga komponenter samt ytterligare en eller flera svagare faktorer framkommer vid olika studier (Sandell 1998; Kallenberg & Larsson 2004). Skalan verkar inte vara endimensionell i bemärkelsen att den enbart mäter en faktor vilket dock inte bekräftar att det finns fler faktorer, snarare att instrumentet kan förfinas. De studier som identifierats bekräftar Antonovskys intention att *Känsla av sammanhang* mätt med *Kasam-29* och *Kasam-13* är ett globalt koncept. Detta även om någon endimensionell faktor inte framkommer med faktoranalys. Om tillräckligt många analyser görs visar det sig kanske att faktorer träder fram i någon population men detta är då troligen slumpmässigt. Höga värden för Cronbach’s Alfa talar även för att skalan inte har flera delfaktorer. Skalan är en hierarkiskt organiserad i en modell som består av fem fasetter inte delfaktorer (Antonovsky 1991).

Antonovskys hävdade att det inte skulle vara skillnad mellan korrelationer till delkomponenterna och totalsumman i *Kasam-29* i relation till motsvarigheter i andra test (Antonovsky 1991). I tidigare forskning beskrivs dock återkommande att enskilda teoretiska komponenters summa förklarar andra begrepp bättre än totalsumman av *Kasam-29* (se t.ex. Carstens & Spangenberg 1997; Sandell et al. 1998; Söderhamn & Holmgren 2004). Svar på item som bygger på *Begriplighet* förklarar t.ex. upplevd hälsa för äldre bättre än skalan i sin helhet (se t.ex. Söderhamn & Holmgren 2004). Carstens och Spangenberg (1997) jämförde en grupp som

uppfyllde kriterierna för depression enligt DSM-IV med en kontrollgrupp. Vid multiple regressionsanalys framkom att det för gruppen som diagnostiserats ha depression enbart var delkomponenten *Meningsfullhet* som signifikant predicerade värden för *Beck Depression Inventory*. Ingen signifikant prediktion framkom från någon enskild komponent avseende kontrollgruppen. Frågan är dock om detta rör sig om slumpvisa samband. Vidare undersökningar kunde vara av intresse om det för en specifik grupp genom faktoranalys går att fastställa att de teoretiska delkomponenterna faller ut som delfaktorer. Men så är inte fallet i någon av de studier som jag identifierat. Någon faktoranalys presenterades inte av Carstens & Spangenberg inte heller av Fridell & Hesse (2006) när de använde "SOC scales" utifrån de teoretiska delkomponenterna i en uppföljningsstudie av narkotikamissbrukare. Det synes inte finnas någon skillnad i faktorstruktur beroende på vilken undersökningsgrupp som studerats. Resultat från såväl mina undersökningar som tidigare forskning pekar entydigt på att det inte finns några delfaktorer som överensstämmer med de teoretiska delkomponenterna. Det finns därför inget stöd för att göra ytterligare faktoranalyser. *Kasam-29/13* är av allt att döma ett globalt mått.

Ett alternativ till att försöka dela upp *Kasam-29* i delfaktorer är att använda redan etablerade och testade instrument som tangerar eller överensstämmer med någon av komponenterna *Begriplighet*, *Hanterbarhet* eller *Meningsfullhet*. Önskar man t.ex. mäta *Meningsfullhet* finns det flera formulär som är konstruerade med syfte att mäta detta begrepp. Att skatta upplevelse av mening är centralt ur ett *existentiellt perspektiv* och frånvaro av mening beskrivs som en indikator på ett *existentiellt vakuum* (Yalom 1980; Frankl 1993). Att inte uppleva mening i tillvaron är utmärkande för deprimerade personer enligt såväl Yalom som Frankl. Reker (1992) har utvecklat *Personal Meaning Index (PMI)* och Steger et al. (2006) har utvecklat *The Meaning in Life Questionnaire (MLQ)* utifrån existentiell teori med hänvisning till Viktor Frankl. Båda refererade till Antonovskys presentation av den teoretiska komponenten *Meningsfullhet* i *Kasam*. *The Purpose in Life Test (PIL)* är ett annat existentiellt självskattningsinstrument som uppvisat starka korrelationer med *Kasam-29* (Edwards & Holden 2001). Det kan vara frestande att bryta ut en *Meningsfullhetsskala* ur *Kasam-29* men fördjupade psykometriska analyser behöver i så fall göras. Ett antal formulär finns även som tangerar begreppen *begriplighet* och *hanterbarhet* från forskning om copingmekanismer och strategier samt

från det område som benämns stressforskningen (Antonovsky 1991). Som Sandell et al. (1998) påpekar är det istället viktigare att undersöka hur det som de olika komponenterna representerar förhåller sig till andra fenomen som andra test/frågeformulär avser att mäta. Att använda enskilda komponenter innebär att mäta något annat än delfaktorer i *Kasam-29*, eftersom där inte finns några och då har vi lämnat Antonovskys koncept. Vad vi har att göra med är tre nya skalor vars reliabilitet och validitet kan testas.

Antonovsky (1991, 1993) poängterade att det finns andra sätt att mäta eller bedöma en persons *Kasam* än att använda ett självskattningsformulär. Ville & Khlal (2007) är exempel på forskare som arbetar med metodutveckling från ett narrativt perspektiv som anknyter till *Kasam* och andra mått som specifikt mäter upplevelse av mening. Deras antagande bygger på att *dimensionerna mening och sammanhang* inte skall ses som en disposition hos individen utan som ett resultat av sociokognitivt arbete (*sociocognitiv work*) och självnarration (*self-narration*). De önskar ersätta psykometriska instrument med ett ännu inte utvecklat redskap (*tool*) som undersöker upplevelse av mening och sammanhang så som de återspeglas i respondenters berättelser om livshändelser. Antonovsky refererade till att han tillsammans med kollegor arbetade med att utveckla en sådan manual (Antonovsky 1996b). Något publicerat material har dock inte identifieras.

Reliabilitet mätt med homogenitetsmått

Reliabiliteten för *Kasam-29* skalan är, mätt med homogenitetsmått, hög vilket bekräftar tidigare forskning. Cronbach's alpha uppmäts till höga värden vilket bekräftar tidigare studier (Hansson & Olsson 2001; Eriksson & Lindström 2005). Reliabiliteten har också bekräftats genom att beräkna korrelationen mellan varje item och totalsumman av *Kasam-29* minus vad varje enskilt item bidrag till denna totalsumma. Korrelationerna för samtliga item var signifikanta. Men tre item, 10, 11 och 17, uppvisar låga korrelationer med totalsumman. Antonovskys (1991) betänkligheter kring item 10 och 17 utifrån teoretiska grunder bekräftas. Såväl yngre, under 20 år, som vuxna respondenter har uppvisat svårigheter att uttala sig om de senaste 10 åren (Hansson & Cederblad 1995a), medan äldre uppfattats uppleva frågan om de kommande 10 åren som kontroversiell (Söderhamn & Holmgren 2004). I *Kasam-13*, den korta versionen av självskattningsformuläret, ingår inte dessa tre problematiska item.

Att homogenitetskoefficienten skiljer sig mellan olika studier kan sammanhånga med en rad faktorer (Hansson & Cederblad 1995a; Söderhamn & Holmström 2004; Sandell et al. 1998). Studierna skiljer sig åt avseende könsfördelning, ålderstruktur, nationalitet, kultur, socioekonomiska förhållanden men även avseende om grupperna, patogent uttryckt, är att betrakta som kliniska eller icke-kliniska. I en studie av Hansson & Cederblad (1995a) fanns till skillnad från här medverkande grupper även kliniska grupper. Undersökningsgruppen utgjordes av ungdomar under 20 år vilka kan ha haft svårare att identifiera sig med några av frågorna. Söderhamn & Holmström (2004) drar utifrån äldre respondenter slutsatser i samma riktning avseende andra frågor. Det har gått att fastställa en nedre ålder för användandet av frågeformuläret (Hansson & Cederblad 1995a; Hansson et al. 2001). Yngre barn, under 12-13 år, har svårt att besvara ett antal av frågorna då de är formulerade på ett sätt som förutsätter ett mer abstrakt tänkande än vad yngre barn har tillgång till. För yngre barn, 5-10 år, finns en anpassad version bestående av 19 item med 4 gradig Likertskala (Margalit 1999). Denna version har översatts till svenska, utvecklats och fått benämningen *Barn-Kasam* (Nagy 2004).

Självskattningsinstrumentet kan utvecklas. I ett första steg kan en granskning av översättningen ske. Att granska om frågorna är könsneutrala kan vara av intresse vilket även påtalats i tidigare forskning (Hagquist & Andrich 2004). En modifiering av skalan kan ske genom att granska eventuella skillnader i hur frågorna är ställda. En ny reliabilitetsanalys kan göras för såväl 13 som 29 item versionerna. Detta har gjorts tidigare av Strümpfer et al. (1998b) vid studier i Sydafrika men inte i svenska studier. Feldt et al. (2007) är exempel på en påbörjad finsk revidering av *Kasam-13* vilken presenterade ett instrument som består av 11 av de ursprungliga frågorna. Information saknas om hur resultaten från Feldt et al. (2007) kan jämföras med tidigare forskning. Jämförelse mellan *Kasam-29* och *Kasam-13* är redan problematiskt. Lägre korrelationer framkommer till andra instrument när 13 item versionen extraheras från *Kasam-29*. Men nuvarande 29 item version har stor spridning, vilket talar för att inte modifiera skalan såvida inte en omräkningsfaktor kan användas i syfte att möjliggöra jämförelse med redan gjorda studier. Antonovsky uttryckte en ståndpunkt i denna fråga på följande sätt: "I would strongly urge researchers to use the scale as it stands, to allow comparability, rather than for individuals to make this or that change to *improve* the questionnaire" (Antonovsky 1993a, s. 732). De item som framkommit vara problematiska i

Kasam-29 såväl i tidigare forskning som i mina studier ingår som tidigare nämnts inte i *Kasam-13*. Detta talar för att *Kasam-13* företrädesvis borde användas i vidare forskning.

Reliabilitetsbedömning med Test-retest

Vid bedömning av reliabilitet med test-retest för *Kasam-29* över en vecka, sex månader samt ett år framkommer starka korrelationer vilket bekräftar resultat från tidigare forskning. *Kasam-29* har hög test-retest reliabilitet (Frenz et al. 1993; Coe et al. 1998; Feldt et al. 2000; Abrahamsson & Ejlertsson 2002; Cohen & Savaya 2003; Feldt et al. 2004; Feldt et al. 2005). Smith et al. (2003) samt von Bothmer & Fridlund (2003) efterfrågade prövning av reliabiliteten i förhållande till ett annat formulär. Detta har gjorts över en vecka med *Meaning in Life Questionnaire* (MLQ) varvid test-retest reliabiliteten var god. Test-retest reliabilitet kan utvecklas till att granska eventuella skillnader mellan grupper med *Svag*, *Måttlig* och *Stark Kasam-29*. Reliabilitetsbedömning med test-retest avser kortare perioder helst inte mer än ett år. Längre intervaller visar mer på hur stabila testvärden är än instrumentets reliabilitet. De flesta studier visar på hög test-retest reliabilitet. Betyder det att ingen nämnvärd utveckling sker av *Kasam-29* över kortare tidsperioder? Kanske krävs det mer traumatiska livsomställningar, gradvisa livsomställningar över längre tidsrymder eller aktiva interventioner för att förändringar av *Kasam-29* skall kunna avläsas? Mer om förändring över tid diskuteras under diskussionerna av avhandlingens andra och tredje fråga.

Jämförelse av olika gruppers *Kasam-29*

Av beräkningar av svarsfördelningen på *Kasam-29* för de socionomstuderande och socionomerna framkom en normalfördelning. Utifrån socioekonomiska faktorer bedöms grupperna inte representera en *normalpopulation* i Sverige. Undersökningsgrupperna överensstämmer med en normalpopulation avseende representation av socioekonomisk position, men inte avseende övriga sociodemografiska variabler (Gassne & Lenz 2007). Studerandegruppen och de yrkesverksamma domineras av kvinnor, är välutbildade och har en ålderstruktur som inte överensstämmer med en normalpopulation i Sverige. När de socionomstuderandes *Kasam-29* jämförs med medelvärden för studerande på högskoleutbildningar med in-

riktning på vård framkommer inga signifikanta skillnader (Thorell-Ekstrand 1993; Bränholm 1998; von Bothmer & Fridlund 2003).

Tidigare forskning visar att *Kasam-29* skiljer sig åt för olika grupper som även innefattar kliniska grupper avseende ålder, kön, hälsostatus, yrkesstatus, utbildningsnivå m.m. (Olsson 2007; Bergh et al. 2007). Mina resultat motsvarar vad som framkommit för andra icke kliniska grupper eller grupper med somatisk problematik (Langius et al. 1992; Langius & Björvell 1993; Larsson & Kallenberg 1999; Ramfelt et al. 2000) i tidigare forskning, men inte för kliniska grupper med psykiatrisk eller psykosocial problematik (Hansson & Cederblad 1995a; Langius & Björvell 1996; Bengtsson-Tops & Hansson 2001; Lundblad 2005; Olsson 2007). De studerandes *Kasam-29* är signifikant lägre än för yrkesverksamma grupper som läkare (Holm 1995), sjuksköterskor (Langius et al. 1992) men även en vuxen normalpopulation (Langius & Björvell 1993). Jämförelsen pekar på att resultaten för de socionomstuderande kan generaliseras till andra liknande studerandegrupper i Sverige som domineras av kvinnor. De yrkesverksamma socionomerna hade signifikant högre medelvärde för *Kasam-29* än samliga övriga grupper som ingick i jämförelsen förutom läkare (Holm 1995) och sjuksköterskor (Langius et al. 1992). I förhållande till dessa två grupper framkom inte någon signifikant skillnad i *Kasam-29*. Urvalet är begränsat men resultaten pekar på att socionomers medelvärden för *Kasam-29*, liksom avseende de studerande, befinner sig på motsvarande nivå som för andra kvinnodominerade vårddyrken.

Men vad menas med en *normalpopulation*? Blir det skillnader om begrepp som *Healthy control group* (t.ex. Langius & Björvell 1996), *General population* (t.ex. Larsson & Kallenberg 1999) eller *Controls* (t.ex. Bergh et al. 2006) används? Ur ett *salutogent perspektiv* bör *normalpopulation* avse ett genomsnitt där ingen urskiljning görs utifrån om personer har eller inte har den ena eller andra psykiatriska diagnosen, somatiska eller fysiska tillkortakommandet. Begreppet *normalpopulation* överensstämmer bäst med *general population*. Normalpopulation blir något annat än *healthy control* som ofta används i anknytning till studier med fokus på kliniska grupper. *Healthy controls* ger associationer till att det finns de som är fullt friska och att det tillståndet är norm, men syftar vanligtvis på en grupp som inte uppvisar den problematik som man undersöker i en klinisk studie. En kärna i Antonovsky's koncept beskrevs som: "We are all, as long as we live, a mixture of health and disease" (Antonovsky 1993c, s. 5).

Antonovsky (1991, 1993a) presenterade medelvärden för *Kasam-29/13* som referensmaterial för grupper med varierande karakteristiska som *ålder, kön, kultur, nationalitet samt varierande kliniska diagnoser*. Jämförelse av *Kasam-29* nivåer mellan respondenter i olika kulturer är problematiskt vilket bekräftas av tidigare forskning (Ying et al. 2001). Jämförelse av medelvärden för *Kasam-29* mellan olika kulturer diskuteras under avhandlingens fjärde frågeställning om *Kasam-29 och sociodemografiska variabler* i anknytning till diskussionen om *kultur*.

Sammanfattning av svaren på fråga 1

Kasam-29 är sammanfattningsvis av allt att döma ett formulär med hög reliabilitet, vilket bekräftas av såväl mina studier som tidigare forskning. Det framkommer inte några subskalor utifrån vare sig mina undersökningsgrupper eller tidigare som överensstämmer med de teoretiska komponenterna *Begriplighet, Hanterbarhet* och *Meningsfullhet*. Det finns inget generellt empiriskt stöd att dela upp *Kasam-29* i delfaktorer. Skalan kan dock utvecklas, vilket stöds av flera forskningsresultat. Några item (item 10, 11, 17) bidrar på ett avvikande sätt och synes inte sammanhålla med övriga. Dessa item ingår inte i versionen med 13 item, varför den företrädesvis bör användas. Optimalt antal item och hur skalor med olika antal item kan jämföras behöver närmare granskas. En del forskning pekar även på att frågorna inte är könsneutrala, medan andra uppfattar att det är ett problem med en skala som inte tar hänsyn till kön. Det framkommer inga signifikanta skillnader i *Kasam-29* mellan socionomstuderande, yrkesverksamma socionomer och grupper inom andra liknande utbildningar och yrkesområden med inriktning på vård och omsorg inom Sverige.

Fråga 2 - *Kasam-29* och stabilitet över tid

Stabilitet över tid för *Kasam-29* har fått en egen rubrik då det varken är ett entydigt reliabilitets- eller validitetsmått. För att mäta stabilitet har korrelationerna och t-värden för *Kasam-29* beräknats mellan undersökningstillfällena som befunnit sig mer än ett år ifrån varandra. Nivån på korrelationer mellan två tillfällen visar på vilken nivå medelvärdena för *Kasam-29* samvarierar och om det sker på signifikant nivå. Korrelationerna säger dock inget om det finns signifikanta förändringar i nivån på *Kasam-29*

mellan två mättillfällen. Signifikanta t-värden visar däremot om respondenterna förändrar nivån på *Kasam-29* vilket blir ett mått på graden av stabilitet. Personer med *Svagt Kasam-29* synes utifrån reliabilitetsbedömningen inte över korta perioder, under ett år plötsligt få ett *Starkt Kasam-29* eller tvärt om. Stabilitetsprövningen utifrån socionomstuderande och socionomer visar däremot att *Kasam-29* inte är stabilt över tid. Av de longitudinella studierna framkommer att respondenterna signifikant förändrar sina värden för *Kasam-29* över 4, 5 och 11 år. Inga signifikanta skillnader framkommer som går att relatera till om respondenterna är under, över eller passerar 30 år mellan undersökningstillfällena. Tendensen är att *Kasam-29* blir starkare för socionomstuderande och socionomer över de tidsperioder som prövats. *Kasam-29* synes fluktuera mer under vissa perioder av livet men någon generell stabilisering med stigande ålder såsom Antonovsky (1991, 1993) antog går inte att få empiriskt stöd för.

Ett par forskarteam har hävdad att *Kasam-13* mäter *en stabil personlighetsegenskap* (trait) över såväl ett år (Feldt et al. 2000) som 5 år (Kivimäki et al. 2000). Andra har haft svårt att finna sådant stöd varför *Kasam* mer betraktas som *ett tillstånd* (state) som är mindre stabilt över tid (Sagy et al. 1990). Några visar på att *Kasam-29* höjs med stigande ålder (Smith & Meyer 1997) medan andra visar på sjunkande *Kasam-13* (Larsson & Setterlind 1990; Nilsson et al. 2003). Skillnaden mellan "trait" och "state" definieras inom psykologisk teori som att "trait" är ett stabilt personlighetsdrag som visar på en likartad benägenhet att bete sig i olika situationer (Hwang et al. 2005). "State", eller tillstånd, definieras utifrån att tankar, och beteenden är föränderliga drag hos individen över tid och situation. Diskussionen om stabilitet är enligt Geyer (1997) problematisk då Antonovsky beskrev *Kasam* som "... en disposition snarare än en personlighetsegenskap" ("... a disposition rather than a personality trait", a.a., s. 1773). Geyer pekade på att disposition ses som ett övergripande begrepp för egenskaper (traits) eller som synonyma begrepp inom psykologisk teoribildning. Antonovskys sätt att använda begreppen avviker alltså från psykologisk teoribildning. Någon samstämmig uppfattning om *Kasam* och stabilitet framkommer inte av min genomgång av tidigare forskning.

Mina resultat avviker även från Antonovskys första antaganden om en stabilisering av *Kasam* vid cirka 30 års ålder (Antonovsky 1991, 1993a). Två studier har vid litteraturgenomgång identifierats som redovisar resultat från longitudinella data som prövar stabiliteten i *Kasam-13* över 5 år

utifrån om respondenterna är över eller under 30 år (Feldt et al. 2000; Feldt et al. 2007). Men ingen studie har identifierats som prövat stabiliteten för *Kasam-29* med indelning efter dessa ålderskategorier. Socionomerna, vilka medverkade i den longitudinella studien över 11 år har kunnat bidra till att pröva stabiliteten då flertalet passerade den åldersgräns, 30 år, då *Kasam* enligt Antonovsky (1991) antogs stabiliseras. Resultaten visar på att *Kasam-29* inte är stabilt över tid vare sig för undersökningsgruppen som helhet eller vid indelning i åldersklasser under och över 30 år.

Antonovsky (1991) presenterade även hypotesen att *Kasam* var mer stabilt för den som har *Hög* än *Låg Kasam*. Mina resultat pekar på att stabiliteten är betydligt lägre för samtliga grupper vid en indelning efter *Svag*, *Måttlig* och *Stark Kasam-29* än vad Antonovsky antog. Som tidigare presenterats har jag vid genomgång av tidigare forskning enbart funnit enstaka studier som prövat denna hypotes (Kivimäki et al. 2000; Shiu 2004; Starrin et al. 2001; Håkansson et al. 2003; Hakanen et al. 2007).

Vid bedömning av stabiliteten för *Kasam-29* över tid, föreslog Smith et al. (2003) liksom von Bothmer & Fridlund (2003) att jämförelse borde göras med andra frågeformulär över längre tidsintervaller. Stabiliteten i *Kasam* ifrågasätts utifrån en jämförelse med flera personlighetstest (Smith et al. 2003). Som exempel nämns att mått på *neuroticism*, *utåtvändhet* samt *öppenhet* visar på högre stabilitet ($r = .82$, $p < .001$) över 6 år än vad *Kasam* gör vid motsvarande studier. von Bothmer & Fridlund (2003) pekar också på behovet att granska stabilitet i relation till test som mäter personlighetsfaktorer som kunde antas vara stabila. Stabiliteten har i mina grupper prövats över fem år i förhållande till delfaktorn *Personligt obehag* från *Reaktivitetsindex*. I förhållande till denna empativariabel framkommer att *Kasam-29* korrelerar på liknade nivåer. Resultaten bedöms inte kunna ge stöd för att *Kasam-29* är stabilt över längre tidsperioder. Slutsatsen dras utifrån att variablerna i *Reaktivitetsindex* visat sig vara instabila då korrelationerna fluktuerar beroende på undersökningsgrupp.

Sammanfattning av svaren på fråga 2

Sammanfattningsvis är *Kasam-29* av allt att döma inte stabilt över längre tidsperioder. Korta test-retest intervaller, under 1 år, visar i här presenterade data relativt hög stabilitet för *Kasam-29*. Längre intervaller upp till 5 år och mer visar på relativt stora förändringar. Detta talar för att *Kasam-29*

inte är en personlighetsegenskap som en gång för alla ligger fast utan är föränderligt. *Kasam-29* synes inte heller stabiliseras när individen passerat 30 år som Antonovsky antog. Det framkommer ingen skillnad i hur föränderligt *Kasam-29* är för och efter 30 år. En mängd faktorer kan antas spela roll för hur *Kasam* utvecklas. Även om *Kasam* är en global faktor är den nog trots allt en färskvara som är beroende av en mängd faktorer och händelser i det Antonovsky benämner "livets flod".

Fråga 3 - *Kasam* som prediktor och utfallsmått

Diskussionen i anknytning till den 3:dje frågan, – *Kasam-29* som prediktor och utfallsmått, presenteras under fyra rubriker: *Prediktion examen*, *Förändring i Kasam-29 som utfallsmått*, *Prediktion Kasamprovocerande aktiviteter* samt *Prediktion av yrkesbana*.

Prediktion examen

Kasam-29 är utifrån resultaten från mina grupper inte användbart som generell prediktor för om studerande kommer att fullfölja socionomutbildningen eller inte. Ingen skillnad i *Kasam-29* framkom i förhållande till avbrott av utbildning eller till hur lång tid de studerande använde för att avlägga examen. Sannolikheten att en manlig studerande avbryter utbildningen är 2.7 gånger större än att en kvinna gör det. Mina undersökningar visar på skillnader i medelvärden för *Kasam-29* för männen som fullföljde respektive avbröt utbildningen. Männen som avbröt hade inte fullt signifikant högre värden, men tendensen tyder på att så skulle vara fallet om fler män ingick i studierna. Avbrotten bland män kan bero på att de är i minoritet och att de med högre *Kasam-29* både upplever begränsningar i utbildning avseende utmaningar men också när det gäller status och senare även lönemässigt. Kullberg (2006) beskrev att män som valt att bli socionomer under 1990-talet kunde betraktas representera en maskulinitet i förändring. Ett område för vidare forskning är att undersöka vad som bidrar till att förklara skillnader mellan de som fullföljer respektive inte fullföljer socionomutbildningen. Vidare om det finns ett likartade mönster som kan relateras till *Kasam-29* inom andra utbildningar med likartad eller annan könsfördelning som vid socionomutbildningen.

Tidigare forskning visar på motstridiga resultat avseende prediktion. Dels finns det studier som visar på en överrepresentation i besöksfrekvens

inom värden av personer med *Svag* eller *Låg Kasam-29* (Bergh et al. 2007) och lägre följsamhet av behandlingsordinationer (Berg & Andersen 2001; Cederfjäll et al. 2002). Dessa exempel avser populationer som även visat på en bakomliggande psykosocial problematik i form av ensamhet eller missbruk. Det finns studier som visar på högre mortalitet (Berg & Andersen 2001; Poppius et al. 2003) men även svårigheter att tillgodogöra sig information av konsekvenser av kirurgiska ingrepp (Languis 1994). Andra studier visar inte på skillnader i att hantera t.ex. typ 2 diabetes som går att relatera till nivå på *Kasam-13* (Shiu 2004). Den senare gruppen avser en grupp som i den aktuella studien inte uppvisade psykosocial problematik.

Förändringar i Kasam-29 som utfallsmått

Rubriken anknyter till den andra frågeställningen om i vilken utsträckning *Kasam-29* är stabilt över tid. Resultaten av mina studier visar att *Kasam-29* signifikant höjs för studerande som fullföljer socionomutbildningen. I presentation av *Kasam-29* och stabilitet över tid framkom att förändringar skett för samliga tre undersökta grupper efter indelning i *Svag*, *Måttlig* och *Stark Kasam-29*. Antalet individer med *Svag Kasam-29* har blivit signifikant färre medan de som redan har *Måttlig* eller *Stark Kasam-29* uppvisar mindre förändringar. Studerande med *Svag Kasam-29* i början av utbildningen avslutar med en signifikant högre när det är tid för examen. Förflyttning mellan *Måttlig* eller *Stark* förekommer också, men ingen som utvecklar *Svag Kasam-29*.

Studerandegruppen som fullföljde socionomutbildningen uppvisade signifikant högre *Kasam-29* efter 3½ till 4 års studier utifrån såväl tvärsnitts- som longitudinella data. De som avbröt uppvisade ingen signifikant skillnad i *Kasam-29* som grupp i början av utbildningen jämfört med dem som fullföljt utbildningen. Yrkesverksamma uppvisade högre värden för *Kasam-29* än studerande i början men inte i slutet av sin grundutbildning. Orsaken till detta är dock svår att bedöma av flera skäl. Resultaten pekar på att socionomutbildningen främjar en positiv utveckling av *Kasam-29*. Socionomutbildningen kan betraktas ha gynnsam påverkan på de studerandes *Kasam-29* även om det kan varar svårt att isolera den som enskilt bidragande faktor. Tidigare forskning har inte identifierats som presenterar data som svarar på i vilken utsträckning utbildning som avgränsad faktor bidrar till signifikanta förändringar i *Kasam-29*. De studerande har blivit äldre, många har brutit upp från ursprungsfamiljen och fått många

nya kontakter vilket kan ha haft såväl positiv som negativ inverkan på *Kasam-29*.

Från behandlings- och interventionsforskning i socialt arbete och angränsande områden finns ett flertal studier som använt *Kasam-29/13* som utfallsmått (se t.ex. Lundqvist 1995; Hansson & Cederblad 1995a; Morrison & Clift 2006; Olsson 2007). Antonovsky (1996b) uttryckte att även förändringar som inte är statistiskt signifikanta är av intresse i anknytning till behandlingsinsatser men även förändringar i arbetssituation som ger större ansvar och frihet över arbetsinnehåll och arbetstakt. Enligt Antonovsky (1996b) var en förändring på 5 enheter "... not to be sneezed at" (a.a., s. 176). Ovan refererade behandlingsstudier har visat på signifikanta skillnader före och efter behandling. Tidigare har refererats till en studie med universitetslärare där frihet att välja undervisningsområde positivt korrelerade med högre *Kasam-13* (Harri 1998).

Prediktion Kasamprovocerande aktiviteter

Fördjupningsalternativ på socionomutbildningens sista termin kategoriserades som mer eller mindre *Kasamprovocerande*. Nivån på de studerandes *Kasam-29* i början av socionomutbildningen påvisade ingen signifikant prediktion av val av fördjupningsalternativ. För närmare prövning behövs större undersökningsgrupper. Vad som däremot framkom var att *Kasam-29* förändrades signifikant under socionomutbildningen enbart för gruppen som valde fördjupningskursen *Socialt arbete med inriktning på förändringsarbete*.

Tidigare forskning har inte identifierats som prövat hypotesen om *Kasamprovocerande* aktiviteter. En möjlig framtida forskningsfråga är om det finns skillnader i *Kasam-29* mellan personer som väljer att vidareutbilda sig eller söka tjänster med större ansvarsområden alternativt väljer att avgränsa och undvika yrkesutmaningar. Resultat från resilienceforskning har visat att vidareutbildning och orientering mot mer ansvarsfyllda arbetsuppgifter har positiva effekter för växt och utveckling och fungerar som skyddande faktorer (Werner & Smith 1992; Cederblad 2003).

Prediktion av yrkesbana

En fråga som inte varit möjlig att pröva är om det finns skillnader i *Kasam-29* mellan socionomer som stannar kvar i yrket respektive de som väljer andra yrkesbanor. Har de med lägre och/eller högre nivå valt andra

yrkesbanor eller finns det ingen skillnad? Frågan är om *Kasam-29* kan bidra med sådan prediktion. Gruppen som inte fullföljde utbildningen medverkar enbart i blygsam omfattning (50 %) i uppföljningsstudien 11 år efter påbörjad utbildning. Med hänvisning till svarsfrekvensen görs ingen analys av denna grupp.

Kuratorer inom hälso- och sjukvård var en stabil grupp mätt utifrån hur längre de varit verksamma inom samma yrkesområde. För andra grupper som personal inom individ- och familjeomsorg framkommer en stor personalomsättning samt rekryteringssvårigheter (Bergström & Thulin 2003). Gruppen kuratorer hade signifikant högre *Kasam-29* än de yrkesverksamma inom barn- och ungdomsvård samt socionomerna vilka medverkade i uppföljningsstudien 11 år efter påbörjad utbildning 1995. Av den senare gruppen var 40 % verksamma inom individ och familjeomsorg, 20 % inom hälso- och sjukvård och skola medan övriga återfanns inom andra områden, huvudsakligen inom socialt arbete (Gassne & Lenz 2007). *Kasam-29* synes inte kunna predicera val av yrkesinriktning. Forskning som relaterat *Kasam-29* till val av yrkesbana har inte identifierats vid min litteraturrenövring.

Sammanfattning av svaren på fråga 3

Kasam-29 är utifrån mina undersökningsgrupper inte användbart som prediktor för om studerande kommer att fullfölja socionomutbildningen. *Kasam-29* kunde vidare inte predicera hur lång tid det tar att innan studerande avlägger socionomexamen. Prediktion av val av *Kasam*provocerande aktiviteter var inte möjlig. Studerande som fullföljer socionomutbildningen uppvisade signifikant högre *Kasam-29* i slutet än i början av utbildningen. Studerande som i början av utbildningen uppvisade *Svag Kasam-29* hade störst förändring. *Kasam-29* predicerar inte val av yrkesbana medan det framkommer att den som stannar kvar i en yrkesorientering med hög stabilitet kommer att ingå i en grupp som uppvisar högre medelvärden än för de som arbetar inom verksamheter med större personalomsättning.

Fråga 4 - Kasam-29 och sociodemografiska variabler

I anknytning till denna fråga diskuteras samband mellan *Kasam-29* och sociodemografiska variabler (se sidan 84 ff.). En uppdelning av framställningen har gjorts under rubrikerna: *ålder och kön, socioekonomisk position, civilstånd och barn samt kultur.*

Ålder och kön

Det går inte entydigt att med resultat från mina grupper visa på skillnader i *Kasam-29* som går att hänföra till *ålder eller kön* som isolerade faktorer. Dessa resultat bekräftar tidigare studier med normalpopulationer och med icke-kliniska grupper (Volanen et al. 2004; Hittner 2007). Forskning med medverkan av kliniska grupper har däremot visat på signifikanta skillnader relaterat till kön. Män tenderar att ha högre *Kasam-29* vid svårigheter som är relaterat till familjemedlemmar medan kvinnor har lägre (Hansson & Cederblad 1995a; Lundblad 2005). Detta kan sammanhånga med att män och kvinnor påverkas av och hanterar relationsstress på olika sätt. Kvinnor tar åt sig mer än män vilket antas påverka kvinnornas *Kasam-29* negativt. I tidigare forskning framkommer att flickor i tonåren, högstadieåldern, hade signifikant lägre *Kasam-29/13* än pojkar, men att dessa skillnader sedan blir marginella (Andersson et al. 1993). Hagquist & Andrich (2004) fann inga skillnader mellan pojkar och flickor i en undersökning med 18 åringar. Huvudtendenser i forskning med icke-kliniska grupper bestående av vuxna är att medelvärden på *Kasam-29/13* inte skiljer sig relaterat till kön (Hittner 2007; Volanen et al. 2004).

En skillnad framkommer i mina studier i hur kvinnor och män besvarar några item i *Kasam-29*. Några item synes inte vara könsneutrala vilket även konstaterats utifrån tidigare studier (Hagquist & Andrich 2004). Detta talar för att skalan kan utvecklas. Samtliga item förutom två är dock könsneutrala utifrån mina grupper. Mina undersökningsgrupper består dock övervägande av kvinnor, varför slutsatser dras med försiktighet. Vid homogenitetstest av item i *Kasam-13* beräknat separat för respektive kön framkommer inga skillnader vare sig i svarsstil för respektive item som till totalsumman i studier med jämnare könsfördelning (Hittner 2007). Frågeställningen är dock viktig och bör prövas i vidare forskning. Gibson & Cook (1996) diskuterar om självskattningsformulär som har ambition att

ge ett mått på hälsa kanske missar viktiga frågeställningar om skillnader som är relaterade till kön inte beaktas. Samtidigt synes det viktigt att poängtera att *Kasam-29* inte är tillräckligt för att besvara specifika frågeställningar då det är ett globalt mått och inte mått på specifika strategier.

Socioekonomisk position

Socioekonomisk position bidrar i mina studier inte till att förklara variansen i *Kasam-29* vilket bekräftar huvudtendensen i tidigare forskning. Beräkning av eventuell skillnad relaterat till kön och socioekonomisk position har inte varit möjlig utifrån mina undersökningsgrupper då de huvudsakligen består av kvinnor. De manliga respondenterna är för få i respektive position. I en annan undersökningsgrupp kanske det skulle framkomma könsskillnader. Ingen sådan studie har dock identifierats. En studie från Finland har visat att män med manschettyrken hade signifikant högre *Kasam-29* än män med manuella yrken (Poppius et al. 2003). Bakgrundsvariabler som kan ha bidragit till förklaringen var inte närmare undersökta.

Tidigare forskning pekar på att det är värmen i relationer, graden av medbestämmande och delaktighet i familjen och inte socioekonomisk position som bidrar till högre *Kasam* (Sagy & Antonovsky 2000; Ebert et al. 2002; Kivimäki et al. 2002; Volanen et al. 2004). Forskning inom utvecklingspsykologi och utvecklingspsykopatologi ger stöd för betydelsen av uppfostringsstilar, värme och delaktighet (Bowlby 1994; Winnicott 1994). Detta bekräftar Antonovskys (1991) hypotes om uppfostringsstilens betydelse. Prövning av denna hypotes är dock inte möjlig att göra med det material som insamlat från socionomstuderande och socionomer.

Mina undersökningsgrupper kan inte antas vara representativa för en normalpopulation utöver socioekonomisk position då de utgör en urvalsgrupp som valt att söka samt antagits till en akademisk utbildning. Här kan antas att de studerande under sin uppväxt är överrepresenterade från hem som uppmuntrat utbildning. Uppmuntran till studier har i tidigare forskning inte presenterats i anknytning till graden av värme och delaktighet i ursprungsfamiljen under uppväxtåren. Tidigare studier ger dock stöd till att barns skolprestationer har betydelse för utvecklingen av *Kasam* (Feldt et al. 2005).

Civilstånd och barn

Personer med registrerat förhållande eller gifta har i mina studier signifikant högre *Kasam-29* än samboende och ensamstående. Civilstånd gift/registrerad partner visar även retroaktivt på ett signifikant högre *Kasam-29* vid ett tidigare undersökningstillfälle 11 år tidigare i jämförelse med samboende och ensamstående. Resultat av denna typ har inte gått att identifieras i tidigare forskning då gifta och sammanboende inte presenteras separat (t.ex. Baker et al. 1997; Hood et al. 1996; Olsson et al. 2006). Resultaten om skillnader överensstämmer däremot med andra studier som fokuserar på hälsa där ensamstående är överrepresenterade inom Hälso- och sjukvård (Karlsson 2004; Bergh 2005). Om ett officiellt registrerat förhållande leder till en större trygghet som främjar *Kasam-29* eller om de med högre *Kasam-29* väljer att ingå äktenskap eller registrerat partnerskap är dock svårt att dra någon slutsats om. Min bedömning är dock att de officiella ritualerna bidrar till en större stabilitet i relationerna. Det finns ideologiska och andliga dimensioner och traditioner vilka kan antas vara kulturspecifika och som främjar det Antonovsky (1991) benämnde förutsägbarhet och belastningsbalans. Signifikant högre *Kasam-29* gick att notera för dem som hade barn medan de var studerande men inte 11 år senare.

Kultur

Antonovsky (1991) antog att *Kasam* var oberoende av kultur och nationalitet. Civilstånd och anknyter till det Antonovsky (1979, 1991, 1993b) benämnde en *kulturell kanon*. En *kulturell kanon* innefattande värderingar och normer som kan bidra till att inge känsla av trygghet och stabilitet vilket i sin tur främjar *Kasam-29*. Mina resultat om civilstånd ger stöd åt att innehåll i en *kulturell kanon* samvarierar med *Kasam-29*.

Svenska socialarbetares medelvärde för *Kasam-29/13* överensstämmer med studier som presenterats för normalpopulationer i Sverige (Langius & Björvell 1998; Nilsson 2002) men inte med studier i Kanada (Wolff & Ratner 1999) eller Frankrike (Gana 2001). Hur förhåller det sig för mina undersökningsgrupper och motsvarande grupper som presenterats i tidigare forskning? Skillnader i medelvärden framkommer för *Kasam-29/13* för såväl studerande som yrkesverksamma i Sverige och England. Socionomstuderande i Sverige har signifikant högre *Kasam-29* än de på motsvarande utbildningsnivå i England. Samma förhållande framträder vid jämförelse mellan socionomerna i Sverige och andras forskning med en motsvarande

grupp i England. Det problematiska med att jämföra medelvärden mellan olika kulturer har redan diskuterats under fråga 1. Vad som är av intresse är om det finns liknande mönster av samvariation med andra koncept i olika kulturer.

Socionomstuderande i Sverige och motsvarande grupper i England har besvarat samma uppsättning självskattningsformulär. Mönstret på korrelationerna är liknande för de två grupperna (se Appendix H, Tabell H1 och H2). Graden av upplevelse av obehag i mötet med andra utsatthet, *Personligt obehag*, samt *känsla av kontroll*, *LoC*, bidrog mest till förklaringen av *Kasam-29*. Men skillnaderna i förklarad varians talar för att det finns fler kontextuella variabler som inte ingår i analysen som kan vara av större betydelse för att förklara såväl medelvärdesnivå som variation i *Kasam-29*. Detta har gjort att jag avstått från vidare analyser av skillnader då data om kulturella faktorer är begränsade i mina studier.

Medelvärdesnivån för *Kasam-29/-13* framstår inte som kulturellt oberoende Skillnader mellan socialarbetare i England (Baker et al. 1997), Sverige men även USA (George 1996) talar för att det framstår som problematiskt att presentera medelvärden och utifrån dessa jämföra och dra slutsatser för grupper från olika kulturer. Skillnaderna i medelvärden pekar snarare på att *Kasam-29* inte är ett mått som oreflekterat kan jämföras mellan olika kulturer. Detta stöds av tidigare forskning som visat på att det har betydelse i vilken utsträckning en kultur är sammanhängande, om det är en minoritetskultur eller majoritetskultur (Lee et al. 2002; Cederblad et al. 2003; Tsuno & Yamazaki 2007). Vidare hur individen och grupper har förmåga att hantera skillnader i värderingar och normer när de befinner sig i brytpunkten mellan olika såväl minoritets- som majoritetskulturer. Exempel på detta är flyttning från landsbygd till städer, uppbrott från kända miljöer och traditioner, migration mm. (Lee et al. 2002; Cederblad et al. 2003; Tsuno & Yamazaki 2007). I tidigare forskning har även framkommit skillnader i svarsmonster beroende på antal item samt svarsalternativ i olika versioner av självskattningsformuläret (Strümpfer & Danana 1998; Lee et al. 2002). Skillnaderna har kunnat relateras till såväl språk som etnisk och kulturell tillhörighet.

Kasam beskrevs av Antonovsky (1991) som ett globalt mått som var oberoende av kulturella faktorer. Men han påpekade även att de kulturella vägarna att nå en högre *Kasam* kan skilja sig åt. Mycket talar för att även om *Kasam* är ett globalt mått så är det som mäts med självskattningsformuläret *Kasam-29* inte globalt jämförbart mellan olika kulturer. Forskare

saknar ofta hela vidden av kulturella variabler som anger nivån på *Kasam-29*, men även om vilken betydelse en nivå har för upplevelse av att tillvaron är *Begriplig*, *Hanterbar* och *Meningsfull* i en specifik kultur (David & Leichtentritt 1998; Cohen & Savaya 2003). Studier i mångkulturella samhällen har visat på skillnader i *Kasam-29* som antas kunna sammanhänga med diskriminering och rasism (Ying et al. 2007). Att kontorsarbetare i Japan (Nakamura 2001) skulle ha lägre *Kasam-29* än patienter med diagnosen schizofreni i Sverige (Bengtsson-Tops & Hansson 2001) eller att en normalpopulation i Sverige (Larsson & Kalleberg 1999) har signifikant högre *Kasam-29* än en motsvarande grupp i Frankrike (Gana 2001) eller Kanada (Wolff & Ratner 1999) är exempel på det problematiska i att jämföra medelvärden. Det framkommer en statistiskt signifikanta skillnad i *Kasam-29* mellan undersökningsgrupper i olika kulturer. Men frågan är om det återspeglar en kvalitativt lägre eller högre upplevelse av hälsa och livskvalitet eller om mätinstrumentet är mer beroende av kulturella faktorer på ett mer komplext sätt än vad Antonovsky antog (1991, 1993b). Flera faktorer kan spela in t.ex. det sätt på vilket formuläret överersatts till olika språk men även skillnader i hur Likertskalor uppfattas och besvaras av respondenter med varierande kulturell bakgrund (Strümpfer & Danana 1998; Lee et al. 2002). Det finns ingen empirisk linje i resultaten från tidigare forskning som stödjer jämförelse av medelvärden för *Kasam-29/13* mellan olika kulturer.

Det finns anledning att närmare undersöka vari skillnader i *Kasam-29* består i i kommande forskning. Vidare att undersöka vad som avses med en *kulturell kanon* vilket Antonovsky (1979, 1991, 1993b) hävdade var av stor betydelse för utvecklandet av *Kasam*. Antonovsky refererar till E. H. Erikson när han försöker ringa in begreppet *kulturell kanon*. Begreppet psyksocialt används återkommande i texter om socialt arbete. Begreppet är hämtat från Eriksons (1975) studier av i vilken utsträckning kulturer var sammanhängande avseende fyra områden: *ekonomiskt system, vuxenroller, barnuppfostran* samt *kulturella normer och värderingar*. Hur sammanhängande och begripliga de fyra komponenterna var, vilka tillsammans utgör en *kulturell kanon*, beskrevs som centrala för identitetsutvecklingen för såväl den enskilde individen som gruppen individen ingår i.

Övriga frågor

Socionomerna som medverkade i uppföljningsstudien 2006 besvarade ett antal frågor om andra demografiska uppgifter. Boendeform, fritidsaktivitet, deltagande i föreningsverksamhet samt anställningsförhållanden uppvisade ingen samvariation med *Kasam-29*.

Sammanfattning av svaren på fråga 4

Prövning av *Kasam-29* i relation till sociodemografiska variabler bekräftar i huvudsak Antonovskys (1991, 1993a) antaganden och teoribildningen bakom *Kasam*. Prövning av samvariation i förhållande till sociodemografiska variabler visar på att *Kasam-29* utifrån presenterade grupper är oberoende av kön, ålder, socioekonomisk position. Socionomstudier som var gifta eller hade registrerat partnerskap uppvisade signifikant högre medelvärden för *Kasam-29* än samboende och ensamstående. *Kasam-29* är beroende av yrkesstatus, studerande eller yrkesverksam. Frågetecken framkommer om medelvärden från olika kulturer kan jämföras med varandra vilket anknyter till avhandlingens första fråga. Det finns stora skillnader i medelvärden men de är svåra att tolka. Tolkningssvårigheterna hänger samman med att det finns en rad variabler som kan bidra till att förklara skillnaderna vilka det saknas kunskaper och kontroll över. Resultaten pekar även på att det är av tveksamt intresse att jämföra medelvärden för *Kasam-29/13* mellan populationer från olika kulturer.

Fråga 5 - *Kasam-29* och andra koncept

Under denna rubrik diskuteras avhandlingens femte fråga – *Kasam-29 och andra koncept*. Hur samvarierar *Kasam-29* med andra mått? Vilka koncept bidrar till förklaringen av *Kasam-29*? De mått och koncept som avses presenterades under rubrikerna: *Själv och omgivning*, *Hälsa och välbefinnande samt Upplevelse av stressorer* och *Attityder och beteenden* i avsnittet om tidigare forskning. Diskussionen med anknytning till *Upplevelse av stressorer* och *Attityder och beteenden* har i förts samman under en rubrik, *Arbetsbelastning, utbrändhet och socialt stöd*.

Antonovsky hänvisade till koncept som var betydelsefulla för utvecklande av den salutogena teorin och operationaliseringen av begreppet *Kasam* i frågeformuläret ”*Quality of Life Questionnaire*” (Antonovsky 1991,

1991a, 1996b). Vid genomgång av tidigare forskning har ett antal variabler presenterats som mäter mer eller mindre stabila personlighetsegenskaper. Några självskattningsformulär från dessa koncept har använts för att bidra till ett svar på vad *Kasam-29* mäter. Några frågeformulär har valts utifrån att de bidrar till att svara på frågeställningar som enbart i begränsad utsträckning t.ex. mått på empati, eller inte tidigare prövats, t.ex. psykogena behovsvariabler. Andra har varit av intresse för att få kunskaper om hur de samvarierar för gruppen socionomstuderande samt yrkesverksamma socialarbetare.

Vad bidrar till att förklara *Kasam-29*? *Kasam-29* diskuteras i förhållande till vart och ett av självskattningsformulären och den teoribildning formulären representerar. Därefter sammanfattas diskussionen utifrån de multivariata analyserna.

Själv och omgivning

Temperamentsfaktorer och ärftliga faktorer

Det i huvudsak biologiskt grundade temperamentet mätt med självskattningsformuläret *EAS* (formuläret beskrivs på sidan 86) förklarar nästan 50 % av nivån på *Kasam-29* utifrån mina undersökningsgrupper när andra variabler inte tas med i beräkning. Antonovsky återkommer i sina texter till att omformulera denna typ av data i positiva termer vilket betyder att mer än 50 % av *Kasam-29* går att påverka av faktorer som inte har konstitutionell grund eller är avhängigt av faktorer från tidig ålder. Den nivå på *Kasam-29* vi uppnår skulle alltså vara till lika delar beroende av vad vårt i huvudsak biologiskt grundade temperament förser oss med och sociala och psykologiska faktorer. En global upplevelse av *Begriplighet*, *Hanterbarhet* och *Meningsfullhet* är då beroende av individens omgivning och interaktion med denna omgivning. Men temperament är inte enbart biologiskt grundat varför en viss försiktighet kan vara på sin plats. Det finns anledning att skilja på vad genetiska faktorer respektive temperamentsfaktorer bidrar med var för sig respektive hur de samvarierar till förklaringen av *Kasam-29*. Sambandet mellan genetiska faktorer och psykologisk utveckling är komplext och kunskaperna befinner sig ännu på en hypotetisk nivå (Rutter 2007). Nuvarande kunskapsnivå pekar på att cirka 35 % av förklarad varians kan tillskrivas genetiska faktorer. Denna bedömning görs med stöd av tidigare forskning (Hansson et al. 2007). En fråga blir vilka till-

gängliga resurser en person har som har höga värden för *Nedstämdhet* och *Ångest* och låga för *Kasam-29*. Det är inte tillräckligt med tillgång till kringresurser vilka kan fungera som skyddande eller härbärgerande utan individen måste också kunna tillgodogöra sig dem. Kraven på omgivningen blir större då såväl motivation som förmågan att nyttja tillgängliga omgivningsresurser är mindre hos individen med lägre *Kasam-29*.

Temperamentsegenskaperna *Nedstämd* och *Ångestladdad personlighet* i *EAS* korrelerar i mina undersökningar måttligt med *Låg Kasam*. Uttryckt i positiva termer korrelerar en konstitutionell grund att vara emotionellt uppåt och relativt fri från endogen ångest signifikant positivt med *Hög Kasam*. *Sociabilitet* som temperamentsegenskap korrelerar även måttligt med *Hög Kasam*. *Aktivitetsnivå* respektive *Aggressivitet* visar däremot inte på något samband med *Kasam-29*.

Temperament definieras som ett antal i huvudsak medfödda endogena karaktäristika vilka verkar i interaktion med vår omvärld direkt från födelsen och som faktorer att tillskriva betydelse under vår kommande utveckling (Demetriou et al. 1998). Temperament beskrivs som egenskaper vilka framträder tydligaste och mest renodlat hos det lilla barnet. Små barn tillskrivs i psykologisk utvecklings- och personlighetsteori oftast inte ha individuell personlighet utan temperament.

Individuella skillnader avseende aktivitetsnivå, emotionalitet, avledbarhet, mottaglighet eller interaktionsbenägenhet är exempel på temperamentsvariabler. Föräldrar rapporterar att de tidigt lagt märke till att något var annorlunda hos de barn som senare diagnostiserats ha någon form av beteendestörning t.ex. ADHD (Demetriou et al. 1998; Durkin 1995; Howe 1995). När föräldrar skattar sina barn med hjälp av olika adjektiv är urvalet av situationer där skattning sker problematiskt (Rutter 1990). Barns beteende förändras avsevärt över tid och situation. Svårigheten som Rutter pekade på var om samma beteende vid olika tillfällen återspeglar samma karaktäristika, är det fråga om uttryck för temperament, motivation, tänkande, värderingar eller psykopatologi eller att samma beteende återspeglar olika karaktäristika vid olika åldrar (Rutter 1970; Caspi et al. 1990). Enligt Howe (1995) har Plomin (1983) hävdade att *neuroticism* (negative affectivity) och *extroversion* (positive affectivity) är bland de egenskaper som har störst hereditet. Tidigare forskning bekräftar att *Kasam-29* korrelerar högt med mått på *neuroticism* och *extroversion*. Några forskare har hävdat att *Kasam-29* enbart är ett mått på motsatsen till *neuroticism* (Bigler et al. 2001; Ebert et al. 2002) vilket dock inte fått stöd av

andra forskare som hävdade att *Kasam-29* är något mer än en personlighetsvariabel (Strümpfer et al. 1998a). I debatt mellan temperaments- och attachmentteoretiker har båda hävdat att den andres forskningsdata tillskrivs för stor betydelse (Kagan 1987; Sroufe, 1985). Durkin (1995) refererar till att jämförande studier mellan vårdarens förhållningssätt och barnets temperamentegenskaper visar på att det är hur barnet blir bemött som skulle ha störst prediktiv styrka. Föräldrarnas uppfostringsstil har t.ex. i senare forskning visat sig kunna moderera genernas inflytande på anti-socialt beteende (Feinberg et al. 2007). Samtidigt finns det forskning som visar på att intelligens hos ungdomar signifikant korrelerar med en hög *Kasam-29* i vuxen ålder (Kalimo & Vuori 1991).

Att genetiska faktorer påverkar individens utveckling på ett komplext sätt råder det inte någon större tveksamhet om (Durkin 1995; Rutter et al. 2006). Socionomer behöver ha kunskaper om hur olika faktorer samvarierar och se till vilka konsekvenser det har för socialt arbete. En fråga av betydelse för *Kasam-29* är graden av stabilitet hos olika faktor. Stabiliteten är lägst när utvecklingen sker snabbt som under puberteten och högre under vuxenperioden. Medelvärden för olika temperamentsvariabler i olika representativa grupper, olika åldrar och över tid visar på perioder av förändringar respektive stabilitet. Ett salutogent perspektiv är viktigt för diskussionen när genetiska faktorer betydelse betraktas i kombination med ett utvecklingspsykologiskt perspektiv. Landvinningarna inom beteendegenetisk forskning visar på en stark predisposition för många beteendeproblem (Caspi et al. 2003; Rutter et al. 2006; Rutter 2007; Feinberg et al. 2007). Miljövariablerna blir avgörande för att ”trigga” dessa och utlösa alternativt bidra till att modifiera problemutveckling. Nivån på *Kasam-29* kan antas ha betydelse för att modifiera en problemutveckling vilket kan bli en vägledande variabel att bedöma vid val av interventioner. Ny forskning visar på ökade kunskaper om samspel mellan gener och omgivningen. Om *Kasam* och temperament styrs av samma gener får vi höga korrelationer men det blir troligen alltid ett antal procent som inte kan förklaras.

Psykogena behov

Psykogena behov mätt med självskattningsformuläret *CMPS* (se sidan 86) förklarar nästan 40 % av variansen i *Kasam-29* när andra variabler inte tas med i beräkning. Psykogena behov anknyter till psykologisk teori som fokuserar på mer stabila personlighetsegenskaper ("traits"). De psykogena behoven är mätt på vad som motiverar individen i olika situationer (Cesarec & Marke 1968). Med de psykogena behovsvariablerna framkommer utifrån mina undersökningsgrupper att personer med *Högre Kasam-29* har lägre behov av att *försvara sin status, uttrycka aggressivitet* och hävda *autonomi*. *Autonomi* korrelerar svagt negativt med *Högre Kasam-29*. Detta tolkas som att *Kasam* är ett globalt mått som till skillnad från t.ex. *Locus of Control* mäter ett förhållningssätt som innebär interaktion med omgivningen och tillvaratagande av de resurser som finns där. Högt behov av *autonomi* kan innebära svårigheter att samverka med andra och ta emot stöd som erbjuds. *Lägre Kasam-29* kan innebära följsamhet, att vara lättledd, och svårigheter att hävda oberoende. En person med *Högre Kasam-29* kan antas vara mindre följsam och mer självständigt ta ställning i olika frågor utan att ha behov i sig att hävda *autonomi*.

Individen med *Högre Kasam-29* kan förväntas ha lägre *Neurotiskt självhävelsebehov* samt lägre behov av att ge uttryck för *Aggressiv non-konformitet*. Höga värden på dessa faktorindex är över tid mindre fruktbara vid problemlösning vilket överensstämmer med Antonovskys (1991, 1993c) antagande att *Högre Kasam-29* karaktäriseras av en kreativ och flexibel brottning med stressorer. *Högre Neurotiskt självhävelsebehov* och *Aggressiv non-konformitet* resulterar i större rigiditet och svårigheter med nära relationer, mindre samarbete med ömsesidigt utbyte och fler icke konstruktiva konfrontationer med andra. Korrelationerna är alltså höga till mått som avser att mäta *negativ affekt* och *neuroticism*. Resultaten pekar på att *Kasam-29* är ett mått som till en del innefattar relativt stabila komponenter vilka anknyter till vad som togs upp under föregående rubrik om temperamentsfaktorer. Tidigare forskning har visat på skillnader i samvariationen mellan *Kasam-29/13* och personlighetsvariabler, mått på depression, hopplöshet mm. för kliniska och icke kliniska grupper (Languis & Björvell 1996; Edwards & Besseling 2001; Edwards & Holden 2001; Gana 2001). Sammallahti et al. (1996) påpekade behovet av känsligare instrument än *Kasam-29* för att få mer specifika svar vid arbete med kliniska grupper. Man exemplifierar med *Defense Style Questionnaire* (DSQ),

som är en operationalisering från psykoanalytiskt teori utvecklad av Bond et al. (1983) Vid studie av en poliklinisk psykiatrisk patientgrupp beskrevs olika typer av patologisk coping bättre kunna identifieras med DSQ. CMPS är ett annat sådant instrument som använts vid studier av psykopatologiska mönster (Cesarec & Marke 1968).

Samvariationen mellan *Kasam-29* och *psykogen behov* för mina undersökningsgrupper bekräftar resultat från tidigare forskning med andra mått på personlighetsvariabler utifrån icke-kliniska grupper.

Resultaten överensstämmer med tidigare forskning med anknytning till mått på *negativ affekt* och *neuroticism* (Strümpfer et al. 1998a; Bigler et al. 2001; Ebert et al. 2002). Genuin ork för intresse för andra uttrycker sig i att personer med *Högre Kasam-29* har mer kapacitet att bry sig om andra och i motsvarande grad är i mindre behov av att försvara sin status med syfte att hävda sig. *Lägre Kasam* kan förknippas med större behov av att *försvara status* då integriteten lättare kan upplevas vara hotad.

Empati

Två av variablerna från självskattningsformuläret *Reaktivitetsindex* (se sidan 90), *Personligt obehag* samt *Perspektivtagande*, korrelerar måttligt med *Kasam-29*. Variablerna bidrar till att förklara drygt 20 % av variansen i *Kasam-29*. *Personligt obehag*, som kan beskrivas som mått på *Negativ affekt* eller *Nedstämdhet* inför andras problem och svårigheter, bidrar mest. Förmåga att känslomässigt sätta sig in i andras känslor, *Emotionell omtanke*, samt den kognitiva variabeln *Fantasi* visar inte på några samband med *Kasam-29*.

Tidigare forskning har använt andra mått på empati vilka uppvisat måttliga (Ortlepp & Friedman 2002) till starka korrelationer (Pålsson et al. 1996) med *Kasam-29*. Flera teoretiker och forskare har reflekterat över begreppet empati i relation till utbildning inom hälso- och sjukvård, psykoterapi och praktiskt socialt arbete (Eriksson 1984; Holm 1987, 1995; Yalom 2002; Molin 2003). Empatisk förmåga räknas som en viktig kapacitet i vårdande yrken. Kvalitén i vård och behandling beskrivs som avhängigt av i vilken utsträckning klienter och patienter upplever ett empatiskt bemötande där de känner sig uppfattade som en person.

Det mått på empati som använts i studierna med socionomstuderande och socionomer är flerdimensionellt och visar på lägre samvariation med *Kasam-29* än studier med andra mått på empati. Davis (1996) hävdade att

empativariablerna är stabila över tid och enbart var möjliga att påverka marginellt. Teoribildning kring empati är oklar. Barn kan uppleva andras stress som sin egen och känna obehag då de ännu inte lärt sig skilja på sig själv och andra (Davis 1996). Med åren utvecklas en känsla av sympati för andras belägenhet. Empatiskt obehag ersätts av vad som benämns sympatisk omtanke och medkänsla. Förmåga till rolltagande beskrevs av Davis som en viktig färdighet hos barn för att utveckla förmåga att se saker ur andras perspektiv. Det självcentrerade empatiska obehaget transformeras till omtanke om den andre. En person med lägre *Kasam* upplever mer självcentrerat personligt obehag vilket med socionomer som exempel kan bidra till handlingsförklaring.

Frågan är vad socionomutbildningen kan bidra med när förmågan visar sig vara relativt stabil över tiden. *Kasam-29* stärkts, vilket framgår av tidigare diskussion, på gruppnivå under socionomutbildningen. Vid stabilitetsprövningen (fråga 2) framgick att korrelationerna mellan *Kasam-29* och *Personligt obehag* befann sig på liknande måttlig nivå över fyra år. Då utbildningen synes ha en positiv effekt på *Kasam-29* bidrar den även indirekt till mindre upplevelse av *Personligt obehag* i möte med andras utsatthet. I salutogena termer är socialarbetarens förmåga att uppleva arbetet som *Begripligt*, *Hanterbart* och *Meningsfullt* och se människor som subjekt centralt. En förutsättning är att socialarbetaren inte upplever obehag på en nivå i mötet med andras svårigheter som medför handlingsförklaring. Starkare *Kasam-29* synes motverka detta.

Locus of Control

Upplevelse av kontroll mätt med Rotters (1966) *Locus of control* (se sidan 91) korrelerar måttligt med *Kasam-29* för socionomstuderande och socionomer. Tidigare forskning med *Kasam-29* och olika mått på upplevelse av kontroll inklusive LoC bekräftar mina resultat (Flannery et al. 1994; Cederblad et al. 1994; Smith & Meyer 1997).

Upplevelse av inre kontroll kan uppfattas vara viktigt för socialarbetare. Att kunna identifiera vad som sammanhänger med yttre faktorer respektive inre har betydelse för både den egna arbetssituationen och de människorna som socionomen möter i sitt arbete. Upplevelse av att inte själv ha kontroll, att hänvisa till otur eller problematisk bakgrund är förklaringsmodeller som kan leda till en offermentalitet (Hessle 1992; LaMar 1992). Upplevelse av inre kontroll ger större möjligheter för individen att se sig själv som aktör och en person som kan påverka sin livssituation. Den posi-

tiva korrelationen med *Kasam-29* talar för att upplevelse av kontroll också är en motivationsfaktor. Motivationsarbete är en viktig del av det sociala arbetet (Svensson 1996; Trotter 2006). Människor i utsatta situationer beskrivs återkommande behöva hopp och tilltro till att livet går att förändra och att villkor går att förbättra (Werner & Smith 1992; Payne 2005; Trotter 2006). Trotter (2006) drog följande slutsats från en studie av barnvårdsarbete:

Optimistic workers had clients with good outcomes ... not only was it helpful for the worker to believe in the client's capacity to change, but it was also helpful for the client to believe in the worker's capacity to help (a.a., s. 37).

Att arbeta med att hjälpa människor att stärka upplevelsen av inre kontroll och känslan av att vara en aktör är centralt för framgångsrikt socialt arbete. Men allt är inte beroende av den enskilde och vad hon gör med sin situation. Om *LoC* och *Kasam-29* är mått som överensstämmer med varandra kunde korrelationerna förväntas vara starkare. En mängd omgivande faktorer kan vara svåra att förändra varvid upplevelse av kontroll inte är tillräckligt. Till skillnad från Rotters *LoC* hade Antonovsky en intention att med *Kasam* även fånga en förmåga att använda resurser i individens omgivning. Det är på denna punkt som Antonovsky distanserade sig från *LoC*. Enligt Antonovsky (1992) var konceptet sammanhängande med upplevelse av kontroll t.ex. *LoC* populära i litteratur som behandlar hantering av stress. Detta skulle kunna tala för att *LoC* hade hög korrelation med komponenten *Hanterbarhet* i *Kasam*. Men den person som har en *hög Känsla av sammanhang* upplever att det finns tillgängliga resurser vilka nödvändigtvis inte är personliga, utan även omfattar resurser i omgivningen. Om resurserna inte skulle vara tillgängliga förutsägs en person med *hög Kasam* undvika situationer som inte går att hantera. En person med hög upplevelse av inre kontroll skulle däremot sträva efter att hantera situationen själv och undvika att söka hjälp av andra. Antonovsky (1991) hävdade att det kan finnas starka korrelationer mellan *Kasam* och *LoC* i vissa kulturer, företrädesvis de västerländska där individuellt oberoende ses som viktigt. I andra kulturer kan hög inre kontroll antas vara ovanlig och därmed korrelera lågt med *Kasam*. Poängen är att Antonovsky menar att *Kasam* inte är kulturbundet till skillnad från *LoC*. I den tidigare framställningen har Antonovskys (1991) påstående att *Kasam* skulle vara oberoende av kultur ifrågasatts.

Hälsa och välbefinnande

Under denna rubrik diskuteras samvariation mellan *Kasam-29* och tre mått på hälsa och välbefinnande: *Självskattad hälsa* (SRH), *Symtom-30*, samt *Livskvalitet*. (se sidan 92 ff.)

Självskattad hälsa, SRH

Den sparsamma förklaringen av variansen av *Kasam-29* utifrån socionom-studerande och socionomer talar för att *Kasam* är något annat än enbart ett mått på självskattad hälsa. Mina resultat bekräftar vad som framkommit vid tidigare studier där SRH använts. Självskattad hälsa har använts vid ett stort antal studier av psykologiska och sociala faktorer sammanhängande med *Kasam-29/13* (Duetz et al. 2003; Feldt et al. 2005a; Pallant & Lae 2002; Reid et al. 2005; Hasson et al. 2006; m.fl.). Tidigare studier har visat att personer som upplevt traumatiska händelser under de senaste 12 månaderna skattade sin hälsa som sämre om de hade lägre *Kasam-13* än medelvärdet (Richardson & Ratner 2005). Andra har visat på *Kasam-13* som oberoende av förändrade hälsotillstånd medan graden av fientlighet i samband med sjukdom är högre för patienter med lägre *Kasam-13* (Kivimäki et al. 2002). Skillnader framkommer i hur *Självskattad hälsa* samvarierar beroende på om värdena för *Kasam-13* var lägre eller högre än medelvärdet. Lägre *Kasam-13* synes sänka den *Självskattade hälsan* medan högre *Kasam-13* bidrar till att skatta hälsan som oförändrad (Kivimäki et al. 2002; Richardson & Ratner 2005). *Kasam-29* mäter inte enbart en allmänt subjektiv upplevelse av det egna hälsotillståndet utan synes rymma en annan dimension.

Symtom

Nedstämdhet, nervösa besvär samt *somatiska symtom* som associeras med upplevelse av en stressfylld livssituation korrelerar måttligt med *Kasam-29* vilket överensstämmer med tidigare studier (Svartvik et al. 2000). Variablerna *nedstämdhet* och *nervösa besvär* sammanhänger med tidigare beskrivna mått på *Negativ affekt* och *Neuroticism*. Drygt 30 % av *Kasam-29* förklaras av de variabler som ingår i självskattningsformuläret *Symtom-30* vilket talar för att *Kasam-29* mäter något mer än symtom på hälsa, *Negativ affekt* och *Neuroticism* vilket överensstämmer med resultat från tidigare forskning (Strümpfer et al. 1998a). Andra mått på hälsa som har frågor

om symtom, *Leddy Healthiness Scale* (Leddy 1996) samt *SCL-90* (Sammallahti et al. 1996; Cederblad 1996), har i tidigare forskning uppvisat starkare korrelationer med *Kasam-29* än vad *SRH* och *Symtom-30* gör i mina undersökningar. Resultaten pekar på att *Kasam-29* samvarierar måttligt till starkt med uppgivna symtom på ohälsa. Leddy (1996) utvecklade *Leddy Healthiness Scale* med referens till Antonovsky (1987). Han föreslog att skalan kunde användas för att identifiera specifika mönster för hur hälsa manifesteras. Leddy tar som exempel upp vilken effekt sjuksköterskors symtomorientering/problemorientering kontra resursorientering har på patienters upplevda hälsa. Han förespråkade arbete med att utveckla ett mer resursorienterat synsätt inom vården utifrån antagande om att det skulle ha hälsofrämjande effekter.

Livskvalitet

För *Livskvalitet* mätt med ”*The Gothenburg Quality of Life Instrument*” uppvisar två variabler, *självförtroende* och *humör*, starka korrelationer medan flertalet övriga korrelerar måttligt med *Kasam-29*. Variablerna förklarar nästan 60 % av variansen i *Kasam-29*. Tidigare forskning uppvisar resultat på samma nivå (Svartvik et al. 2000). Även om *Kasam-29* förklaras till måttlig del av upplevd *Livskvalitet* så kan *hög Kasam-29* och *Livskvalitet* inte betraktas som synonyma. Tidigare forskning har visat att en person med *hög Kasam* kan ha *låg livskvalitet* beroende av vilka omständigheter personen befinner sig i (Antonovsky 1991). Antonovsky tar som exempel att en person som sitter i ett koncentrationsläger kan ha *hög Kasam* som bidrar till att hantera livssituationen utan att det innebär att hon upplever en *högre livskvalitet*. En person med *hög Kasam* som lever under gynnsamma livsbetingelser kan däremot antas uppleva en *högre livskvalitet*.

Det framkommer att *Kasam-29* korrelerar måttligt med Självskattad hälsa (SRH), men starkt med *Livskvalitet* och *Symtom-30*. När de olika måtten på hälsa sammanförs i multipel stegvis regressionsanalys framkommer att mer än 60 procent av variansen i *Kasam-29* förklaras av dessa mått när inte andra variabler tas med i beräkningen. Den självskattade hälsan synes vara oberoende av objektiva hälsodata (Idler & Benyamini 1997). Att självskattad hälsa samvarierar med *Kasam-29* är viktigt för socialt arbete, då den kan ses som en attityd till sig själv och det egna hälsotillståndet. Denna

attityd påverkar hur omfattande motivationsinsatser som behövs för att främja klientens medverkan i förändring av den egna livssituationen.

Arbetsbelastning, utbrändhet och socialt stöd

Under denna rubrik diskuteras *Kasam-29* i relation till *Arbetsbelastning, socialt stöd och kontroll och kompetens i arbetslivet* (ASK), utbrändhet mätt med *Maslach Burnout Inventory* (MBI), upplevelse av andras syn på egen kompetens, relationen arbetsliv och hemsituation samt handledning. Självskattningsformulären och frågorna presenteras på sidan 94 ff. Resultaten från ASK, omgivningens syn på den egna kompetensens samt samverkan krav i hemmet och arbetslivet diskuteras tillsammans.

Arbetsbelastning, socialt stöd, kontroll samt kompetens

Yrkesverksamma socionomer tillfrågades om hur de såg på arbetsrelaterade faktorer som arbetsmiljö, arbetsbelastning, stöd från ledning och kollegor mm. Frågeformuläret som användes var *ASK – ett frågeformulär för att mäta arbetsbelastning, socialt stöd, kontroll och kompetens i arbetslivet* (Hovmark & Thomsson 1995; Gustle et al. 2007). Resultaten i undersökningen visade på måttliga korrelationer mellan *Kasam-29* och *Kontroll* samt upplevelse av *Expertis/kompetens*. *Arbetskrav* samt *socialt stöd* korrelerade svagt med *Kasam-29*. Korrelationerna mellan *Arbetsklimat* och *Kasam-29* var däremot inte signifikanta. Av variablerna i *ASK* var det enbart *Kontroll* och *Expertis/kompetens* som bidrog till förklaringen, 14 %, av *Kasam-29*. Självskattad upplevelse av att *kontroll* i arbetet, att själv vara *kompetent* och ha möjlighet att använda denna har alltså större betydelse för socionomernas *Kasam-29* än kraven i arbetet och socialt stöd från ledning och arbetskamrater mätt med *ASK*.

Tidigare forskning stödjer mina resultat avseende arbetsrelaterade faktorer och *Kasam-29* (Nilsson et al. 2000; Holmberg et al. 2004). Positiva starka korrelationer har framkommit för *kontroll* över arbetet respektive negativa korrelationer för mått på arbetskrav och *Kasam-29*.

Avseende *andras syn på socionomernas kompetens* var det vänkretsens, arbetskollegornas samt samarbetspartners inom andra verksamheter som korrelerade signifikant med *Kasam-29*. Arbetsledningens, politikernas, allmänhetens och medias syn samvarierade inte signifikant med *Kasam-29*. Enbart vänkretsens inställning bidrog till förklaringen av *Kasam-29*.

Krav i arbetet och i hemmet påverkade varandra korrelerade måttligt med *Kasam-29* medan det enbart var *Krav i hemmet* som bidrog till att förklara variansen i *Kasam-29* när andra variabler inte ingick i analysen.

Variablerna från ASK, andras syn på egen kompetens samt krav i hem och arbete fördes samman i en multiple regressionsanalys. Enbart *ASK-Kontroll, krav i hemmet samt vänkretsens syn på den egna kompetensen* bidrog till att förklara variansen i *Kasam-29*. *Arbetsklimat, socialt stöd från kollegor*, uppskattning från arbetsledning mm bidrar inte förklaringen av *Kasam-29*. *Kasam* beskrevs av Antonovsky (1991) som oberoende av *socialt stöd*. *Kasam* beskrevs som den faktor som avgör vilka resurser och strategier som skall användas för att hantera i detta fall *arbetsklimat, kollegor, samarbetspartners och arbetsledning*. *Kasam-29* samvarierar lågt med det *Socialt stöd*. Nivån på *Kasam-29* bidrar till att kunna söka upp och välja det stöd som finns tillgängligt. Detta är inget uttalande om att *arbetsklimat, stöd från arbetskollegor eller arbetsledning* skulle vara oviktigt. Resultaten pekar enbart på att faktorerna inte i nämnvärd utsträckning bidrar till nivån på *Kasam-29*. *Starkare Kasam-29* bidrar utifrån detta resonemang till att bättre hantera såväl bra som mindre bra arbetsmiljöer och ta tillvara till erbjudna resurser i form av *Socialt stöd*. Resultaten stöds av tidigare forskning med andra grupper (Wolff & Ratner 1999; Fok et al. 2005; Heiman 2006; Languis Holmberg et al. 2004; Skärsäter et al. 2005).

Krav i arbetet, andras syn på kompetensen, utöver vänkretsen, bidrog inte till förklaringen av *Kasam-29*. Resultaten pekar på att allmänt socialt stöd och positiva omdömen har underordnad betydelse för *Kasam-29*. Att själv få styra över arbetet, påverka arbetsmetoder och mål, en positiv stödjande hemsituation och att upplevas som kompetent av de närmaste vännerna pekar på att det inte är allmänt socialt stöd och uppskattning som är viktigt för *Kasam-29*.

Resultaten synes stödja Antonovskys (1991, 1993a, 1996a) hypotes att *Kasam* är oberoende av socialt stöd. Antonovsky (1993a) ställde en fråga om det fanns test som *Kasam* inte är relaterade till. Frågan byggde på att han enbart funnit en studie som visade på att *Kasam* inte relaterade till ett teoretiskt koncept som det inte utgav sig för att omfatta. Interpersonellt stöd skulle vara en sådan oberoende "social based resistance resource" (Hart et al. 1991, s. 144). Resultaten från studien med socionomer stödjer att *Kasam-29* är oberoende av den arbetsgrupp och ledning individen har på sin arbetsplats. Detta stöds även av att andras uppfattning om den egna kompetensen är av underordnad betydelse, förutom från dem som är när-

mast. Socionomerna ombads besvarade frågor om handledning på arbetsplatsen. Syftet var att undersöka om handledning samvarierar och bidrar till förklaringen av variansen i *Kasam-29*. Frågan ställdes utifrån hur handledning definieras. Handledning kan erbjuda utbildning, kvalitetskontroll men även socialt och psykologiskt stöd till socialarbetare (se Kadushin 1992). Resultaten pekar på att *Kasam-29* inte samvarierar med vare sig socialt stöd i allmänhet eller kollegialt stöd. Nivån på *Kasam-29* synes däremot samvariera med individens förmåga att tillgodogöra sig det stöd som erbjuds av vänner, kollegor och professionella handledare i socialt arbete. Bedömningen stöds av tidigare forskning, som visat på att nivån på *Kasam-29* enbart korrelerar på svag nivå eller inte signifikant med socialt stöd (Wolff & Ratner 1999; Fok et al. 2005; Heiman 2006). Nivån på *Kasam-29* synes däremot samvarierar med förmågan att tillgodogöra sig såväl information som socialt stöd (Languis Holmberg et al. 2004; Skärsäter et al. 2005). För att bedöma kvalitet på socialt stöd och handledning behövs andra frågeställningar än de som mäts med *Kasam-29*.

Utbrändhet

De yrkesverksamma socionomerna besvarade förutom *ASK* även *Maslach Burnout inventory* (MBI) som mått på *Upplevelse av stressorer* (se sidan 104). Måttliga korrelationer framkommer mellan *Kasam-29* och samtliga MBI variabler. Vid regressionsanalys bidrar *Emotionell utmattning* samt *Personlig prestation* till förklaringen av 28 % av variansen i *Kasam-29* när andra variabler inte tas med i beräkningen.

Kasam-29 samvarierar på motsvarande måttliga nivå med *Emotionell utmattning* och *Personlig prestation* vilket framkommit i tidigare studier med socialarbetare och vårdpersonal i såväl Sverige som England, USA Sydafrika och Grekland (Söderfeldt et al. 2000; Baker et al. 1997; Lewis et al. 1994; Levert et al. 2000; Tselebis et al. 2001). Mönstret skiljer sig något för *MBI*-variabeln *Depersonalisation*, att betrakta andra som objekt, men tendensen är samma. Resultaten pekar på att högre *Kasam-29* samvarierar med lägre värden för mått på utbrändhet men det är en annan fråga om en högre nivå på *Kasam-29* förklarar skillnader i utbrändhet. Det kunde ha antagits att den förklarade variansen för *Kasam-29* skulle vara högre. Men *MBI* är specifikt relaterat till upplevelser sammanhängande med arbetet medan *Kasam-29* antas vara ett globalt mått som avser individens upplevelse av hela sin livssituation. Starkare korrelationer skulle kunna

förväntas framträda mellan *Kasam-29* och *Depersonalisation*, att se andra som objekt. Något sådant mönster framträder inte. Min bedömning är att det är lättare att svara ärlig kring frågor om upplevd utmattning och påverkan på prestationsförmågan. Att beskriva sig själv vara en person som ser andra som objekt är stora krav att ställa på självinsikt och ärlighet.

Men att korrelationerna mellan *Kasam-29* och *MBI variablerna* är signifikanta visar på att de samvarierar men beskriver inget orsakssamband. Först när fler variabler förs in i en multivariat regressionsanalys går det att få något som kan beskrivas som orsaksförklaring. För att bedöma detta behöver fler variabler ingå i analysen vilket presenteras i nästa avsnitt.

Utbrändhet betraktas som ett av flera sätt att reagera på stressorer. Wolff & Ratner (1999) diskuterade orsakssamband mellan hur upplevelse av stress och spänning påverkar *Kasam*. Stressorer från tidig ålder antas ha haft en påverkan på vilken nivå individens *Kasam* hamnar på i vuxen ålder. Man diskuterade även om en person med lägre än en med högre *Kasam* beskriver samma typ av situation som mer stressfylld. Liksom kronisk stress kan påverka nivån på *Kasam* kan låg *Kasam* tendera att definiera situationer som mer stressfyllda. Wolf & Ratner efterfrågar longitudinella studier för att undersöka dessa samband.

Baker et al. (1997) diskuterade effekter av utbrändhet bland socialarbetare i England. Man hävdade att utbrändhetssymptom hos socialarbetare kan kännas igen när de successivt slutar att bry sig, ha positiva känslor av sympati och respekt för klienterna. Det kan ta sig uttryck i cynism, distansering och en tendens att betrakta klienter som objekt. En fråga är om det finns ett samband mellan utbrändhet och *Kasam-29* för verksamma inom det Hasenfeld (1983) benämner *människovårdande organisationer*. Hasenfeld definierade dessa som, "... a set of organizations whose principal function is to protect, maintain, or enhance the personal wellbeing of individuals by defining, shaping, or altering their personal attributes ..." (Hasenfeld 1983, s.1). Det specifika med arbete inom människovårdande organisationer är, förutom att det är människors situation man arbetar med, att målen kan vara vaga och otydliga (Söderfeldt 1997). Det kan vara svårt att tydliggöra vilka verktyg eller metoder som ger önskad utfall. Vidare att själva karaktären på relationen mellan personal och klient/brukare kan ha betydelse inte minst om relationen inte bygger på frivillighet. Gilbar (1998) beskrev att socialarbetare inom hälso- och sjukvård var speciellt utsatta för stress på grund av arbetets natur och de professionella rollförväntningar om bistånd som ställs i arbete med människor med

fysiskt och psykiskt lidande. Han visade på högre skattning av utbrändhet bland socialarbetare vilka beskrevs som överinvolverade i klienternas och patienternas livssituation.

Stöd till socionomers yrkeskompetens

Av socionomerna i uppföljningsstudien 2006 svarade 70 procent att de hade tillgång till extern handledning. Tillgång till handledning korrelerade inte signifikant med *Kasam-29*. Gilbar (1998) hävdade att socialarbetare behöver ett sammanhang där hon/han får ge uttryck för tankar och känslor som väcks i arbetet och får hjälp med sätt att hantera dessa. Handledning beskrevs att i såväl andra som denna undersökning få stöd att vara ett sådant sammanhang (Pålsson et al. 1996; Berg & Hallberg 1999). Socialarbetare med tillgång till handledning upplevde, enligt Gilbar, lägre grad av utbrändhet än de som inte hade tillgång till handledning. Men handledning i sig samvarierar alltså inte med *Kasam-29* i mina studier vilket också bekräftas i tidigare studier med sjuksköterskor inom såväl somatisk som psykiatrisk vård (Pålsson et al. 1996; Berg & Hallberg 1999). Förmågan att tillgodogöra sig handledning kan antas sammanhänga med nivån på *Kasam-29*. Utifrån mitt material går det dock inte att göra några sådana analyser. Samband mellan nivåer på *Kasam-29* och kvalitet på handledning liksom kvalitet på annat stöd är en fråga av intresse för vidare forskning.

Kasam-29 som beroende variabel

Resultat av mina undersökningar har presenterats i tre multipla regressionsanalyser med *Kasam-29* som beroende variabel. Beroende av vilka variabler som ingick och storlek på undersökningsgrupp uppgår den förklarade variansen av *Kasam-29* till mellan 27 och 71 %.

Den första analysen bygger på data från uppföljningsstudien med socionomer som genomfördes år 2006. *Livskvalitet* och *MBI- Personlig prestation* förklarade tillsammans 47 % av variansen i *Kasam-29*. Den stegvisa multipla regressionsanalysen innefattar mått på *Självskattad hälsa* (SRH), *Livskvalitet* och *arbetsbelastnings faktorer* (ASK) samt *utbrändhet* (MBI). Upplevelse av *Livskvalitet* i bemärkelsen självförtroende, humör mm samt beskrivning av att en hög *Personlig prestationsförmåga*, mätt med MBI, omfattar övriga variabler när de förklarar *Kasam-29*. *SRH* och *ASK belast-*

ningsfaktorer i arbetslivet samt *Emotionell utmattning* och *Depersonalisation*, bidrar alltså inte ytterligare till förklaringen av variansen i *Kasam-29*. När måttet på *Livskvalitet* exkluderas från den multipla regressionsanalysen träder andra mått fram. *MBI – emotionell utmattning och Personlig prestation*, andras syn på den egna kompetensen samt *självskattad hälsa* bidrar då till 36 % av förklaringen av *Kasam-29*. Utbrändhetsvariabler, förutom *Personlig prestation*, bidrar alltså inte mer till förklaringen av *Kasam-29* än vad som ryms inom det mer globala måttet på *Livskvalitet*.

Upplevelse av hög *Livskvalitet* bedöms sammanhänga med mått på *Positiv affekt*, *Optimism* samt *Self-efficacy* (Bowman 1996; Bigler et al. 2001; Edwards & Besseling 2001; Smith & Meyer 1997; Ebert et al. 2002; Pallant & Lae 2002). Mina resultat överensstämmer med tidigare forskning med andra icke kliniska grupper (Smith & Meyers 1997; Strümpfer et al. 1998b; von Bothmer & Fridlund 2003). I studier med kliniska grupper där instrument med fokus på psykopatogena symtom använts förklarade dessa mått 37 och 53 % av variansen i *Kasam-29/13* (Olsson et al. 2006). Dessa resultat kan anses peka på att hög *Kasam-29* är ett mått som mäter motsatsen till depression. Men tidigare forskning har även visat att mått på mental hälsa (Cohen & Savaya 2003) korrelerar med *Kasam-13/29* men synes oberoende av varandra. Under avsnittet som presenterade tidigare forskning nämndes att Strümpfer (1998b) jämfört resultat från olika urvalsgrupper som besvarat mått på *Positive and Negative affectivity (Extroversion och Neuroticism)*. Man fann att *Kasam* särskiljde sig och bidrog med något mer än vad som mättes med dessa instrument. Resultaten gav stöd till vad som framkommit av tidigare forskning (Kravetz et al. 1993; Ying et al. 1997). Mina resultat bekräftar att *Kasam-29* har överensstämmer med flera andra mått men att inget av dem gör det till mer än 50 %.

Den andra regressionsanalysen innefattar *Temperament (EAS)*, *Psylogena behov (CMPS)*, *Kontroll (LoC)* samt *Empati (Reaktivitetsindex)*. När *CMPS psykogena behovsvariabler* kombineras med övriga förklaras 71 % av variansen i *Kasam-29* av *EAS* variablerna *nedstämdhet* samt *sociabilitet*, *CMPS-dominans* och *benägenhet att hålla med påstående* oberoende av dess innehåll samt *EAS-ångest*. Variablerna utgör en kombination av mått på nedstämdhet, att vara utåtriktad och social, tendens till behov av dominans samt en mindre grad av ångestbenägenhet. När *CMPS behovsvariabler* ersätts med *CMPS faktorindex* bidrar enbart *Temperamentsvariablerna*, *Nedstämdhet*, *Sociabilitet* och *Ångest*, från *EAS* bidrar till 60 % av den

förklarade variansen. Undersökningsgruppen bestod av 58 respondenter. Här kan vi åter se att det är variablerna som relaterar till *Positiv* och *Negativ affekt* som bidrar mest till förklaringen av *Kasam-29*

Utifrån en större undersökningsgrupp (N= 290) vilka inte besvarat *CMPS* framkom att *EAS* variablerna förklarade variansen i *Kasam-29* med 50 %. Denna tredje analys omfattade självskattningsformulären som ovan, förutom *CMPS*. Med fanns även *Självskattad hälsa* (SRH) och *Reaktivitetsindex* som mått på *Empati* med. Fem variabler bidrar till att förklara 50 % av variationen i *Kasam-29*: *EAS- nedstämdhet*, *Reaktivitetsindex- Personligt obehag*, *LoC*, *Reaktivitetsindex- Empatisk omtanke* samt *EAS- Sociabilitet*. Till förklaringen av *Kasam-29* bidrar *EAS- nedstämdhet* samt *Reaktivitetsindex- Personligt obehag* mest. *Kasam-29* är ett mått som alltså omfattar såväl *Negative* som *Positive affectivity* vilket i huvudsak bekräftar tidigare forskning som hävdar att *Kasam-29* är något mer än motsatsen till *depression och nedstämdhet* (Smith & Meyers 1997; Strümpfer et al. 1998b; von Bothmer & Fridlund 2003).

Sammanfattning av svaren på fråga 5

Upplevelse av själv och omgivning: *LoC* korrelerar måttligt men lägre med *Kasam-29* än övriga variabler under denna rubrik. Korrelationsnivån mellan *Kasam-29* och *LoC* pekar på att måtten skiljer sig åt på ett sätt som överensstämmer med Antonovskys (1991) intentioner. *Kasam-29* korrelerar högt med temperamentsvariablerna *Nedstämdhet* och *Ångest* mätt med *EAS*, empativariabeln *Personligt obehag* mätt med *Reaktivitetsindex* samt den psykogena behovsvariabeln *Försvar av status* samt *Faktorindex- neurotisk självhävande* enligt *CMPS*. Korrelationerna är alltså måttliga mellan mått som avser att mäta *Negativ affekt* eller *Neuroticism* vilket stöds av resultat från tidigare forskning. Detta talar delvis för att ett *Starkt Kasam* mäter något som är en motsats till dessa begrepp. Men när dessa variabler sätts in i multipla regressionsanalyser framträder att *Kasam-29* är ett mått som täcker in mer än enbart motsatsen till *Negativ affekt* eller *Neuroticism*.

Hälsa och välbefinnande: Mina resultat pekar på att *Kasam-29* samvarierar måttligt med *Självskattad hälsa*, *Symtombeskrivning* samt upplevd *Livskvalitet* vilket bekräftar tidigare forskning. Men resultaten pekar även på att *Kasam* är något mer än ett mått på självskattad hälsa eller upplevelse av

Livsqualitet. Kasam-29 synes inte vara ett mått som samvarierar med objektiva hälsovariabler utan snarare hur individen tillskriver dessa variabler betydelse för den självskattade hälsan. En person kan rapportera en rad indikationer på nedsatt fysisk funktionsförmåga och allvariga somatiska hälsotillstånd men ändå skatta sin hälsa som god. Detta stödjer Antonovskys (1991) hypotes att högre *Kasam* främjar hälsa. Detta särskilt med hänvisning till resultat från studier som pekar på att nivån på *Kasam* bättre än objektiva hälsotillstånd predicerar framtida hälsa vid kommande undersökningar.

Arbetsbelastning, utbrändhet och socialt stöd: Resultaten från studierna med de yrkesverksamma socionomerna i uppföljningsstudien 2006 visar utifrån frågorna i självskattningsformuläret ASK (Hovmark & Thomsson 1995; Gustle et al. 2007) att *självupplevd kompens, expertis, och upplevelse av kontroll* var de variabler som bidrog till att förklara variansen i *Kasam-29*. *Kollegors och arbetsledningens stöd* korrelerade svagt med *Kasam-29* men inte *arbetsklimat*. Resultaten överensstämmer med de antagande Antonovsky (1991) hade om att *Kasam* var oberoende av *socialt stöd*. Resultaten visar vidare att två av variablerna från utbrändhetsmättet MBI bidrar till att förklarar variansen i *Kasam-29*. Detta överensstämmer med resultat från andra studier med social- och vårdarbetare i såväl Sverige som internationellt.

Krav i hemmet samt vänkretsens syn på socionomernas kompetens bidrar till att förklara *Kasam-29*. Som *Socialt stöd* kan detta räknas till de närmaste viktiga för individen inte *Socialt stöd* i allmänhet. Organiserat *Socialt stöd* i form av *handledning* visar i konsekvens med ovanstående inte någon signifikant samvariation med *Kasam-29*.

Kasam-29 som beroende variabel: Mina resultat bekräftar huvudtendensen i tidigare forskning. *Kasam-29* mäter något som inte enbart förklaras av andra mått. Antonovsky (1993) ställde frågan om det fanns något test som *Kasam-29* inte är relaterade till. Ett antagande var att *Kasam-29* var oberoende av socialt baserade "stress resistantance resources". Vid min litteraturgenomgång har inget sådan test identifierats som inte alls samvarierar med *Kasam-29/13*. Men samvariation är vilket vid flera tillfällen tidigare i avhandlingen poängterats, inte uttryck för orsakssamband.

Här presenterade resultat bekräftar att *Kasam-29* förklaras upp till 50 % av temperamentsvariabler och tillsammans med psykogena behov upp

till 60 – 70 % av andra faktorer vilka inte antas vara dynamiska. Resterande synes vara något som *Kasam-29* förklaras av något annat. Tidigare forskning visar att variansen i *Kasam-29* förklaras upp till 50 % av temperamentsvariabler. Några forskare har hävdat att *Kasam-29* enbart är ett mått på motsatsen till *neuroticism* och *depression*. Flertalet visar att *Kasam-29* bidrar med att förklara något som inte täcks in av andra begrepp. Utifrån faktoranalyser har olika begrepp introducerats vilka kan bidra till att fånga det mångfasetterade begrepp *Kasam*. Att betona *bidra till att fånga* är att tillskriva *Kasam* något mer än en summa av andra begrepp. Ingen enskild teoretisk förklarings- och förståelsemodell på mikro- eller mesonivå räcker till för att förklara hur människor lever. *Kasam-29* synes därför vara ett mått på ett övergripande förhållningssätt till sig själv och omvärlden. I den multivariata analysen framkom att upplevelse av livskvalitet till att förklara en större del av *Kasam-29* men då har inte temperamentsvariabler och psykogena behov funnits med i beräkningarna.

Hur vet vi att självskattningsformulär mäter det begrepp det säger sig mäta? Det går att använda en operationell eller en nominell definition. En operationell definition innebär att *Känsla av sammanhang* är det vi mäter med självskattningsformuläret *Kasam-29* på samma sätt som när definitionen av intelligens är det som mäts med intelligenstest. Den nominella definitionen inrymmer beskrivning av *Begriplighet, Hanterbarhet och Meningsfullhet* och hur de samvarierar för att tillsammans bygga upp *Kasam*. Det blir alltid ett glapp mellan den operationella och den nominella definitionen varför det är av vikt att veta när vilken av dem används.

Begränsningar

De dominerande forskningsinstrumenten är självskattningsformulär. Om dessa kombinerats med intervjuer och fokusgrupper hade kanske andra svar kunnat ges på vad som avses med *Känsla av sammanhang*. Intervjuer kan ge fördjupad kunskap på flera av områdena, t.ex. om hur arbetsrelaterade faktorer och *Kasam-29* samvarierar på ett konkret plan. Detta är en uppgift för kommande forskning.

En begränsning men också vinst är att samtliga respondenter inte besvarat samma självskattningsformulär och frågeställningar. Det hade varit idealt om alla besvarat samma formulär men samtidigt har det varit nödvändigt att beakta uttrötningseffekten. Vid sammansättning av en enkät är det av vikt att beakta vilken tidsåtgång som krävs för att besvara frågorna. Med för många frågor riskeras att respondenterna inte upplever det som meningsfullt att medverka. Respondenterna ställer upp på sin lediga tid och det har av mig upplevs som oetiskt att inte göra begränsningar. Ett sätt att lösa detta kunde vara att erbjuda någon form av ersättning till respondenterna. Med allt för många frågeställningar och självskattningsformulär i samma enkät riskeras låg svarsfrekvens. Genom att olika paket av självskattningsformulär använts har det varit möjligt att pröva ett bredare urval koncept i förhållande till *Kasam-29* med stöd av longitudinella data.

Undersökningsgrupperna utgörs av högskolestuderande och yrkesverksamma med en akademisk examen och är i den bemärkelsen inte representativa i flera avseende för en normalpopulation. En begränsning i undersökningarna är att undersökningsgrupperna domineras av kvinnor vilket begränsat möjligheterna att göra jämförelser som kan relateras till kön. För det krävs andra undersökningsgrupper. Storleken på några av grupperna är begränsade vilket inte gjort det möjligt att pröva hur t.ex. kön, socioekonomisk position och andra demografiska data bidrar till förklaringen av *Kasam-29*. Risk för Typ 1 fel kan inte uteslutas.

Bortfall av långtidssjukskrivna och de som lämnat yrkesområdet begränsar representativiteten i viss utsträckning. Någon skillnad i *Kasam-29* vid första undersökningstillfället har inte framkommit mellan denna grupp och de som deltagit i uppföljningsstudierna. Dessa har vid kontakt uttalat att de inte önskar medverka vilket har respekterats. Hur *Kasam-29* eventuellt utvecklats för dessa grupper har inte kunnat analyseras.

Avslutning

Implikationer för vidare forskning

Operationaliseringen av *Kasam* i ett självskattningsformulär kan utvecklas. I ett första steg kan översättningen av nuvarande version av *Kasam-29* ses över. Formulär kan även prövas för att få ett omräkningstal som underlättar jämförelse mellan data från studier som använt *Kasam-29* respektive *Kasam-13*. Problematiska item i *Kasam-29* ingår inte i *Kasam-13*.

Undersöka vad som bidrar till skillnader i korrelationer till andra instrument beroende på om *Kasam-13* eller *Kasam-29* används. Vidare kan en psykometrisk analys göras samt pröva lämpligheten av att utveckla frågeformulär med färre item. Ytterligare faktoranalyser för att försöka dela upp *Kasam* i delfaktorer synes inte vara relevant. Instrumentet mäter av allt att döma en global faktor.

Ökad kunskap av vad som mäts med *Kasam-29/13* kan fås genom fler formulär som mäter andra koncept prövas tillsammans i en studie.

Finns det skillnader i mönster mellan *Kasam-29/13*, *sociodemografiska faktorer* och *andra koncept* för studerande vid olika utbildning? Finns det mönster som bidrar till att förklara vad som gör att studerande avbryter utbildningar? Finns det mönster i mäns situation inom utbildningar som av tradition är kvinnodominerade? Jämförande studier kan göras med studerande vid utbildningar inriktade på vård och omsorg med likartad könsfördelning och med jämnare könsfördelning. Möjlighet ges att pröva om olika item och instrumentet som helhet är könsneutralt.

Socionomutbildningen bidrar till att höja de studerandes *Kasam*, men vad i utbildningen är det som bidrar till denna utveckling?

Socialarbetare exponeras för olika former av stress vilket kan vara *Kasamprovocerande*. Vad bidrar till att stärka socionomers *Kasam*?

Undersöka vad ett salutogent perspektiv kan bidra med i socionomutbildning men även andra vårdutbildningar. Hur det tar sig uttryck i utbildning, praktiskt socialt arbete samt vård och omsorg finns det enbart begränsade kunskaper. Vad som karakteriserar ett *salutogent perspektiv* i socialt arbete och vård och omsorg är av intresse för vidare forskning.

Implikationer för socionomutbildningen

Salutogenes som perspektiv är intressant som referensram för socionomutbildningens teoretiska, praktiska och pedagogiska innehåll. Balansen mellan en *patogen* och *salutogen* orientering i utbildningen kan ses över. Ett *salutogent perspektiv* innebär att uppmärksamma teori och forskning om *generella motståndsresurser* och *motståndsbrister* ur ett *bio-psyko-socialt perspektiv*. Detta innebär att i större utsträckning lyfta fram människors resurser, såväl hos den enskilda individen som i hennes nätverk. Kunskaper om hur biologiska och psykosociala faktorer samvarierar är viktiga för blivande socionomer. Salutogenes kan tillsammans med ett ekologiskt systemteoretiskt perspektiv presenteras som metaperspektiv under vilken mer specifika komplementära teorier och metoder kan rymmas. Utbildningen kan ge träning i metoder som har visat beprövad effekt ur ett multiperspektiv.

Resultaten pekar på att *Kasam* inte är stabilt över tid utan stärks under utbildningen. Utbildningsmoment som betonar *Begriplighet*, *Hanterbarhet* och *Meningsfullhet* kan antas var det som främjar utvecklingen av *Kasam*. *Kasam* samvarierar med mått på empati. Ett mål med utbildningen är att stärka den studerandes *empatiska förmåga*. *Empatisk förmåga* verkar förändras under utbildningen. Kunskaper om vilka konsekvenser *svagare* eller *starkare Kasam* har, hos såväl socionomen som hennes klienter, är viktiga för att förstå betydelsen av motivationsarbete i socialt arbete. Utbildningen bör ge kunskaper om skillnader i människors förutsättningar att påverka sin livssituation, använda kringresurser och finna motivation till förändring. Detta anknyter till definitionen av socialt arbete i avhandlingens inledning. Utbildningsinslag som kan hanteras som utmaningar kan ha en *Kasamförstärkande* effekt som främjar upplevelse av kompetens. Utbildning som präglas av *Meningsfullhet* anknyter till motivation i praktiskt socialt arbete. Detta pekar på betydelse av inslag av *existentiella perspektiv* och träning i *motivationsarbete*.

Kunskaper om vad som rymms inom begreppet *kulturell kanon*, om vad som händer i möten mellan olika *kulturella kanon* är centralt för socialt arbete i ett mångkulturellt samhälle och bör vara ett centralt inslag i socionomutbildningen.

Självskattningsinstrumentet *Kasam* och andra mått kan användas i utbildning för att demonstrerar hur olika bedömnings och utvärderingsinstrument kan användas i socialt arbete.

Implikationer för socialt arbete

Det är rimligt att *Salutogenes* och *Kasam* ges uppmärksamhet inom socialt arbete inte minst för att det fokuserar på det normala. *Salutogenes* som perspektiv används inom olika verksamheter. *Salutogenes* kan utvecklas till ett metaperspektiv i socialt arbete som bygger på *klienters resurser och kapaciteter* med stöd av resultat från epidemiologisk forskning.

Antonovsky betonade betydelsen av *kulturell kanon*. Kunskaper om innehållet i denna och vad som har betydelse i möten mellan olika *kulturella kanon* är av särskilt intresse för socialt arbete i ett mångkulturellt samhälle.

Mina resultat som pekar på att *Kasam* inte är stabilt över tid är intressant för socialt arbete. Kunskaper om faktorer och processer som bidrar till att stärka *Kasam* är viktiga för utredning, bedömning och val av interventioner. Självskattningsinstrument som mäter *Kasam* kan användas som bedömnings och utvärderingsinstrument i socialt arbete.

Nivån på *Kasam*, *svag måttlig eller stark*, har betydelse för flexibiliteten i val av copingstrategier. En person med *svagare Kasam* antas ha svårare att använda tillgängliga resurser. Detta pekar på betydelsen av att identifiera människor som är i behov av mer stödinsatser. *Svagare Kasam* antas ha samband med, kriser, en relationshistoria som präglats av brutna avtal, besvikelse på relationer och känslor av att saker inte blir bättre. Socialarbetare kan vänta sig större avvisande och mer misstro från den som har *svagare Kasam*. Vilket ställer högre krav på socialarbetarens flexibilitet. Klientens *Känsla av sammanhang* har betydelse för hur aktiv socialarbetaren bör vara för att skapa en bärande relation och förtydliga erbjudanden.

När verksamheter i styrdokument anger att man har ett *salutogent arbetssätt* blir frågan på vilket sätt det tar sig uttryck? Hur vet vi att en verksamhet arbetar *salutogent* och att det inte enbart är ett tomt begrepp? Är det speciella metoder som avses, finns det en manual, ges garantier för att dessa metoder följs? Ett exempel på urholkning av begreppet *Salutogenes* är när verksamheter beskriver att de arbetar utifrån ett *salutogent synsätt* och ett *lösningfokuserat perspektiv*. Det problematiska är att *Lösningfokuserat arbete* är icke-normativt medan *Salutogenes* är ett normativt perspektiv om hälsa. *Salutogenes* beskriver en rörelse längs ett kontinuum ohälsa – hälsa och söker faktorer och processer som främjar hälsa. En del sätt är alltså bättre än andra och målet är ökad hälsa och välbefinnande.

Appendix

Förteckning tabeller i Appendix

- Tabell A1. *Kasam-29*. Medelvärden och standardavvikelse för urval studerande på universitets och högskolenivå.
- Tabell A2. *Kasam-29*. Medelvärden och standardavvikelse för urval yrkesverksamma inom socialt arbete samt hälso- och sjukvård
- Tabell A3. *Kasam-29*. Medelvärden och standardavvikelse för urval epidemiologiska grupper och kontrollgrupper
- Tabell A4. *Kasam-29*. Medelvärden och standardavvikelse för urval av kliniska grupper: socialt arbete och medicin / psykiatri
- Tabell A5. *Kasam-13* för urval av grupper social- och vårdarbetare samt normalpopulationer.
- Tabell A6. Korrelationer från tidigare studier med *Kasam-29/-13* och *The Maslach Burnout Inventory* (MBI)
- Tabell B1a-c Översikt av resultat från respektive frågeformulär totalt samt fördelat efter kön
- Tabell C1 Multiple Comparisons Post hoc test Scheffe. Dependent Variable: *Kasam-29* år 2006 efter civilstånd, (N= 112)
- Tabell C2 Multiple Comparisons Post hoc test Scheffe Dependent Variable: *Kasam-29* år 1995 efter civilstånd 2006, (N=112)
- Tabell D1. Korrelationer mellan *Kasam-29* och *EAS* variabler (N=290)
- Tabell D2. Korrelationer *Kasam-29* och *CMPS fem faktorindex*. Socionomstuderande termin 1 (N= 226)
- Tabell D3. Korrelationer *Kasam-29* samt psykogena faktorer enligt *CMPS* för termin 1 socionomstuderande (N= 226)
- Tabell D4. Korrelationerna tvärsnittsstudie med studerande från termin 1 och 7 samt yrkesverksamma (N= 360)
- Tabell D5. Korrelationerna från tvärsnittsstudie med studerande från termin 1 och 7 samt yrkesverksamma fördelade efter kön (N= 360)
- Tabell D6. Korrelation mellan *Kasam-29* och *MBI variabler* (N= 113)
- Tabell E1. Korrelationsmatris *Kasam-29* och *Symtom-30* för socionomer (N= 116)
- Tabell E2. Korrelation mellan *Kasam-29* och *SRH* samt *SRH-ålder* för socionomstuderande och yrkesverksamma socionomer (N= 321)
- Tabell E3. Signifikanta korrelationer *Kasam-29* och *Symtom-30* för socionomer (N= 116)
- Tabell E4. Korrelationen *Kasam-29* och *Livskvalitet* avseende socionomer (N= 116)
- Tabell E5. Korrelationsmatris *Kasam-29* och Livskvalitetsvariabler enligt GQL (N= 116)

- Tabell F1. Korrelationer mellan *Kasam-29* och faktorer i arbetslivet för socionomer (N= 113)
- Tabell F2. Korrelationer mellan *Kasam-29* och upplevelse av andras syn på kunskaper och kompetens, socionomer (N= 114)
- Tabell F3. Korrelationer mellan *Kasam-29* och påverkan krav i hem och arbete, socionomer (N= 114)
- Tabell G1. Korrelationer mellan signifikant bidragande variabler till förklaring av variationen i *Kasam-29* för socionomstuderande, (N= 58)
- Tabell G2. Korrelationer *Kasam-29*, självskattad hälsa, livskvalitet och belastningsfaktorer ingående i multivariat regressionsanalys, (N= 116)
- Tabell G3 Korrelationer mellan *Kasam-29* och samtliga variabler termin 1 studerande hösten och våren 1997/98, (N= 58)
- Tabell G4 Korrelationer mellan *Kasam-29* och variabler för tvärsnittsstudie MRA, (N= 207)
- Tabell G5. Korrelationer mellan signifikant bidragande variabler till förklaring av variationen i *Kasam-29* för tvärsnittsstudien, (N= 207)
- Tabell H1. Korrelationer mellan *Kasam-29* och övriga i regressionsanalysen ingående variabler avseende studerande i Sverige, (N= 211)
- Tabell H2. Korrelationer mellan *Kasam-29* och övriga i regressionsanalysen ingående variabler avseende studerande i England, (N= 184)

Appendix A

Tabell A1. *Kasam-29*. Medelvärden och standardavvikelse för urval studerande på universitets och högskolenivå.

Undersökningsgrupper studerande	N	M (sd)	α	Referens
Medical students, orientation, Israel	93	150.1(16.5)	-	Carmel & Bernstein 1990
- , - 1 st year, Israel	85	144.8(18.2)	-	- , -
- , - 2 nd year, Israel	68	140.5(19.9)	-	- , -
Sjuksköterskor, Sverige	95	143.0(13.0)	.70	Thorell- Ekstrand & Björvell 1993
Arbeterapeuter, Sverige	71	142.0(16.0)	-	Bränholm 1998
Students, nursing collage, Sydafrika	118	139.4(23.6)	.90	Strümpfer & Danana 1998
Students, Psychology, Finland	44	140.4(22.7)	.92	Salmela-Aro 1992
Students, Technology, Finland	45	145.0(20.1)	.92	- , -
University introductory classes, psychology, USA	336	134.3(22.8)	.87	Smith & Meyers 1997
University undergraduates, psychology, USA	133	137.1(24.1)	-	Bigler et al. 2001
University undergraduates, Canada	151	132.9(19.9)	.88	Edwards & Holden 2001
- , - kvinnor	147	133.2(20.4)	.88	- , -
- , - män	202	137 (20.9)	-	Ebert et al. 2002
Undergraduates, psychology, USA	157	142.5(21.4)	.91	von Bothmer & Fridlund 2003
Universitetsstuderande Sverige	162	142.6(21.0)	.91	- , -
- , - kvinnor				
- , - män				

Tabell A2. *Kasam-29*. Medelvärden och standardavvikelse för urval yrkesverksamma inom socialt arbete samt hälso- och sjukvård

Undersökningsgrupper yrkesverksamma hälso- och sjukvård	N	M (sd)	α	Referens
Dialysis Nurses, USA	238	143.1(23.0)	-	Lewis et al. 1992
Nurses, Sverige	35	152.0(17.0)	.83	Langius et al. 1992
Counselors working with drug users in judicial system, Sverige	26	153.6(18.8)		Lundqvist 1995a+b
Läkare, Sverige	35	150.7(14.7)	-	Holm 1995
Dialysis Nurses, Sverige	33	154.0 (13.6)	.89	Pålsson et al. 1996
Medical Doctors, Sverige	13	161.0 -	-	Lindström 1998.
Lay trauma counselors, Sydafrika	130	151.5(19.8)	.92	Ortlepp & Friedman 2001
Nurses, Sydafrika	105	141.3(16.4)	.85	Gilliers 2003
Trauma therapists, EU	85	154.7(14.7)	.85	Linley et al. 2005

Tabell A3. *Kasam-29*. Medelvärden och standardavvikelse för urval epidemiologiska grupper och kontrollgrupper

Grupp och land	N	M (sd)	α	Referens
Population of Stockholm County, Sweden.	145	151.0 (18.0)	.88	Langius & Björvell 1993.
Lundby studien, Sverige	148	152.6 (22.0)	.89	Cederblad & Hansson 1996
Patients visiting Emergency Department, Sverige	166	151.0 (21.0)	.89	Langius & Björvell 1998
Male office workers, Japan	125	128.0 (17.0)	-	Nakamura 2001
French general population, Frankrike	647	133.7 (20.4)	.88	Gana 2001
Male, Finland, total	4 396	144 (20.6)	.91	Poppius et al. 2003
City employees (control group), Finland	334	149 (21.8)	-	Sammallahti et al. 1996
Individuals, Thai sample, total	456	143.4 (24.0)	.85	Cederblad et al. 2003

Tabell A4. *Kasam-29*. Medelvärden och standardavvikelse för urval av kliniska grupper: socialt arbete och medicin/psykiatri

Grupp och land	N	M (sd)	α	Referens
Persons diagnosed with major depressive disorder, Sydafrika	50	100.6(23.0)	-	Carstens & Spangenberg 1997
Depression, Sverige	18	135.6 -	-	Johansson & Tordenström 1999
Patient, schizofrenic, Sverige	120	129.0 (26.6)	-	Bengtsson - Tops & Hansson 2001
Patients, eating disorders, total, Sverige	18	103.6 (17.4)	-	Cederblad & Hansson 1996
Clinical sample, Psychotherapy, Sverige	161	119.5(25.5)	.91	Sandell et al. 1998
Suicidal attempt, polish female	150	108.6(28.9)	-	Polewka et al. 2001
Juvenile delinquents, Ryssland	159	123.1(18.9)	.89	Koposov et al. 2003
Neurotic group, Finland	53	117.0(20.3)	.93	Sammallahti et al. 1996
Personality disorder, Finland	54	115.0(32.8)	.93	- , -
Unga vuxna med tidigare diagnos Conduct disorder, Sverige män	169	132.0(23.3)	-	Olsson 2007
Unga vuxna med tidigare diagnos Conduct disorder, Sverige kvinnor	117	123.2(27.8)	-	- , -

Forts tabell A4. *Kasam-29*. Medelvärden och standardavvikelse för urval av kliniska grupper: socialt arbete och medicin/psykiatri

Grupp och land	N	M (sd)	α	Referens
Klinisk grupp i parterapi, kvinnor Sverige	317	132.4(23.2)	-	Lundblad 2005
Klinisk grupp parterapi, män Sverige	311	139.1(21.6)	-	- "-
Patienter med cancer, Sverige	86	150.0(19.0)	.87	Ramfelt et al. 2000
Women referred to breast cancer clinic, Israel	314	113.0(12.8)	-	Gilbar 2003
Chronic Cannabis users, drugfree <17 days, Sverige	31	116.3(26.8)	-	Lundqvist, T. 1995a
Chronic Cannabis users, drugfree >40 days, Sverige	20	125.8(26.9)	-	- "-
Chronic Cannabis users, before treatment	15	118.2(27.0)	-	- "-
Chronic Cannabis users, after treatment	15	141.9(21.1)	-	- "-
Chronic substance abusers, female, Sverige	27	137	-	Artström 1999
Chronic substance abusers, male, Sverige	60	131	-	- "-

Tabell A5. *Kasam-13* för urval av grupper social- och vårdarbetare samt normalpopulationer.

Grupp och land	N	M (sd)	α	Referens
Social workers, England	78	64.0(11.0)	-	Baker et al. 1997
General population, Danmark	2 352	65.0(11.0)	.85	Due & Holstein 1998
Technical designers, Finland	989	63.1(11.9)	.82	Feldt & Rasku 1998
Field workers, USA	40	73.8(8.9)	.82	George 1996
- - - Nurses	400	40.0(10.1)	-	- - -
Healthy control group, Sverige	268	66.0(12.0)	.86	Langius & Björvell 1996
General population, Sverige	1 906	64.5(11.0)	.82	Larsson & Kallenberg 1999
Psychiatric nurses, Sydafrika	94	60.6(12.4)	.75	Leveret et al. 2000
Employees of social welfare and social insurance agencies	99	60 *	-	Söderfeldt et al. 2000
General population, Kanada	17 626	59.0(12.0)	.83	Wolff & Ratner 1999
General population, Sverige	1 802	70.7(-)	-	Nilsson 2002
- - - Kvinnor	930	70.8(-)	-	- - -
- - - Män	872	70.5(-)	-	- - -
General population, Australien	439	60.8(11.7)	.84	Pallant & Lae 2002
Frequent attenders primary health care, Sverige	186	66.7(14.6)	.84	Bergh et al. 2006
Controls - " - , Sverige	450	71.5(12.3)	.84	- - -

*omräknings har gjorts se s 135

Tabell A6. Korrelationer från tidigare studier med *Kasam-29/-13* och *The Maslach Burnout Inventory (MBI)*

Publicerade studier	Undersökningsgrupp, land	N=	Emotionell utmattning	Depersonalisation	Personlig prestation
Lewis et al. 1994	Dialysis nurses, New Mexico, USA	49	-.44**	-.24**	^a _b
Baker et al. (1997)	Socialarbetare, England	78	-.48**	-.25**	.36**
Gilbar (1998)	Health social workers, medicinsk och psykiatrisk vård, Israel	81	-.30**	-.20 ns	.34**
Lever et al. (2000)	Sjuksköterskor, psykiatrisk vård, Sydafrika	91/83/87	-.41**	-.19 ns	.36**
Söderfeldt et al. 2000	Rehabiliteringsansvariga Försäkringskassan samt Socialsekreterare Individ och familjeomsorg, Sverige	103	-.59**	-.47**	.44**
Tselibis et al. (2001)	Sjuksköterskor inom somatisk vård, Grekland	79	-.55* ^a	-.45* ^a	.44* ^a
Gassne (2008)	Socionomer, Sverige	113	-.42**	-.36**	.31**

ns= non-significant, * = p< .05, ** = p< .01, *** = p< .001, a= Bonferroni correction
_b uppgift saknas

Appendix B

Tabell B1a Översikt av resultat från respektive frågeformulär totalt samt fördelat efter kön

Variabel	Antal (N)		Range (min/max)	Totalt medelvärde		Medel		Total		Median		SD	
	kvinnor/män	650/114		76/188	142.5	142.5/142.6	kvinnor/män	142.5/142.6	kvinnor/män	144	kvinnor/män	143/145	kvinnor/män
Kasam-29	650/114	650/114	76/188	142.5	142.5/142.6	142.5/142.6	144	143/145	19.8	20.1/18.1	20.1/18.1	19.8	20.1/18.1
LoC	419/63	419/63	12/32	21.67	21.68/21.60	21.68/21.60	22.0	22.0/21.0	3.404	3.32/3.94	3.32/3.94	3.404	3.32/3.94
ålder	645/114	645/114	18/63	30.77	30.68/31.25	30.68/31.25	29	28/30	10.34	10.60/8.69	10.60/8.69	10.34	10.60/8.69
Reak.-PT	511/70	511/70	7/28	19.74	19.95/18.24	19.95/18.24	20	20/19	4.119	4.06/4.27	4.06/4.27	4.119	4.06/4.27
Reak.-FS	511/70	511/70	0/28	16.84	17.03/15.47	17.03/15.47	17	17/15	5.357	5.40/4.85	5.40/4.85	5.357	5.40/4.85
Reak.-EC	511/70	511/70	5/28	21.18	21.53/18.61	21.53/18.61	22	22/19	3.642	3.51/3.57	3.51/3.57	3.642	3.51/3.57
Reak.-PD	511/70	511/70	0/24	11.6	11.82/10.00	11.82/10.00	12	12/9	4.815	4.73/5.15	4.73/5.15	4.815	4.73/5.15
SRH	297/40	297/40	2/5	4.17	4.19/4.07	4.19/4.07	4	4/4	.668	.67/1.69	.67/1.69	.668	.67/1.69
SRH age	297/40	297/40	1/5	3.41	3.41/3.40	3.41/3.40	3	3/3	.931	.93/1.96	.93/1.96	.931	.93/1.96

Tabell B1b. Översikt av resultat från respektive frågeformulär totalt samt fördelat efter kön

Variabel	Antal (N) kvinnor/män	Range (min/max)	Totalt medelvärde	Medel		Totalt		SD	
				kvinnor/män	kvinnor/män	kvinnor/män	kvinnor/män	Totalt	kvinnor/män
EAS-distress	188/33	1/5	2.75	2.81/2.42	2.75	2.75/2.50	.75	.74/.75	
EAS- fear	188/33	1.25/5	2.39	2.43/2.12	2.25	2.25/2.00	.63	.64/.50	
EAS- anger	188/33	1.25/4.75	2.85	2.90/2.60	2.75	2.75/2.75	.81	.81/.74	
EAS-activity	188/33	1/5	3.20	3.21/3.14	3.25	3.00/3.25	.74	.71/.92	
EAS-sociability	188/33	1/5	3.89	3.91/3.79	4.00	4.00/3.75	.66	.66/.69	
CMPS neur. själv.	173/34	1/9	5.27	5.30/5.12	5	5/5	1.20	2.03/1.81	
CMPS dominans	173/34	1/9	5.38	5.37/5.44	5	5/5	1.85	1.82/2.03	
CMPS agg. nonkonf.	173/34	1/9	5.19	5.04/5.97	5	5/6	1.78	1.77/1.62	
CMPS pass. ber..	173/34	1/9	5.52	5.48/5.74	6	6/6	1.97	2.03/1.66	
CMPS sociabilitet.	173/34	1/9	5.59	5.53/5.94	6	6/6	1.75	1.79/1.50	

Tabell B1c. Översikt av resultat från respektive frågeformulär totalt samt fördelat efter kön, socionomer 2006 (N= 116)

Variabel	Antal (N) kvinnor/män	Range (min/max)	Totalt medelvärde	Medel		Totalt median	Median		sd	
				kvinnor/män	kvinnor/män		kvinnor/män	kvinnor/män	Totalt	kvinnor/män
MBI- Emotionell utmattning	96/17	1/48	19.15	19.83/15.29	18	19/15	9.28	9.06/9.87		
MBI- Personlig prestation	96/17	17/47	38.15	38.20/37.88	40	40/40	6.21	6.07/7.16		
MBI- depersona- lization	96/17	0/24	5.63	5.41/6.88	4	4/5	4.57	4.25/6.06		
Symtom	99/16	0/22	9.65	10.02/7.47	9.5	10/6	5.32	5.20/5.62		
Livskvalitet	99/17	48/121	94.42	94.33/94.94	95	95/94	12.74	12.82/12.60		

Appendix C

Tabell C1. Multiple Comparisons Post hoc test Scheffe. Dependent Variable: *Kasam-29* år 2006 efter civilstånd (N= 112)

(I) civilstånd	(J) civilstånd	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval
gift/registrerad partner	samboende	10.859(*)	3.311	.016	(1.45 - 20.26)
	ensamstående	18.808(*)	4.606	.001	(5.73 - 31.89)
	annan form	5.292	5.946	.851	(-11.60 - 22.18)
samboende	gift/registrerad partner	-10.859(*)	3.311	.016	(-20.26 - -1.45)
	ensamstående	7.950	4.699	.417	(-5.40 - 21.29)
	annan form	-5.567	6.019	.836	(-22.66 - 11.53)
ensamstående	gift/registrerad partner	-18.808(*)	4.606	.001	(-31.89 - -5.73)
	samboende	-7.950	4.699	.417	(-21.29 - 5.40)
	annan form	-13.517	6.817	.275	(-32.88 - 5.84)
annan form	gift/registrerad partner	-5.292	5.946	.851	(-22.18 - 11.60)
	samboende	5.567	6.019	.836	(-11.53 - 22.66)
	ensamstående	13.517	6.817	.275	(-5.84 - 32.88)

* The mean difference is significant at the .05 level.

Tabell C2. Multiple Comparisons Post hoc test Scheffe Dependent Variable: Kasam-29 år 1995 efter civilstånd 2006 (N= 112)

(I) civilstånd	(J) civilstånd	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval
gift/registrerad partner	samboende	12.324(*)	4.084	.032	(.73 - 23.92)
	ensamstående	7.425	5.681	.636	(-8.71 - 23.56)
	annan form	3.458	7.334	.974	(-17.37 - 24.29)
samboende	gift/registrerad partner	-12.324(*)	4.084	.032	(-23.92 - -.73)
	ensamstående	-4.899	5.795	.870	(-21.36 - 11.56)
	annan form	-8.866	7.423	.700	(-29.95 - 12.22)
ensamstående	gift/registrerad partner	-7.425	5.681	.636	(-23.56 - 8.71)
	samboende	4.899	5.795	.870	(-11.56 - 21.36)
	annan form	-3.967	8.408	.974	(-27.85 - 19.91)
annan form	gift/registrerad partner	-3.458	7.334	.974	(-24.29 - 17.37)
	samboende	8.866	7.423	.700	(-12.22 - 29.95)
	ensamstående	3.967	8.408	.974	(-19.91 - 27.85)

* The mean difference is significant at the .05 level.

Appendix D

Tabell D1. Korrelationer mellan *Kasam-29* och *EAS* variabler, Socionom-studerande termin 1 (N=290)

	Emotionalitet				
	1.	2.	3.	4.	5.
1. Kasam-29	-				
2. Nedstämdhet	-.60***	-			
3. Ångest	-.52***	.60***	-		
4. Aggressivitet	-.19***	.37***	.18**	-	
5. Aktivitet	.12**	.03ns	.01ns	.21***	-
6. Sociabilitet	.34***	-.12*	-.03ns	-.00ns	.16**

ns= non-significant, * = p< .05, ** = p< .01, *** = p< .001,

Tabell D2. Korrelationer *Kasam-29* och *CMPS fem faktorindex*, Socionomstuderande termin 1 (N= 226)

	1	2.	3	4	5
1. Kasam-29	-				
2. Index - neur. själv.	-.36***	-			
3. Index - dominans	.31***	-.37***	-		
4. Index - agg. nonkonf.	-.31***	.05 ns	.24***	-	
5. Index - pass. beroende.	-.05 ns	.39***	-.26***	-.10 ns	-
6. Index - sociabil.	.32***	-.11 ns	-.15*	-.41***	.29***

ns= non-significant, * = p< .05, ** = p< .01, *** = p< .001

Tabell D3. Korrelationer *Kasam-29* samt psykogena behovsvariabler enligt CMPS vilka korrelerar signifikant med *Kasam-29* för socionomstudierande termin 1 (N= 226)

	1.	3.	4.	5.	6.	7.	9.	11.
1. <i>Kasam-29</i>	-							
3. Sällskaps och vänskapsbehov	.22***	-						
4. Aggression	-.31***	.01ns	-					
5. Försvar av status	-.38***	-.02ns	.12ns	-				
6. Skuld känslor	-.26***	.12ns	-.07ns	.50***	-			
7. Dominans	.29***	.10ns	.18**	-.40***	-.27***	-		
9. Autonomi	-.24***	-.20**	.34***	-.06ns	-.03ns	.14*	-	
11. Ordning	.16*	.03ns	-.05ns	.18**	.14*	.01 ns	-.29***	-
13. Benägenhet hålla med	-.39***	.09ns	.30***	.33***	.33***	-.05 ns	.21***	-.03ns

ns= non-significant, * = p< .05, ** = p< .01, *** = p< .001

CMPS behovsvariablerna prestationsbehov, exhibitionism, värda andra samt behov att själv bli värddad korrelerar inte signifikant med *Kasam-29*

Tabell D4. Korrelationerna tvärsnittsstudie med studerande från termin 1 och 7 samt yrkesverksamma (N= 360)

	Kasam-29	1	2	3
Kasam-29	-			
1. Perspektivtagande	.28***	-		
2. Fantasi	-.04ns	.06ns	-	
3. Empatisk omtanke	.03ns	.34***	.34***	-
4. Personligt obehag	-.41***	-.18***	.09ns	.24***

ns= non-significant, *** = p < 0001

Tabell D5. Korrelationerna från tvärsnittsstudie med studerande från termin 1 och 7 samt yrkesverksamma fördelade efter kön (N= 360)

Variabel/index	Kvinnor n= 307				
	1.	2.	3.	4.	5.
1 Kasam-29	-	.24***	-.08ns	.01ns	-.43***
2 Perspektivtagande	.34*	-	.03ns	.33***	-.21**
3 Fantasi	.02ns	.03ns	-	.35***	.14*
4 Empatisk omtanke	-.13ns	.16ns	.14ns	-	.15**
5 Personligt obehag	-.51***	-.23ns	-.32*	.37**	-

Män n= 53

ns= non-significant, * = p < 0.05, ** = p < 0.01, *** = p < 0.001

Tabell D6. Korrelation mellan *Kasam-29* och *MBI variabler* (N= 113)

	1	2	3
1. Kasam-29	-		
2. Emotionell utmattning	-.42***	-	
3. Depersonalisation	-.36***	-.09ns	-
4. Personlig prestation	.31***	.52***	-.19*

ns= non-significant, * = p < 0.05, ** = p < 0.01, *** = p < 0.001

Appendix E

Tabell E1. Korrelationsmatris *Kasam-29* och *Symtom-30* för socionomer (N= 116)

N= 116	1	2	3	8	9	13
1. Kasam-29	-					
2. Yrsel	.25**	-				
3. Ögonbesvär	.19*	.09 ns	-			
8. Nervösa besvär	.50***	.30***	.12 ns	-		
9. Svettningar	.20*	.16 ns	.04 ns	.21*	-	
13. Känt Dig lättirriterad	.35***	.21*	.04 ns	.21*	.10 ns	-
14. Känt Dig överansträngd	.26**	.35***	.05 ns	.27**	.02 ns	.43***
15. Haft svårt att koncent-rera dig	.38***	.19*	.14 ns	.39***	.24**	.41***
16. Känt dig rastlös	.21*	.20*	.07 ns	.17 ns	.17 ns	.45***
17. Perioder då du känt dig nedstämd och dystert	.39**	.18 ns	.17 ns	.38***	.23*	.34***
18. Haft lätt för att gråta	.25**	.35***	-.10 ns	.21*	.13 ns	.37***
19. Haft svårt att slappna av	.28**	.37***	.14 ns	.27**	.15 ns	.33***
20. Ont i magen	.28**	.31**	.17 ns	.36***	.25**	.12 ns
21. Illamående	.23*	.41***	.01 ns	.31**	.29**	.22*
23. Förstoppning	.26**	.14 ns	-.02 ns	.10 ns	.19 ns*	.14 ns
24. Dålig aptit	.27**	.08 ns	.13 ns	.31**	.26**	.14 ns

ns= non-significant, * = $p < 0.05$, ** = $p < 0.01$, *** = $p < 0.001$

Item med intressanta korrelationer, $> .30$, har markerats med fet stil i två steg. Steg ett utifrån korrelationer med *Kasam-29* och i ett andra steg dessa items korrelationer med andra item som uppvisar intressanta korrelationer.

forts. Tabell E1. Signifikanta korrelationer *Kasam-29* och *Symtom-30* för
socioonomer (N= 116)

	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	23.
1.									
2.									
3.									
8.									
9.									
13.									
14.	-								
15.	.43***	-							
16.	.40***	.47***	-						
17.	.27**	.50***	.28**	-					
18.	.22*	.26**	.24**	.32**	-				
19.	.50***	.38***	.40**	.25**	.12	-			
20.	.12 ns	.25**	.29**	.32***	.13 ns	.21*	-		
21.	.16 ns	.24**	.27**	.15 ns	.27**	.20*	.34***	-	
23.	.10 ns	.24**	.22*	.24*	.22*	.07ns	.20*	.23*	-
24.	.16 ns	.24**	.16 ns	.18 ns	.22 ns	.13ns	.20*	.30***	.10 ns

ns= non-significant, * = p < 0.05, ** = p < 0.01, *** = p < 0.001

Tabell E2. Korrelation mellan *Kasam-29* och *SRH* samt *SRH-ålder* för socionomstuderande och yrkesverksamma socionomer (N= 321)

N=321	1.	2.
1. Kasam-29	-	
2. SRH	.25***	-
3. SRH-ålder	.30***	.54***

*** = p< 0.001

Tabell E3. Signifikanta korrelationer *Kasam-29* och *Symtom-30* för socionomer (N= 116)

N=116	<i>Kasam-29</i>	p
Nervösa besvär	-.50	***
Haft perioder då du känt dig nedstämd och dystert	-.39	***
Haft svårt att koncentrera dig	-.38	***
Känt Dig lättirriterad	-.35	***
Haft svårt att slappna av	-.28	**
Ont i magen	-.28	**
Dålig aptit	-.27	**
Förstoppning	-.26	**
Känt Dig överansträngd	-.26	**
Yrsel	-.25	**
Haft lätt för att gråta	-.25	**
Illamående	-.23	*
Känt dig rastlös	-.21	*
Svettningar	-.20	*
Ögonbesvär	-.19	*
Summa Symtom	-.47	***

*= p< 0.05, ** = p< 0.01, *** = p< 0.001,

Tabell E4. Korrelationen *Kasam-29* och *Livskvalitet* avseende socionomer (N= 116)

	<i>Kasam-29</i>	p
självförtroende	.64	***
humör	.63	***
minne	.51	***
känner du dig betydelsefull/uppskattad utanför hemmet	.48	***
hem och familjesituation	.46	***
tålamod	.43	***
energi	.41	***
känner du dig betydelsefull/uppskattad i hemmet	.41	***
hälsa	.38	***
bostad	.37	***
fritid	.35	***
arbetsituation	.33	***
ekonomi	.32	***
kondition	.30	***
aptit	.24	**
sömn	.23	*
syn	.18	ns.
hörsel	.14	ns.
Summa Livskvalitet	.66	***

ns= non-significant, * = p< 0.05, ** = p< 0.01, *** = p< 0.001

Tabell E5. Korrelationsmatris *Kasam-29* och *Livskvalitetsvariabler* enligt GQL (N= 116)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Kasam-29	-							
2. hem och familjesituation	.46***	-						
3. bostad	.37***	.37***	-					
4. arbetssituation	.33***	.06ns	.14ns	-				
5. ekonomi	.32***	.19*	.24*	.33***	-			
6. hälsa	.38***	.46***	.19*	.31***	.28**	-		
7. fritid	.35**	.27**	.35***	.05ns	.25**	.21*	-	
8. hörsel	.14ns	.17ns	.03ns	.08ns	.05ns	.16ns	.12ns	-
9. syn	.18ns	.12ns	.09ns	.28**	.20*	.19*	.11ns	.14ns
10. minne	.51***	.33***	.20*	.40***	.34**	.49***	.16ns	.23*
11. kondition	.31**	.24**	.26**	.22*	.33***	.45***	.44**	.22*
12. aptit	.24**	.29**	.21*	.21*	.22*	.47***	.09ns	.05ns
13. humör	.63***	.36***	.38***	.38***	.25**	.40***	.42***	.06ns
14. energi	.41***	.34***	.20*	.36***	.38***	.57***	.38***	.16ns
15. tålmod	.43***	.23*	.14ns	.26**	.18ns	.30**	.24*	.07ns
16. självförtroende	.64***	.37***	.28**	.39**	.31**	.39***	.22*	.01ns
17. sömn	.23*	.23*	.02ns	.16ns	.15ns	.43***	.15ns	.09ns
18. känner du dig betydelsefull / uppskattad utanför hemmet	.48***	.19*	.24**	.54***	.33***	.22*	.19*	.03ns
19. känner du dig betydelsefull / uppskattad i hemmet	.41***	.69***	.28**	.13 s	.27**	.32***	.23*	.15ns

Fortsättning från föregående sida Tabell E5. Korrelationsmatris *Kasam-29* och Livskvalitetsvariabler enligt GQL (N= 116)

	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9	-									
10	45***	-								
11	18ns	.27**	-							
12	26**	.39***	.29**	-						
13	19*	.39***	.36***	.34***	-					
14	26**	.51***	.40***	.46***	.60***	-				
15	02ns	.37***	.19*	.20*	.43***	.38***	-			
16	23*	.40***	.23*	.36***	.51***	.41***	.39***	-		
17	19*	.31**	.21*	.47***	.29**	.47***	.32***	.28**	-	
18	20*	.37***	.26**	.25**	.36***	.33***	.21*	.59***	.20*	-
19	16ns	.26**	.23*	.35***	.35***	.32***	.25**	.43***	.25**	.36***

Appendix F

Tabell F1. Korrelationer mellan *Kasam-29* och faktorer i arbetslivet för socionomer (N= 113)

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Kasam-29	-				
2. Kontroll	.35***	-			
3. Arbetsklimat	.11ns	.23*	-		
4. Arbetskrav	.26**	.41***	.49***	-	
5. Socialt stöd	.26**	.44***	.58***	.47***	-
6. Expertis/ Kompetensutveckling	.32***	.46***	.25**	.15ns	.26**

ns = non significant, * = $p < 0.05$, ** = $p < 0.01$, *** = $p < 0.001$

Tabell F2. Korrelationer mellan *Kasam-29* och upplevelse av andras syn på kunskaper och kompetens, socionomer (N= 114)

	1	2	3	4	5	6	7
1. Kasam-29	-						
2. Vänkrets	.32***	-					
3. Arbetskollegor	.22*	.34***	-				
4. Arbetsledning	.16ns	.23*	.50***	-			
5. Politiker	.05ns	.28**	.20*	.38***	-		
6. Samarbetspartners andra verksamheter	.23*	.26**	.38***	.15ns	.25**	-	
7. Media	.01ns	.26**	.02ns	.10ns	.38***	.31**	-
8. Allmänheten	.15ns	.34***	.13ns	.14ns	.28**	.44***	.72***

ns = non significant, * = $p < 0.05$, ** = $p < 0.01$, *** = $p < 0.001$

Tabell F3. Korrelationer mellan *Kasam-29* och påverkan krav i hem och arbete, socionomer (N= 114)

	1	2
1. Kasam-29	-	
2. Kraven i arbetet påverkar mitt hem och familjeliv på ett negativt sätt.	.31***	-
3. Kraven i mitt hem och familjeliv påverkar arbetet på ett negativt sätt.	.34***	.49***

*** = p < 0.001

Appendix G

Tabell G1. Korrelationer mellan signifikant bidragande variabler till förklaring av variationen i *Kasam-29* för socionomstuderande (N= 58)

N=58	1	2	3	4	5
1. Kasam-29	-				
2. EAS - Nedstämdhet	-.62***	-			
3. EAS - Sociabilitet	.43***	-.03ns	-		
4. CMPS - Dominans	.56***	-.35**	.14ns	-	
5. CMPS - benägenhet att hålla med	-.47***	.40**	.10ns	-.14ns	-
6. EAS - Ångest	-.55***	.69***	.07ns	.33*	.36**

ns= non-significant, * = p < 0.05, ** = p < 0.01, *** = p < 0.001

Tabell G2. Korrelationer *Kasam-29*, självskattad hälsa, livskvalitet och belastningsfaktorer ingående i multivariat regressionsanalys (N= 116)

	N=116	Kasam-29	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. SRH		.36***	-									
2. SRH-ålder		.32***	.65***	-								
3. Upplevd kompetent av vänkrets		.32***	.01ns	.09ns	-							
4. MBI - EE		.42***	-.40***	-.38***	.00ns	-						
5. MBI - PA		.36***	.10ns	.29**	.29**	-.09ns	-					
6. MBI - DP		.31***	-.26**	-.22**	-.08ns	.52***	-.20*	-				
7. ASK - Expertis		.32***	.10ns	.17ns	.24**	-.09ns	.44***	-.30***	-			
8. ASK - Kontroll		.35***	.26***	.33***	.15ns	-.38***	.36***	-.26**	.46***	-		
9. ASK - Arbetskrav		.26**	.30**	.28**	-.08ns	-.72***	.15ns	-.38***	.15 ns	.42***	-	
10. ASK - Social stöd		.26**	.22*	.20*	.23*	.24*	.21*	-.08ns	.26**	.44***	.47***	-
11. Livskvalitet		.66***	.65***	.52***	.31***	-.53***	.28**	-.41***	.28**	.37***	.43***	.39***

ns= non significant, * = p< 0.05, ** = p < 0.01, *** = p < 0.001

Tabell G3. Korrelationer mellan variabler som korrelerar signifikant med Kasam-29. Studerande socionomutbildningen termin 1 hösten och våren 1997/98 (N= 58)

N=58	1	2	6	7	8	11	13	14	15	16	17	18
1 Kasam-29	-											
2. LoC	.35**	-										
6. Reakt. - PD	-.34**	-.30*	-									
7. EAS distress	-.62***	-.34**	.30*	-								
8. EAS fear	-.55***	-.48**	.45***	.69***	-							
11. EAS sociability	.43**	.23ns	.01ns	-.03ns	.07ns	-						
13. CMPS aff	.38**	.17ns	.01ns	-.04ns	.03ns	.59***	-					
14. CMPS agg	-.32*	.01ns	.23ns	.52***	.37**	.01ns	.05ns	-				
15. CMPS dst	-.39**	-.33*	.34**	.58***	.51***	.03ns	.19ns	.33*	-			
16. CMPS gui	-.40**	-.15ns	.12ns	.52***	.34**	-.11ns	.06ns	.11ns	.65***	-		
17. CMPS dom	.56***	.27*	-.34**	-.35**	-.33*	.14ns	.20ns	-.13ns	-.39**	-.31*	-	
18. CMPS exh	.27*	.09ns	-.24ns	-.30*	-.14ns	.25ns	.10ns	-.04ns	-.36**	-.39**	.47***	-
23. CMPS acq	-.47***	-.24ns	.24ns	.40**	.36**	-.10ns	.07ns	.39**	.39**	.27*	-.14ns	-.01ns

ns= non-significant, * = p< 0.05, ** = p < 0.01, *** = p < 0.001

Tabell G4. Korrelationer mellan *Kasam-29* och variabler för tvärsnittsstudie (N= 207)

	SOC	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2. LoC	.33**	-										
3. Reakt. - PT	.26***	.15*	-									
4. Reakt. - FS	-.04 ns	-.08 ns	.03 ns	-								
5. Reakt. - EC	.04 ns	-.16 *	.27***	.24**	-							
6. Reakt. - PD	-.39***	-.25***	-.20**	.02 ns	.20**	-						
7. EAS distress	-.59**	-.22**	-.20*	.24***	.13 ns	.33***	-					
8. EAS fear	-.51***	-.29***	-.19**	.13 ns	.10 ns	.48***	.62***	-				
9. EAS anger	-.19**	-.01 ns	-.22**	.17*	.00 ns	.08 ns	.40***	.20**	-			
10. EAS activity	.19**	.18**	.21**	.02 ns	.18 *	-.13 ns	.00 ns	.00ns	.22**	-		
11. EAS sociability	.32***	.13 ns	.03 ns	.08 ns	.01 ns	-.05 ns	-.10 ns	-.05ns	.03ns	.20 **	-	
12. SRH	.26**	.05 ns	.26 ns	.09 ns	.08 ns	-.14 ns	-.20*	-.17*	-.19*	.15 ns	.16 ns	-
13. SRH age	.22**	.07 ns	.23**	.02 ns	.02 ns	-.17*	-.23**	-.19*	-.12ns	.14 ns	-.08 ns	.60 ***

ns= non-significant, * = p < 0.05, ** = p < 0.01, *** = p < 0.001

Tabell G5. Korrelationer mellan signifikant bidragande variabler till förklaring av variationen i *Kasam-29* för tvärsnittsstudien (N= 207)

N=149	1	2	3	4	5
<i>Kasam-29</i>	-				
EAS nedstämdhet	-.59***	-			
Reaktivitetsindex – Personligt obehag	.39***	.33***	-		
LoC	.33***	.22**	-.25***	-	
Reaktivitetsindex. – Empatisk omtanke	.04ns	.13ns	.20**	-.16*	-
EAS sociabilitet	.32***	-.10ns	-.05ns	.13ns	.12ns

ns= non-significant, * = p < 0.05, ** = p < 0.01, *** = p < 0.001,

Appendix H

Tabell H1. Korrelationer mellan *Kasam-29* och övriga i regressionsanalysen ingående variabler avseende studerande i Sverige (N= 211)

	1	2	3	4	5	6
1. <i>Kasam-29</i>	-					
2. LoC	.34***	-				
3. Reakt. - PT	.25**	.17**	-			
4. Reakt. - FS	-.06ns	-.06ns	.01ns	-		
5. Reakt. - EC	.05ns	.11ns	.27***	.38***	-	
6. Reakt. - PD	-.34***	-.30***	-.21**	.14*	.22*	-
7 SRH	-.31***	.01ns	.12ns	.01ns	-.04ns	-.15ns

ns= non-significant, * = $p < 0.05$ ** = $p < 0.01$, *** = $p < 0.001$

Tabell H2. Korrelationer mellan *Kasam-29* och övriga i regressionsanalysen ingående variabler avseende studerande i England (N= 184)

	1	2	3	4	5	6
1. <i>Kasam-29</i>	-					
2. LoC	.42***	-				
3. Reakt. - PT	.24***	.16*	-			
4. Reakt. - FS	-.25***	-.14ns	.08ns	-		
5. Reakt. - EC	.11ns	.04ns	.57***	.37***	-	
6. Reakt. - PD	-.53***	-.33***	-.21**	.22**	.12ns	-
7 SRH	-.25***	.20**	.07ns	-.08ns	-.04ns	-.13ns

ns= non-significant, * = $p < 0.05$ ** = $p < 0.01$, *** = $p < 0.001$

Bilaga 1

Högskoleförordningen 2006-12-31 Bilaga 2 Examensordning

Socionomexamen

Omfattning

Socionomexamen uppnås efter att studenten fullgjort kursfordringar om 210 högskolepoäng.

Mål

För socionomexamen skall studenten visa sådan kunskap och förmåga som krävs för självständigt socialt arbete på individ-, grupp- och samhällsnivå.

Kunskap och förståelse

För socionomexamen skall studenten

- visa kunskap om områdets vetenskapliga grund samt kännedom om aktuellt forsknings- och utvecklingsarbete,
- visa kunskap om och förståelse för samspelet mellan individers och gruppers sociala situation, levnadsvillkor, fysiska och psykiska hälsa samt funktionsförmåga i förhållande till samhälleliga och andra bakomliggande faktorer,
- visa kunskap om ledning av socialt arbete, och
- visa kunskap om och förståelse för barns behov och sådana samhälls- och familjeförhållanden som påverkar kvinnors och mäns livsbetingelser.

Färdighet och förmåga

För socionomexamen skall studenten

- visa sådan färdighet och förmåga som krävs för att utveckla och genomföra socialt arbete på olika nivåer i samhället i samarbete med de människor som berörs,
- visa förmåga att tillämpa relevanta författningar i synnerhet inom det sociala området,
- visa förmåga att förstå, utreda och analysera sociala processer och problem, och
- visa förmåga att identifiera, strukturera, utreda och utvärdera insatser på individ-, grupp- och samhällsnivå.

Värderingsförmåga och förhållningssätt

För socionomexamen skall studenten

- visa självkänedom och empatisk förmåga,
- visa förmåga att med helhetsyn på människan göra åtgärdsbedömningar utifrån relevanta vetenskapliga, samhälleliga och etiska aspekter med särskilt beaktande av de mänskliga rättigheterna,
- visa förmåga till ett professionellt bemötande och förhållningssätt,
- visa insikt om betydelsen av lagarbete och samverkan med andra yrkesgrupper, och
- visa förmåga att identifiera sitt behov av ytterligare kunskap och att fortlöpande utveckla sin kompetens.

Självständigt arbete (examensarbete)

För socionomexamen skall studenten inom ramen för kursfordringarna ha fullgjort ett självständigt arbete (examensarbete) om minst 15 högskolepoäng.

Övrigt

För socionomexamen skall också de preciserade krav gälla som varje högskola själv bestämmer inom ramen för kraven i denna examensbeskrivning.

Bilaga 2.

Instructions for Users of the Swedish version of the Sense of Coherence (SOC) (Känsla av sammanhang - KASAM) Questionnaire.

Before you use the questionnaire you should know the theory well by reading my books *Health, Stress and Coping* (1979) and *Unraveling the Mystery of Health* (1987), both published by Jossey-Bass, San Francisco.

Do not use the questionnaire to obtain sub scores for the 3 components of comprehensibility, manageability and meaningfulness. A different instrument would have to be used for such a purpose.

In administrating the questionnaire, make sure that it is clear to the respondents that any answer from 1 to 7 is possible. Some respondents tend to answer only 1 or 7 if this is not made clear.

Scoring and using the SOC scale

1. After the data have been entered into the computer, write a program which will reverse the scores for item numbers:

1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25, 27

2. Then give each individual a total score.

3. Missing data: Some respondents do not give answers to all 29 items. If someone does not answer 5 or more of the 29, do not use that questionnaire. If there are 1-4 missing answers, you have the following alternatives, in order of preference:

a) calculate the mean score for that person on the items that were answered, and assign that mean to the missing items;

b) calculate the mean score of the whole sample for each item and assign that mean when a person has not answered the item;

c) give a score of 4 to each missing item.

4. The first step in using the questionnaire scores should be to calculate the internal reliability of the scale in your study by using Cronbach's alpha. In studies thus far the alphas have ranged from .82 to over .90.
5. Print out the data on the psychometric properties of the scale: mean, SD, etc. and compare it to the published data. It is my impression that early Swedish studies have shown a mean of 146.
6. For purposes of data analysis the SOC scores, which form an ordinal scale, can be used in correlations. But scores can also be collapsed into quintiles or tertiles.

May 1989/March 1991
Aaron Antonovsky
Dept of the Sociology of Health
Faculty of Health Sciences
Ben-Gurion University of the Negev
Beersheba, Israel

Referenser

- Achenbach, T. M. (1997) What is normal? What is abnormal? Developmental perspectives on behavioral and emotional problems. I: Luthar, S., Burack, J., Cicchetti, D. & Weisz, J. (red.). *Developmental Psychopathology: perspectives on adjustment, risk, and disorder*, s.29-48. Cambridge: Cambridge Press.
- Abrahamsson, A., & Ejlertsson, G. (2002) A salutogenic perspective could be of practical relevance for the prevention of smoking amongst pregnant women. *Midwifer*, Vol. 18, 323-331.
- van den Akker, M., Buntinx, F., Metsemakers, J. F., van der Aa, M., & Knottnerus, J. A. (2001) Psychosocial patient characteristics and GP-registered chronic morbidity: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 50, 95-102.
- Al-Yagon, M., & Margalit, M. (2006) Loneliness, sense of coherence and perception of teachers as a secure base among children with reading difficulties. *European Journal of Special Needs Education*, Vol. 21, 21-38.
- Andersson, G. (1976) Internal-external locus of control: some methodological notes on the research and a factor analysis of a revised I-E scale. *Reports from the Department of Applied Psychology*, 9. (Sweden): Göteborg University; 1975. 1-13 (1).
- Andersson, G. (1995) *Barn i samhällsvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, L., Balldin, T., & Rudnert, U. (1993) *Högstadiungdomars känsla av sammanhang och temperament. En jämförande studie av Kasam och EAS*. Socialhögskolan, Lunds universitet. C- Uppsats
- Andersson, S. I. (2002) *Hälsopsykologi – en introduktion*. Lund: Sanitas.
- Anthony, E. J. (1987) Risk, vulnerability and resilience: An overview. I: Anthony, E. J., & Cohler, B. (red.) (1987). *The invulnerable child*, s. 3-48. New York: Guilford. 3-48.
- Anthony, E. J., & Cohler, B. (red.) (1987). *The invulnerable child*. New York: Guilford.
- Anthony, E. J. (1991) Response to overwhelming stress in children. In Monat, A. and Lazarus, R. S. (red.) *Stress and coping: an anthology*, (3rd ed.), s. 307-318. New York: Columbia University Press.

- Antonovsky, A. (1979) *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass. Svensk översättning 1991: *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Antonovsky, A. (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Antonovsky, A. (1989/1991) Instructions for users of the Swedish version of Sense of Coherence (SOC) (Känsla av sammanhang – Kasam) Questionnaire, stencil. I Hansson, K. & Cederblad, M. (1995a). *Känsla av sammanhang - Studier från ett salutogent perspektiv*. Forskning om barn och familj nr. 6. Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, Lunds universitet.
- Antonovsky, A. (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Antonovsky, A. (1991a) The structural sources of salutogenic strengths. I: Cooper, C. L., Payne, R. (red.) (1991). *Personality and stress: Individual differences in the stress process*, s.64-104. New York: John Wiley & Sons.
- Antonovsky, A. (1992) Can attitudes contribute to health? *The Journal of Mind-Body Health*, Vol. 8, 33-49.
- Antonovsky, A. (1993a) The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, Vol. 36, 725-733.
- Antonovsky, A. (1993b) Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science and Medicine*, Vol. 37, 969-981.
- Antonovsky, A. (1993c) A salutogenic orientation, the sense of coherence and psychosomatic medicine. *12th World Congress of Psychosomatic Medicine. Bern, Switzerland. Aug. 1993*.
- Antonovsky, A. (1993d) The sense of coherence as a determinant of health. In Beattie, A., Gott, M., Jones, L., & Sidell, M. (red.). *Health & Wellbeing, a reader*, s. 202-211. London: MacMillan.
- Antonovsky, A. (1996a) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, Vol. 11, 11-18.
- Antonovsky, A. (1996b) The sense of coherence – an historical and future perspective. *Israel Journal of Medical Science*, Vol. 32, 170-178.
- Antonovsky, A., Adler, I., Sagy, S., & Visel, R. (1990) Attitudes toward retirement in an Israeli cohort. *International Journal of Aging and Human Development*, Vol. 31, 57-77.
- Aronsson, Å. (1999) *SPSS –en introduktion till basmodulen*. Lund: Studentlitteratur.

- Askheim, O. P. (2003) Empowerment as guidance for professional social work: an act of balancing on a slack rope. *European Journal of Social Work*, Vol. 6, 229-240.
- Attström, K. (1999) *Personality traits, and self-medication in drug abuse, an exploratory and comparative study applying cluster analysis, and factor analysis*. Lund: Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet. Psykologexamensuppsats, Vol. I:8.
- Baker, M., North, D., & Smith, D. F. (1997) Burnout , sense of coherence and sources of salutogenesis in social workers. *Psychology: A Journal of Human Behavior and Learning*, Vol. 32, 22-26.
- Bandura, A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, Vol. 84, 191-215.
- Battista, J., & Almond, R. (1973) The development of meaning in life. *Psychiatry*, Vol. 36, 409-427.
- Ben-David, A., & Leichtentritt, R. (1999) Ethiopian and Israeli students' adjustment to college: The effect of the family, social support and individual coping styles. *Journal of Comparative Family Studies*, Vol. 30, 297-313.
- Bejerholm, U., & Eklund, M. (2005) Vardagslivet. I: Brunt, D., & Hansson, L. (red.) *Att leva med psykiska funktionshinder – livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. s. 103-122. Lund: Studentlitteratur.
- Bengtsson-Tops, A., & Hansson, L. (2001) The validity of Antonovsky's sense of coherence measure in a sample of schizophrenic patients living in the community. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 33, 432-438.
- Bengtsson-Tops, A., Brunt, D., & Rask, M. (2005) The structure of Antonovsky's sense of coherence in patients with schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 19, 280-287.
- Berg, J. E., & Andersen, S. (2001) Mortality 5 years after detoxification and counseling as indicated by psychometric tests. *Substance Abuse*, Vol. 22, 1-10.
- Berg, J. E., & Brevik, J. I. (1998) Complaints that predict drop-out from a detoxification and counselling unit: A prospective study. *Addictive Behaviors*, Vol. 23, 35-40.

- Berg, A., & Hallberg, I. R. (1999) Effects of systematic clinical supervision on psychiatric nurses' sense of coherence, creativity, work-related strain, job satisfaction and view of the effects from clinical supervision: a pre-post test design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol. 6, 371-381.
- Berggren, J., Betnér, R., & Näslund, P. (1998) *Par som gått vid Kyrkans familjerådgivning i Växjö. 2 år senare*. Psykoterapeututbildningen på Familjeterapeutisk grund, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset Linköping.
- Bergh, H. (2005) *Frequent attenders in primary health care – a vulnerable patient group seen from a biopsychosocial perspective*. Göteborg: Department of Primary Health Care. Akademisk avhandling.
- Bergh, H., Baigi, A., Fridlund, B., & Marklund, B. (2006) Life events, social support and sense of coherence among frequent attenders in primary health care. *Public Health*, Vol. 120, 229-236.
- Bergh, H., Baigi, A., Månsson, J., Mattsson, B., & Marklund, B. (2007) Predictive factors for long-term sick leave and disability pension among frequent and normal attenders in primary health care over 5 years. *Public health*, Vol. 121, 25-33.
- Bergström, E., & Thulin, A-B. (2003) *Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2003*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Bigler, M., Neimeyer, G. J., & Brown, E. (2001) The divided self revisited: Effects of self-concept clarity and self-concept differentiation on psychological adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 20, 396-415.
- Bleuler, M. (1974) The offspring of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*. No 8, 93-107.
- Bleuler, M. (1978) *The schizophrenic disorders: Long-term patient and family studies*. New Haven, Conn.; Yale University Press.
- Bond, M., Gardner, S. T., Christian, J., & Sigal, J. J. (1983) Empirical study of self-rated defensestyles. *Archives of General Psychiatry*. Vol. 40, 333-338
- Boscaglia, N., & Clarke, D. M. (2007) Sense of coherence as a protective factor for demoralisation in women with a recent diagnosis of gynaecological cancer. *Psycho-Oncology*, Vol. 16, 189-195.
- von Bothmer, M. I. K., & Fridlund, B. (2003) Self-rated health among university students in relation to sense of coherence and other personality traits. *Scandinavian Journal Caring Science*, Vol. 17, 347-357.

- Boyce, W. T., Schaefer, C., & Uitti, C. (1985) Permanence and change: Psychosocial factors in the outcome of adolescent pregnancy. *Social Science and Medicine*, Vol. 21, 1279-1287.
- Bowlby, J. (1994) *En trygg bas.- Klinisk tillämpning av bindningsteorin*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bowman, B. J. (1996) Cross-cultural validation of Antonovsky's Sense of Coherence scale. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 52, 547-549.
- Bowman, B. J. (1997) Cultural pathways toward Antonovsky's sense of coherence. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 53, 139-142.
- Broberg, A., Almqvist, K., & Tjus, T. (2003) *Klinisk barnpsykologi – utveckling på avvägar*. Stockholm Natur och Kultur.
- Bronfenbrenner, U. (1979) *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986) Ecology of the family as a context for human development: Research perspective. *Developmental Psychology*. Vol. 22, 723-742.
- Bränholm, I-B., Fugl-Meyer, A. R., & Frölunde, A. (1998) Life satisfaction, sense of coherence and locus of control in occupational therapy students. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, Vol. 5, 39-44.
- Buss, A. H., & Plomin R. (1984) *Temperament: early developing personality traits*. Hillsdale, N.J: L. Erlbaum Associates.
- Bäck-Wiklund, M., & Bergsten, B. (1997) *Det moderna föräldraskapet – en studie av familj och kön i förändring*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Callahan, L. F., & Pincus, T. (1995) The Sense of Coherence Scale in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care and Research*, Vol. 8, 28-35.
- Carlberg, G. (1994) *Dynamisk utvecklingspsykologi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Carmel, S., & Bernstein, J. (1990) Trait anxiety, sense of coherence and medical school stressors: Observations at three stages. *Anxiety Research*, Vol. 3, 51-60.
- Carstens, J. A., & Spangenberg, J. J. (1997) Major depression: A breakdown in sense of coherence? *Psychological Reports*, Vol. 80, 1211-1220.
- Caspi, A., Elder, G. H. jr., & Herbener, E. (1990) Childhood personality and prediction of life-course patterns. I: Robin, L., & Rutter, M. (red.) *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*, s. 13-35. New York: Cambridge University Press.

- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H. McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., & Poulton, R. (2003) Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, Vol, 301, 386-389.
- Chumbler, N. R., Rittman, M., van Puymbroeck, M., Vogel, W. B., & Qin, H. (2004) The sense of coherence, burden, and depressive symptoms in informal caregivers during the first month after stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol. 19, 944-953.
- Cederblad, M. (2003) *Från barndom till vuxenliv*. Stockholm: Gothia
- Cederblad, M., Dahlin, L., & Hagnell, O. (1988) Lundbyprojektet: Påverkar barnpsykiatriska riskfaktorer den vuxnes psykiska hälsa? *Läkartidningen*, Vol. 85, 4317-4321.
- Cederblad, M., Dahlin, L. Hagnell, O., & Hansson, K. (1994) Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals. Follow-up of the children from the Lundby study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors. *European Archive Psychiatry Clinical Neuroscience*, Vol. 244, 1-11.
- Cederblad, M., & Hansson, K. (1996) Känsla av sammanhang – ett centralt begrepp i hälsoforskningen. *Socialmedicinsk tidskrift*, Nr. 4, 152-158.
- Cederblad, M., Pruksachatkunakorn, P., Boripunkul, T., Intraprasert, S., & Höök, B. (2003) Sense of coherence in a Thai sample. *Transcultural Psychiatry*, Vol. 40, 585-600.
- Cederfjäll, C., Langius-Eklöf, A., Lidman, K., & Wredling, R. (2001) Gender differences in perceived health-related quality of life among patients with HIV infection. *AIDS Patient Care & STD's*, Vol 15, 31-39.
- Cederfjäll, C., Langius-Eklöf, A., Lidman, K., & Wredling, R. (2002) Self-reported adherence to antiretroviral treatment and degree of sense of coherence in a group of HIV-infected patients. *AIDS Patient Care & STD's*, Vol 16, 609-616.
- Cesarec, Z., & Marke, S. (1968) *Mätning av psykogena behov med frågeformulärsteknik – Manual till CMPS*. Stockholm: Skandinaviska testförlaget AB.
- Chen, G. (2006) Social support, spiritual program, and addiction recovery. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Vol. 50, 306-323.
- Cilliers, F. (2003) Burnout and salutogenic functioning of nurses. *Curationis*, Vol. 26, 62-74.

- Coe, R. M., Romeis, J. C., Tang, B., & Wolinsky, F. D. (1990) Correlates of a measure of coping in older veterans: A preliminary report. *Journal of Community Health*, Vol. 15, 287-296.
- Coe, R. M., Romeis, J. C., & Hall, M. M. (1998) Sense of coherence and survival in the chronically ill elderly. A five-year follow-up. I: McCubbin, H. I., Thompson, E. A., Thompson, A. I., & Fromer, J. E. (red.). *Stress, coping, and health in families. Sense of coherence and resiliency*, 265-275. Thousand Oaks: Sage.
- Cohen, O., & Savaya, R. (2003) Sense of coherence and adjustment to divorce among Muslim Arab citizens of Israel. *European Journal of Personality*. Vol. 17, 309-326.
- Colerick, E. J. (1985) Stamina in later life. *Social Science and Medicine*, Vol. 21, 997-1006.
- Cronbach, L. J. (1951) Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, Vol. 3, 297-334.
- Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1964) An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 20, 200-207.
- Dahlin, L., & Cederblad, M. (1986) Salutogenes - faktorer som befrämjar psykisk hälsa hos individer som växt upp i högriskmiljö för psykisk och social störning. *Psykisk hälsa*, Vol. 1, 14-19.
- Dahlin, L., Cederblad, M., Antonovsky, A., & Hagnell, O. (1990) Childhood vulnerability and adult invincibility. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 82, 228-232.
- Dahlin, L., & Cederblad, M. (1993) Salutogenesis - protective factors for individuals brought up in high-risk environment with regard to the risk for psychiatric or social disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, Vol. 47, 53-60.
- Dalbokova, D., Tzenova, B., & Ognjanova, V. (1995) Stress states in nuclear operators under conditions of shiftwork. *Work & Stress*, Vol. 9, 305-313.
- Dalianis-Karamatzakis, A. M. (1994) *Children in turmoil during the greek civil war 1946-49: Today's adults: a longitudinal study on children confined with their mothers in prison*. Stockholm: Karolinska institutet. Akademisk avhandling.
- Davis, M. H. (1980) A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of selected Documents in Psychology*. 1980, Vol. 10, 85. The University of Texas at Austin.

- Davis, M. H. (1996). *Empathy: A Social Psychological Approach*. Oxford: Westview Press, Inc.
- Delbar, V., & Benor, D. E. (2001) Impact of nursing intervention on cancer patients' ability to cope. *Journal of Psychosocial Oncology*, Vol. 19, 57-75.
- Delgado, C. (2007) Sense of Coherence, Spirituality, Stress and Quality of Life in Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 39, 229-234.
- Demetriou, A., Doise, W., & van Lieshout, C. (red.) (1998) *Life-span development psychology*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Denvall, V., & Vinnerljung, B. (red.) (2006) *Nytta & fördärv. Socialt arbete i kritisk belysning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Djurestad, M., Johansson, A., & Sällberg-Haraldsson (2000) *Känslan av Sammanhang hos Mammor – samband med dyadisk tillfredsställelse och familjefunktion i icke-kliniska familjer*. Landstingen i Uppsala – Örebroregionen, Utbildningsenheten psykiatri i Västmanland.
- Djurfeldt, G. Larsson, R., & Stjärnhagen, O. (2003) *Statistisk verktyglåda – samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Durkin, K. (1995) *Developmental Social Psychology – from infancy to old age*. Oxford: Blackwell Publishers Inc.
- Due, E. P., & Holstein, B. E. (1998) Sense of coherence, socialgruppe og helbred i en dansk befolkningsundersøgelse. *Ugeskrift for Laeger*, Vol. 160, 7424-7429.
- Duetz, M. S., Abel, T., & Niemann, S. (2003) Health measures – Differentiating associations with gender and socio-economic status. *European Journal of Public Health*, Vol. 13, 313-319
- Ebert, S. A., Tucker, D. C., & Roth, D. L. (2002) Psychological resistance factors as predictors of general health status and physical symptom reporting. *Psychology, Health & Medicine*, Vol. 7, 363-375.
- Edwards, M. J., & Holden, R. R. (2001) Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: Examining gender differences. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 59, 1133-1150.
- Edwards, D., & Besseling, E. (2001) Relationship between depression, anxiety, sense of coherence, social support and religious. *South African Journal of Psychology*, Vol. 31, 62-72.
- Edelman, G. (1992) *Bright air, brilliant fire – on the matter of the mind*. London: Penguin books.

- Edén, L., Brokhöj, T., Ejlertsson, G., Leden, I., & Nordbeck, B. (1998). Is disability pension related to quality of life? *Scandinavian Journal of Social Welfare*. Vol 7, 300-309.
- Eklund, M., Hansson, L., & Bengtsson, A. (2004) The influence of temperament and character on functioning and aspects of psychological health among people with schizophrenia. *European Psychiatry*. Vol. 19, 34-41.
- Ekman, I., Fagerberg, B., & Lundman, B. (2002) Health-related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe chronic heart failure in comparison with healthy controls. *Heart & Lung*. Vol. 31, 94-101
- Eliasson-Lappalainen, R. (1995) *Forskningsetik och perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Erikson, E. H. (1975) *Barnet och samhället*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Erikson, E. H. (1982) *Den fullbordade livscykeln*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Eriksson, K. (1984) *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005) Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*. Vol. 59, 460-467.
- Falk, K., Swedberg, K., Gaston-Johansson, F., & Ekman, I. (2007) Fatigue is a prevalent and severe symptom associated with uncertainty and sense of coherence in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Vol. 6, 99-104.
- Faresjö, T., & Åkerlind, I. (red.) (2005) *Kan man vara sjuk och ändå ha hälsan? Frågor om liv, hälsa och etik i tvärvetenskaplig belysning*. Lund: Studentlitteratur.
- Feigin, R., Sherer, M., & Ohry, A. (1996) Couples' adjustment to one partner's disability: The relationship between sense of coherence and adjustment. *Social Science & Medicine*, Vol. 43, 163-171.
- Feinberg, M. E., Button, T. M. M., Neiderhiser, J. M., Reiss, D., & Hetherington, E. M. (2007) Parenting and adolescent – antisocial behavior and depression. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 64, 457-465.
- Feldt, T. (1997) The role of sense of coherence in well-being at work: analysis of main and moderator effects. *Work & Stress*, Vol. 11, 134-147.

- Feldt, T., & Rasku, A. (1998) The structure of Antonovsky's Orientation to Life Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, Vol. 25, 505-516.
- Feldt, T., Leskinen, E., Kinnunen, U., & Mauno, S. (2000) Longitudinal factor analysis models in the assessment of the stability of sense of coherence. *Personality and Individual Differences*, Vol. 28, 239-257.
- Feldt, T., Leskinen, E., Kinnunen, U., & Ruoppila I. (2003) The stability of sense of coherence: comparing two age groups in a 5-year follow-up study. *Personality and Individual Differences*, Vol. 35, 1151-1165.
- Feldt, T., Leskinen, E., & Kinnunen, U. (2005a) Structural invariance and stability of sense of coherence: A longitudinal analysis of two employment groups. *Work and Stress*, Vol. 19, 68-83.
- Feldt, T., Kokko, K., Kinnunen U., & Pulkkinen L. (2005b) The role of family background, school success, and career orientation in the development of sense of coherence. *European Psychologist*, Vol. 10, 298-308.
- Feldt, T., Lintula, H., Suominen, S., Koskenvuo, M., Vahtera, J., & Kivimäki, M. (2007) Structural validity and temporal stability of the 13-item sense of coherence scale: Prospective evidence from the population-based HeSSup study. *Quality of Life Research*, Vol. 16, 483-493.
- Ferguson, G. A. (1959) *Statistical analysis in psychology and education*. New York: McGraw-Hill.
- Fiorentino, L. M., & Pomazal, R. J. (1998) Sense of coherence and the stress-illness relationship among employees: a prospective study. I: McCubbin, H. I., Thompson, E. A., Thompson, A. I. & Fromer J. E. (red.). *Stress, coping, and health in families. Sense of coherence and resiliency*, 91-106. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Flannery, R. B., & Flannery, G. J. (1990) Sense of coherence, life stress, and psychological distress: A prospective methodological inquiry. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 46, 415-420.
- Flannery, R. B., Perry, J. C., Penk, W. E., & Flannery, G. J. (1994) Validating Antonovsky's sense of coherence scale. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 50, 575-577.
- Fok, S. K., Chair, S. Y., & Lopez, V. (2005) Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 49, 173-181.

- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1991) Coping an emotion. In Monet, A., & Lazarus, R. S. (red.) *Stress and coping. An anthology*. (3rd ed.). New York: Columbia University Press.
- Forsgårde, M, Westman, B., & Nygren. L. (2000) Ethical discussion groups as an intervention to improve the climate in interpersonal work with elderly and disabled. *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 14, 351-361.
- Frankl, V. (1993) *Livet måste ha mening*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Frenz, A. W., Carey, M. P. & Jorgensen, R. S. (1993) Psychometric evaluation of Antonovsky's sense of coherence scale. *Psychological Assessment*, Vol. 5, 145-153.
- Fridell, M., & Hesse, M. (2006) Psychiatric severity and mortality in substance abusers. A 15-year follow-up of drug users. *Addictive behaviours*, Vol. 31, 559-565.
- Fritzell, J., & Lundberg O. (1994) *Vardagens villkor: levnadsförhållanden i Sverige under tre decennier*. Stockholm: Bromberg.
- Fromm, E. (1945) *Flykten från friheten*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Fromm, E. (1978) *Att ha eller att vara?* Stockholm: Natur och Kultur.
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Davey G. (2006a) Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 60, 7-12
- Galobardes, B., Shaw, M. Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Davey, G. (2006b) Indicators of socioeconomic position (part 2) *Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol. 60, 95-101.
- Gana, K. (2001) Is sense of coherence a mediator between adversity and psychological well-being in adults? *Stress and Health : Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, Vol. 17, 77-83.
- Gana, K., & Garnier, S. (2001) Latent structure of the sense of coherence scale in a French sample. *Personality and Individual Differences*, Vol.31, 1079-1090.
- Garnezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984) Studies of stress-resistant children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, Vol. 55, 97-111.
- Garnezy, N., & Nuechterlein K. (1972) Invulnerable children: The fact and fiction of competence and disadvantage. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 42, (abstract) 328-329.

- Gassne, J. (1994) Salutogenes, education and social work. *27th World Congress of the International Association of Schools of Social Work*. July Amsterdam.
- Gassne, J., & Lenz, K. (2007) Socionomer mitt i livet. I: Svensson, K. (red.) *Normer och normalitet i socialt arbete*, s. 307-319. Lund: Studentlitteratur.
- George, V. D. (1996) Field-workers' sense of coherence and perception of risk when making home visits. *Public Health Nursing*. Vol. 13, 244-252.
- Geyer, S. (1997) Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social Science & Medicine*, Vol. 44, 1771-1779.
- Gibson, L. M., & Cook, M. J. (1997) Do health questionnaires which do not consider sex differences miss important information? *Psychological Reports*, Vol. 81, 163-171.
- Gilbar, O. (1998) Relationship Between Burnout and Sense Of Coherence in Health Social Workers. *Social Work in Health Care*, Vol. 26, 39-49.
- Gilbar, O. (2003) Do attitude toward cancer, sense of coherence and family high risk predict more psychological distress in women referred for breast cancer examination? *Women & Health*, Vol. 134, 35-46.
- Gustle, L-H. (2007) *Implementering och korttidsuppöljning av multisystemisk terapi*. Lunds universitet, Institutionen för Psykologi. Akademisk avhandling.
- Gustle, L-H., Hansson, K., Sundell, K., & Andrée Löfholm, C. (2007) Multisystemic therapy project in Sweden: what factors affect the tendency of social workers to refer subjects to the research project? *International Journal of Social Welfare*, Vol. 16, 358-366.
- Guttman, L. (1974) Measurement as structural theory. *Psychometrika*, Vol. 36, 329-347.
- Hagquist, C., & Andrich, D. (2004) Is the sense of coherence-instrument applicable on adolescents? A latent trait analysis using Rasch-modelling. *Personality and individual differences*. Vol. 36, 955-968.
- Hair, J. F. Jr., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006) *Multivariate data analysis* (6th ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Hakanen, J. J., Feldt, T., & Leskinen, E. (2007) Change and stability of sense of coherence in adulthood: Longitudinal evidence from the health Child study. *Journal of Research in Personality*, Vol. 41, 602-617.

- Hansson, K., & Cederblad, M. (1995a) *Känsla av sammanhang - Studier från ett salutogent perspektiv*. Forskning om barn och familj nr. 6. Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, Lunds universitet.
- Hansson, K., & Cederblad, M. (1995b) Salutogen familjeterapi. *Fokus på familjen* 1, 3-18.
- Hansson, K., & Cederblad, M. (2004) Sense of coherence as a meta-theory for salutogenic family therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, Vol 14, 39-54.
- Hansson, K., & Olsson, M. (2001) Sense of coherence - a human endeavor/Känsla av sammanhang - ett mänskligt strävande. *Nordisk Psykologi*. Vol 53, 238-255.
- Hansson, K., Olsson, M., & Cederblad, M. (2004) A salutogenic investigation and treatment of conduct disorder (CD). *Nordic Journal of Psychiatry*, Vol. 58, 5-16.
- Hansson, K., Cederblad, M., Lichtenstein, P., Reiss, D., Pedersen, N. L., Neiderhiser, J. M., & Elthammar, O. (2007) Individual resiliency factors from a genetic perspective: Results from a twin study. *Family Process*. In Press.
- Hansson, L., Stefansson, C-G., Nettelbladt, P., Borgquist, L., & Nordström, G. (1993) Psykisk ohälsa hos patienter i primärvården. En nordisk multistudie. *Nordisk Medicin*, Nr. 5.
- Harri, M. (1998) The sense of coherence among nurse educators in Finland. *Nurse Education Today*, Vol. 18, 202-212.
- Hart, K. E., Hittner, J. B., & Paras, K. C. (1991) Sense of coherence, trait anxiety, and the perceived availability of social support. *Journal of Research in Personality*, Vol. 25, 137-145.
- Hasenfeld, Y. (1983) *Human service organisations*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Hasson, D., Arnetz, B., Theorell, T., & Anderberg U. (2006) Predictors of self-rated health: a 12-month prospective study of IT and media workers. *Population Health Metrics*, Vol. 4, 8.
- He, C.-Y., & Shiu, A. T-Y. (2006) Sense of coherence and diabetes-specific stress perceptions of diabetic patients in central Mainland China. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 15, 1460-1462.
- Heiman, T. (2006) Social support networks, stress, sense of coherence and academic success of university students with learning disabilities. *Social Psychology of Education*, Vol. 9, 461-478.

- Hessle, S. (1992) *Varför drabbas inte alla barn lika? Om transgenerativitet och familjetråd*. Rapport i socialt arbete, nr 60. Stockholm: Stockholms Universitet, Socialhögskolan och Barnbyn Skå.
- Hittner, J. B. (2007) Factorial invariance of the 13-item sense of coherence scale across gender. *Journal of Health Psychology*, Vol 12, 273-280.
- Holm, U. (1987) *Empati*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Holm, U. (1995) *Det räcker inte att vara snäll*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Holmberg, S., Thelin, A., & Stiernström, E-L. (2004) Relationship of Sense of Coherence to other psychosocial indices. *European Journal of Psychological Assessment*, Vol. 20, 227-236.
- Holmgren, K., Levin, G., & Olofgörs, K. (1999) *Värmdö familjerådgivning. En beskrivning och utvärdering av familjerådgivning i Värmdö kommun under en femmånadersperiod 1998-99*. Psykoterapeututbildningen på Familjeterapeutisk grund. Linköping: Barn och ungdomspsykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset.
- Hood, S. C., Beaudet, M. P., & Catlin, G. (1996) A healthy outlook. *Health Reports*, Vol. 7, 25-32.
- Hovmark, S., & Thomsson, H. (1995) *ASK ett frågeformulär för att mäta arbetsbelastning, socialt stöd, kontroll och kompetens i arbetslivet*. Rapporter, Stockholms universitet.
- Howe, D. (1995) *Attachment Theory for Social Work Practice*. London; MacMillan.
- Hult, S., Waad, T., Cederblad, M., & Hansson, K. (1996) *Salutogen miljöterapi i teori och praktik - en introduktion för blivande salutogener*. Forskning om barn och familj nr. 7. Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, Lunds universitet.
- Hwang, P., Lundberg, I. Rönnerberg, J., & Smedler, A-C. (red.) (2005) *Vår tids psykologi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hyypä, M. T., Mäki, J., Impivaara, O., & Aromaa, A. (2006) Leisure participation predicts survival: a population-based study in Finland. *Health Promotion International*, Vol. 21(1), pp. 5-12.
- Håkansson, C., Svartvik, L., Lidfeldt, J., Nerbrand, C., Samsioe, G., Scherstén, B., & Nilsson P. (2003) Self-rated health in middle-aged women: Associations with sense of coherence and socioeconomic and health-related factors. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, Vol. 10, 99-106.

- Höfer, R., & Straus, F. (1997) Sense of coherence and health in disadvantaged adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, Vol. 9, 271-284.
- Idler, E., & Benyamini, Y. (1997) Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 38, 21-37.
- Ingram, K. M., Coring, A. F., & Schmidt, L. D. (1996) The relationship of victimization experiences to psychological well-being among homeless women and low-income housed women. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 43, 218-227.
- Johansson, C., & Tordenström, B. (1999) *Nätverkets betydelse för psykisk hälsa. Deprimerade mammor och deras familjer*. Lunds Universitet, Universitetssjukhuset MAS, Enheten för psykoterapi utbildning.
- Kadushin, A. (1992) *Supervision in Social Work* (3rd ed.). New York: University of Columbia Press.
- Kagan, J. (1987) Perspectives on infancy. I: Osofsky (red.) *Handbook of infant development*. New York: Wiley.
- Kaiser, C. F., Sattler, D. N., Bellack D. R., & Dersin, J. (1996) A conversation for resources approach to a natural disaster: sense of coherence and psychological distress. *Journal of Social Behavior & Personality*, Vol. 11, 459-476.
- Kalimo, R., & Vuori, J. (1991) Work factors and health: The predictive role of pre-employment experiences. *Journal of Occupational Psychology*, Vol. 64, 97-115.
- Kalimo, R., Pahkin, K., Mutanen, P., & Toppinen-Tanner, S. (2003) Staying well or burning out at work: work characteristics and personal resources as long-term predictors. *Work & Stress*, Vol. 17, 109-122.
- Kallenberg, K., & Larsson, G. (2004) *Människans hälsa – livsåskådning och personlighet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Karlsson, K. (2004) *Psykosocial ohälsa. - Samhälls- primärvårds- och individperspektiv*. Lunds Universitet, Institutionen för psykologi. Akademisk avhandling.
- Kivimäki, M., Feldt, T., Vahtera, J. & Nurmi, J-E. (2000) Sense of coherence and health:evidence from two cross-lagged longitudinal samples. *Social Science & Medicine*, Vol. 50, 583-97.

- Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J., Nurmi, J-E., Feldt, T., Keltinkangas-Järvinen, L., & Pentti, J. (2002) Sense of coherence as a mediator between hostility and health: Seven-year prospective study on female employees. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 52, 239–247.
- Klefbeck, J., & Ogden, T. (2003) *Barn och nätverk – ekologiska perspektiv på barns utveckling och nätverksterapeutiska metoder i behandlingsarbete med barn*. Stockholm: Liber.
- Kobasa, S. C. (1979) Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 37, 1-11.
- Kobasa, S. C. (1982) The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. I Sanders, G. S. & Suls, J. (red.). *Social psychology of health and illness*, s. 3-32. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Korotkov, D., & Hannah, T. E. (1994) Extroversion and emotionality as proposed superordinate stress moderators: A prospective analysis. *Personality and Individual Differences*, Vol. 16, 787-792.
- Koposov, R. A., Ruchkin, V. V., & Eisemann, M. (2003) Sense of coherence: A mediator between violence exposure and psychopathology in russian juvenile delinquents. *Journal of Nervous & Mental Disease*, Vol. 191, 638-644.
- Kravetz, S., Drory, Y., & Florian, V. (1993) Hardiness and sense of coherence and their relation to negative affect. *European journal of personality*, Vol. 7, 233-244
- Kuhn, T. S. (1979) *De vetenskapliga revolutionernas struktur*. Lund: Doxa.
- Kullberg, K. (2006) *Man hittar sin nisch. Om män i socionomyrket – karriär, minoritet och maskulinitet*. Växjö universitet: Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete. Rapportserie i socialt arbete nr. 6.
- Kuuppelomäki, M., & Utriainen, P. A. (2003) 3 year follow-up study of health care students' sense of coherence and related smoking, drinking and physical exercise factors. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 40, 383–388.
- LaMar, D. F. (1992) *Transcending turmoil – Survivors of dysfunctional Families*. New York: Insight Books.
- Languis, A. (1995) *Quality of life in a group of patients with oral and pharyngeal cancer – Sense of coherence, functional status and well-being*. Stockholm: Karolinska institutet. Akademisk avhandling.

- Langius, A., Björvell, H., & Antonovsky, A. (1992) The sense of coherence concept and its relation to personality traits in Swedish samples. *Scandinavian Journal of Caring Science*, Vol. 6, 164-171.
- Langius, A., & Björvell, H. (1993) Coping ability and functional status in a Swedish population sample. *Scandinavian Journal of Caring Science*, Vol. 7, 3-10.
- Langius, A., Björvell, H., & Lind, M. (1994) Functional status and coping in patients with oral and pharyngeal cancer before and after surgery. *Head & Neck*, Vol. 16, 559-568.
- Langius, A., & Björvell, H. (1996) Den salutogena modellen och användningen av KASAM-formuläret i omvårdnadsforskning: En metodredovisning. *Vård i Norden*, Vol. 16, 28-32.
- Langius, A., & Björvell, H. (1998) Den salutogena modellen och användningen av KASAM-formuläret i omvårdnadsforskning: En metodredovisning. I Kumlin, T. (red.). *Känsla av Sammanhang i teori, empiri och kritik*. Rapport 98:9, Forskningsrådsnämnden.
- Larson, J., Franzén-Dahlin, Å., Billing, E., Arbin, M., Murray, V., & Wredling, R. (2005) Predictors of quality of life among spouses of stroke patients during the first year after the stroke event. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 19, 439-445.
- Larsson, P. A., Möller, A. Karlsson, I., Stolz-Löfgren, M., Pettersson, G., Berglin William-Olsson E., & Shapiro, P. A. (1994) Toward a model for quality assessment in heart transplantation. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, Vol. 10, 306-312.
- Larsson, G. (2001) Structural equation modeling--A new tool for psychologists. In Columbus, F. (red.) (2001) *Advances in psychology research*, Vol. III (171-189). Hauppauge, NY, US: Nova Science Publishers, Inc.
- Larsson, G., & Kallenberg, K. O. (1996) Sense of coherence, socio-economic conditions and health. Interrelationships in a nation-wide Swedish sample. *European Journal of Public Health*, Vol. 6, 175-180.
- Larsson, G., & Kallenberg, K. (1999) Dimensional analysis of sense of coherence using structural equation modeling. *European Journal of Personality*, Vol. 13, 51-61.
- Larsson, G., & Setterlind, S. (1990) Work load/work Control and Health: Moderating effects of heredity. self-image, coping and health behaviour. *International Journal of Health Sciences*, Vol.1-2, 79-88.

- Lee, J. W., Jones P. S., Mineyama, Y., & Zhang, X. E. (2002) Cultural differences in responses to a Likert scale. *Research in Nursing and Health*, Vol. 25, 295–306.
- Leksell, J. K., Wikblad, K. F., & Sandberg, G E. (2005) Sense of coherence and power among people with blindness caused by diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, Vol. 67, 124-129.
- Levert, T., Lucas, M., & Ortlepp, K. (2000) Burnout in psychiatric nurses: Contributions of the work environment and a sense of coherence. *South African Journal of Psychology*, Vol. 30, 36-44.
- Lewis, S. L., Campell, M. A., Beckett, P. J., Cooper, C. L., Bonner, P. N., & Hunt, W. C. (1992) Work stress, burnout, and sense of coherence among dialysis nurses. *ANNA Journal*, Vol. 12, 545-553.
- Lewis, S. L., Bonner, P.N., Campell, M. A., Cooper, C. L., & Willard, (1994) Personality, stress, coping, and sense of coherence among nephrology nurses in dialysis settings. *ANNA Journal*, Vol. 21, 325-336.
- Lindström, U. (1998) *Levande Läkare. Vad behöver allmänläkare för att känna sig levande i sin yrkesutövning?* Lund: Studentlitteratur.
- Linley, P. A., Joseph, S., & Loumidis, K. (2005) Trauma work, sense of coherence, and positive and negative changes in therapists. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol. 74, 185-188.
- Lundblad, A-M., & Hansson, K. (2005) Relational problems and psychiatric symptoms in couple therapy. *International Journal of Social Welfare*, Vol. 14, 256-264.
- Lundblad, A-M. (2005) *Kärlek och hälsa. Parbehandling i ett folkhälso-perspektiv*. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. NHV-rapport 2005:1. Akademisk avhandling.
- Lundberg, O., & Nyström Peck, M. (1994) Sense of coherence, social structure and health. Evidence from a population survey in Sweden. *European Journal of public health*, Vol. 4, 252-257
- Lundberg, O., & Nyström Peck, M. (1995) A simplified way of measuring sense of coherence: experiences from a population survey in Sweden. *European Journal of Public Health*, Vol. 5, 56-59.
- Lundman, B., & Norberg, A. (1993) The significance of a sense of coherence for subjective health in persons with Insulin-dependent Diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 18, 381-386.
- Lundqvist, G. (2005) *Childhood sexual abuse. Womens' mental and social health before and after group therapy*. Lund University: Department of Child and Adolescent Psychiatry. Akademisk avhandling.

- Lundqvist, T. (1995a) Chronic cannabis use and the sense of coherence. *Life Sciences*, Vol. 56, 2145-2150.
- Lundqvist, T. (1995b) *Cognitive dysfunctions in chronic cannabis users observed during treatment – an integrative approach*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International. Akademisk avhandling
- Luthar, S. S., & Zigler, E. (1991) Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 6, 6-22.
- Luthar, S. S., Burrack, J. A., Cicchetti, D., & Weisz, J. R. (1997) *Developmental psychopathology – perspectives on adjustment, risk, and disorder*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Luthar, S. S. (red.) (2003) *Resilience and vulnerability. Adaption in the context of childhood adversities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- McCabe, R., Saidi, M., & Priebe, S. (2007) Patient-reported outcomes in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, Vol. 191, 21-28.
- Maddi, S. R., & Khoshaba, D. M. (2005) *Resilience at work: How to succeed no matter what life throws at you*. New York: Amacom.
- Malterud, K., & Hollnagel, H. (1999) Encouraging the strengths of women patients. – A case study from general practice on empowering dialogues. *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 27, 254-259.
- Margalit, M. (1999) *How I feel? A childrens orientation scale*. Tel Aviv University, School of education. Paper.
- Maslach, C. (1982) *Burnout – the cost of caring*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall
- Maslach, C. & Jackson, S., & Leiter, M. (1996) *Maslach burnout inventory (research manual, 3rd ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- McSherry, W. C., & Holm, J. F. (1994) Sense of coherence: its effects on psychological and physiological processes prior to, during and after a stressful situation. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 50, 476-487.
- Medin, J., & Alexandersson, K. (2000) *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Meeuwisse, A., & Swärd, H. (2000) Vad är socialt arbete? I Meeuwisse, A., Swärd, H., & Sunesson, S. (red.). *Socialt arbete en grundbok*, s. 23-46. Stockholm: Natur och Kultur.

- Mlonzi, E. N., & Strümpfer D. J. W. (1998) Antonovsky's sense of coherence scale and 16PF second-order factors. *Social Behavior and personality*, Vol. 26, 39-50.
- Molin, A-M. (2003) Empatin inom socialtjänsten. Tendensen att individualisera problemen i en organisation knyter an till vårt förakt för svaghet. *Socionomen*, Vol. 7, 10-14.
- Monat, A., & Lazarus, R. S. (red.) (1985) *Stress and coping. An anthology*. (2nd ed.). New York: Columbia University Press.
- Monat, A., & Lazarus, R. S. (red.) (1991) *Stress and coping. An anthology*. (3rd ed.). New York: Columbia University Press.
- Moos, R. H. (1984) Context and coping: Toward a unifying conceptual framework. *American Journal of Community Psychology*, Vol. 12, 5-25.
- Morrison, I., & Clift, S. M. (2006) Mental health promotion through supported further education: The value of Antonovsky's salutogenic model of health. *Health Education*, Vol. 106, 365-380.
- Murray, H. A. (1938) *Explorations in personality*. New York: Oxford.
- Mårtensson, B. (1992) Falsifiering eller förändring genom vetenskapliga revolutioner: Popper versus Kuhn. I: Hansson, B. (red.). *Metod eller anarki. Moderna teorier om vetenskapens väsen och metoder*, s. 22-41. Lund: Lunds universitet, Filosofiska institutionen.
- Nakamura, H, Ogawa, Y., Nagase, H., Nakajima, M., Kodama, N. Ogino, K., & Ooshita, Y. (2001) Natural killer cell activity and its related psychological factor, sense of coherence in male smokers. *Journal of Occupational Health*, Vol. 43, 191-198.
- Nagy, E. (2004) *Barns känsla av sammanhang – en validitetsstudie av BarnKASAM i årskurserna 1-6 (ålder 7-12 år)*. Lunds universitet, Socialhögskolan. Magisteruppsats.
- Nilsson, B. (2002) *Vad betyder känsla av sammanhang i våra liv? Aspekter på stabilitet, kön, hälsa och psykosociala faktorer*. Umeå: Umeå University medical dissertations. Akademisk avhandling.
- Nilsson, B., Holmgren, L., & Westman, G. (2000) Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden - Gender and psychosocial differences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Vol. 18, 14-20.
- Nilsson, B., Holmgren, L., & Stegmayr, B. (2003) Sense of coherence—stability over time and relation to health, disease, and psychosocial changes in a general population: a longitudinal study. *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 31, 297–304.

- Nilsson, I., Axelsson, K., Gustafson, Y., Lundman, B., & Norberg, A. (2001) Well-being, sense of coherence, and burnout in stroke victims and spouses during the first few months after stroke. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 15, 203-214.
- Nyamathi, A. M. (1993) Sense of Coherence in Minority Women at Risk for HIV infection. *Public Health Nursing*, Vol. 10, 151-158.
- Ogden, J. (2004) *Health psychology – a textbook* (3rd ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Ogden, T. (1991) Motstandsdyktige barn? *Nordiskt Socialt Arbete*, Vol. 1, 3-13.
- Olsson, M., Hansson, K., Lundblad, A-M., & Cederblad, M. (2006) Sense of coherence: definition and explanation. *International Journal of Social Welfare*, Vol 15, 219-229.
- Olsson, M. (2007) *Unga vuxna med en historia av uppförandestörning – en långtidsuppföljning med ett salutogent och ekologiskt perspektiv*. Lunds Universitet: Lund Dissertations in Social Work. Akademisk avhandling.
- Olsson, M., Gassne, J., & Hansson K. (2007) Do different scales measure the same construct? The sense of coherence scales as an example. (*in-sänt för publicering*)
- Ortlepp, K., & Friedman, M. (2001) The relationship between sense of coherence and indicators of secondary traumatic stress in non-professional trauma counsellors. *South African Journal of Psychology*, Vol 31, 38-45.
- Ortlepp, K., & Friedman, M. (2002) Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counsellors. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 15, 213-222.
- Pallant, J. F., & Lae, L. (2002) Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences*, Vol. 33, 39-48.
- Payne, M. (2005) *Modern social work theory* (3rd ed.). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Perris, C. (1986) *Kognitiv terapi i teori och praktik*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Persson, L., & Petrovic, U. (1992) Tonåringar. Högstadiungdomars förmåga att fungera självständigt och deras känsla av sammanhang. *Lunds universitet, Socialhögskolan*. C - uppsats.

- Persson, L., Larsson, G., Ohlsson, O., & Hallberg, I. R. (2001) Acute leukaemia or highly malignant lymphoma patients' quality of life over two years: A pilot study. *European Journal of Cancer Care*, Vol. 10, 36-47.
- Pervin, L. A., & John, O. P. (1997) *Personality - theory and research* (7th ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Plomin, R. (1983) Childhood temperament. *Advances in Clinical Child Psychology*, Vol. 6, 45-92.
- Plomin, R., Pedersen, N. L., McClearn, G. E., Nesselroede, J. R., & Bergeman, C. S. (1988) EAS temperaments during the last half of the life span: Twins reared apart and twins reared together. *Psychol Aging*, Vol. 3, 43-50.
- Polewka, A., Chrostek-Maj, J., & Kroch, S. (2001) Psychosocial aspects of the suicidal attempts of Polish females. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, Vol. 3, 51-60.
- Poppius, E., Tenkanen, L., Kalimo, R., & Heinsalmi, P. (1999) The sense of coherence and the risk of coronary heart disease in the Helsinki Heart Study. *Social Science & Medicine*, Vol. 49, 109-120.
- Poppius, E., Tenkanen, L., Hakama, M., Kalimo, R., & Pitkänen, T. (2003) The sense of coherence, occupation and all-cause mortality in the Helsinki Heart Study. *European Journal of Epidemiology*, Vol 18, 389-393.
- Pålsson, M-B., Hallberg, I. R., Norberg, A., & Björvell, H. (1996) Burn-out, empathy and sense of coherence among Swedish district nurses before and after systematic clinical supervision. *Scandinavian Journal of Caring Science*, Vol. 10, 19-26.
- Ramfelt, E., Langius, A., Björvell, H., & Nordström, G. (2000) Treatment decision and its relation to the sense of coherence and the meaning of the disease in a group of patients with colorectal cancer. *European Journal of Cancer Care*, Vol. 9, 158-165.
- Read, S., Aunola, K., Feldt, T., Leinonen, R., & Ruoppila, I. (2005) The relationship between generalized resistance resources, sense of coherence, and health among finnish people aged 65-69. *European Psychologist*, Vol. 10, 244-253.
- Reker, G. T. (1992) *Manual of the life attitude profile-revised*. Peterborough, ON: Student Psychologists Press.

- Reker, G. T., & Fry, P. S. (2003) Factor structure and invariance of personal meaning measures in cohorts of younger and older adults. *Personality & Individual Differences*, Vol. 35, 977-993.
- Richardson, A., Adner, N., & Nordström, G. (2001) Persons with insulin-dependent mellitus: acceptance and coping ability. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 33, 758-763.
- Richardson, C. G., & Ratner, P. A. (2005) Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health. *Journal of epidemiology and community health*, Vol. 59, 979-984.
- Riesman, D. (1999) *Den ensamma massan*. Lund: Arkiv förlag.
- Rogers, C. R. (1951) *Client-Centred Therapy*. London: Constable.
- Rolf, J., Masten, A. S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K. H., & Weintraub, S. (red.). (1990) *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. New York: Cambridge University Press.
- Rosenbaum, M. (1983) Learned resourcefulness as a behavioural repertoire for the self-regulation of internal events: Issues and speculations I: Rosenbaum, M., Franks, C. M., & Jaffe, Y. (red.). *Perspectives on behavior therapy in the eighties*. New York: Springer.
- Rotter, J. B. (1954) *Social Learning and Clinical Psychology*. New York: Prentice Hall.
- Rotter, J. B. (1966) *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. Psychological Monographs 80, 1.
- Rutter, M. (1990) Psychosocial resilience and protective mechanisms. I: Rolf, J., Masten, A. S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K. H., & Weintraub, S. (red.) (1990). *Risk and protective factors in the development of psychopathology*, s. 181-214. New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M., Moffit, T. E., & Caspi, A. (2006) Gene – environment interplay and psychopathology: multiple varieties but real effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 47, 226-261.
- Rutter, M. (2007) Gene - environment interdependence. *Developmental Science*, Vol, 10, 12-18.
- Rydén, O., & Stenström, U. (2000) *Hälsopsykologi: psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*. Stockholm: Bonnier utbildning.
- Sagy, S., & Antonovsky, A. (1998) The family sense of coherence and the retirement transition. I: McCubbin, H. I., Thompson E. A., Thompson, A. I., & Fromer J. E (1998). *Sense of coherence and resiliency stress, coping and health*, s. 207-226. London: Sage.

- Sagy, S., Antonovsky, A., & Adler, I. (1990) Explaining life satisfaction in later life: The sense of coherence model and activity theory. *Behavior, Health, and Aging*, Vol. 1, 11-25.
- Sagy, S., & Antonovsky, H. (2000) The development of the sense of coherence: A retrospective study of early life experiences in the family. *Journal of Aging and Human Development*, Vol. 51, 155–166.
- Salmela-Aro, K. (1992) Struggling with self: The personal projects of students seeking psychological counselling. *Scandinavian Journal of Psychology*, Vol. 33, 330-338.
- Salzberger-Wittenberg, I. (1994) *Psykoanalytiskt tänkande och socialt behandlingsarbete*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Sammallahti, M. J. H., Komulainen, E. J., & Aalberg, V. A. (1996) Comparing two self-report measures of coping- The Sense of Coherence Scale and The Defence Style Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 52, 517-524.
- Sandell, R., Blomberg, J., & Lazar, A. (1998) The factor structure of Antonovsky's sense of coherence scale in Swedish Clinical and nonclinical samples. *Personality & Individual Differences*, Vol. 24, 701-711.
- Sandén-Eriksson, B. (2000) Coping with type-2 diabetes: the role of sense of coherence compared with active management. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 31, 1393-1397.
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1993) The measurement of burnout: A review. I: Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek. T. (red.) *Professional burnout; Recent developments in theory and research*, s. 199-205. New York: Hemisphere.
- Schiepek, G., Noichl, F., Honermann, H., & Elbing, E. (2001) Stationäre rehabilitation alkoholabhängiger patienten – Evaluation eines systemischressourcenorientierten konzepts. *Psychotherapeut*, Vol. 46, 243-251.
- Schumann, A., Hapke, U., Meyer, C., Rumpf, H-J., & John, U. (2003) Measuring Sense of Coherence with only three items: A useful tool for population surveys. *British Journal of Health Psychology*, Vol. 8, 409-421.
- Seligman, M. E. (1975) *Hjälplöshet. Om depression, utveckling och död*. Stockholm: Aldus.
- Sewpaul, V., & Jones, D. (2004) Global standards for social work education and training. *Social Work Education*, Vol. 23, 493-513.

- Shiu, A. T.-Y. (1998) The significance of sense of coherence for the perceptions of task characteristics and stress during interruptions amongst a sample of public health nurses in Hong Kong: Implications for nursing management. *Public Health Nursing*, Vol. 15, 273-280.
- Shiu, A. T.-Y. (2004) Sense of coherence amongst Hong Kong Chinese adults with insulin-treated type 2 diabetes. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 41, 387-396.
- Singh-Manoux, A., Martikainen, P., Ferrie, J., Zins, M., Marmout, M., & Goldberg, M. (2006) What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 60, 364-372.
- Sjöström, H., Langius-Eklöf, A., & Hjertberg, R. (2004) Well-being and sense of coherence during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, Vol. 83, 1112-1118.
- Skirka, N. (2000) The relationship of hardiness, sense of coherence, sports participation, and gender to perceived stress and psychological symptoms among college students. *Journal of Sports Medicine & Physical Fitness*, Vol. 40, 63-70.
- Skärsäter, I., Langius, A., Ågren, H., Häggström, L., & Dencker, K. (2005) Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: A one-year prospective study. *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol. 14, 258-264.
- Smith, T. L., & Meyer, L. S. (1997) The sense of coherence: Its relationship to personality, stress, and health measures. *Journal of Social Behavior and Personality*, Vol. 12, 513-527.
- Smith, P. M., Breslin, F. C., & Beaton, D. E. (2003) Questioning the stability of sense of coherence: The impact of socio-economic status and working conditions in the Canadian population. *Journal Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, Vol. 38, 475-484.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2005) *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Sommer, D. (1997) *Barndomspsykologi – utveckling i en förändrad värld*. Stockholm: Runa förlag.
- SPSS Inc. (2003) *SPSS for Windows statistical software*, Release 12.0.1. Chicago, Illinois.
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984) The domain of developmental psychopathology. *Child development*, Vol. 55, 17-29.

- Stroufe, L. A. (1985) Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationship and temperament. *Child Development*, Vol. 56, 1-14.
- Starrin, B., Jönsson, L. R. & Rantakeisu, U. (2001) Sense of coherence during unemployment. *International Journal of Social Welfare*, Vol. 10, 107-116.
- Statistiska centralbyrån, SCB (1982) *Socioekonomisk indelning (SEI)*. Stockholm: Meddelande i samordningsfrågor, 1982:2.
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006) The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 52, 80-93.
- Stern, D N. (2005) *Ögonblickets psykologi - om tid och förändring i psykoterapi och vardagsliv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Stevenson, L. (1986) *Sju teorier om människans natur*. Helsingborg: Forum.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (1995) *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Strümpfer, D. J. W. (1990) Salutogenesis: A new paradigm. *South African Journal of Psychology*, Vol. 20, 265-276.
- Strümpfer, D. J. W., & Danana, N. (1998) Personality dispositions and job satisfaction. *South African Journal of Psychology*, Vol. 28, 92-101.
- Strümpfer, D. J. W., Gouws, J. F., & Viviers, M. R. (1998a) Antonovsky's sense of coherence scale related to negative and positive affectivity. *European Journal of Personality*, Vol. 12, 457-480.
- Strümpfer, D. J. W., Viviers, M. R. & Gouws, J. F. (1998b) Item-phrasing in Antonovsky's sense of coherence scale related to negative and positive affectivity. *Personality & Individual Differences*, Vol. 12, 669-675.
- Strümpfer, D. J. W. (2006) The strengths perspective: Salutogenesis in adult life. *Social Indicators Research*, Vol. 77, pp. 11-36.
- Sullivan, G. C. (1989). Evaluating Antonovsky's salutogenic model for its adaptability to nursing. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 14, 336-342.
- Sullivan, G. C. (1993) Towards clarification of convergent concepts: sense of coherence, will to meaning, locus of control, learned helplessness and hardiness. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 18, 1772-1778.

- Sundelin, J. (1999) *Intensive family therapy: a context for hopes put into practice*. Lund University, Department of Child and Youth Psychiatry. Akademisk avhandling.
- Suominen, S., Helenius H., & Blomberg H. (2001) Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. Results of 4 years of follow-up of adults. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol 50, 77–86.
- Svartvik, L., Lidfeldt, J., Nerbrand, C., Samsioe, G., Scherstén, B., & Nilsson, P. M. (2000) Dyslipidaemia and impaired well-being in middle-aged women reporting low Sense of Coherence: The Women's Health in the Lund Area (WHLA) Study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Vol. 18, 177-182.
- Svenska Akademien. (2006) *Svenska Akademiens ordlista över svenska språket*. Stockholm: Nordstedts Akademiska Förlag.
- Svensson, B. (1996) *Punkare, jonkare och andra – med narkotikan som följeslagare*. Stockholm: Carlsson Bokförlag. Akademisk avhandling.
- Söderberg, S., & Evengård, B. (2001) Short-Term group therapy for patients with chronic fatigue syndrome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol. 70, 108-111
- Söderfeldt, M. (1997) *Burnout*. Lunds universitet, Meddelande från Socialhögskolan nr 1997:2. Akademisk avhandling.
- Söderfeldt, M., Söderfeldt B., Ohlson C-G., Theorell T., & Jones I. (2000) The impact of sense of coherence and high-demand/low-control job environment on self-reported health, burnout and psychophysiological stress indicators. *Work & Stress*, Vol. 14, 1-15.
- Söderhamn, O., & Holmgren, L. (2004) Testing Antonovsky's sense of coherence (SOC) scale among Swedish physically older people. *Scandinavian Journal of Psychology*, Vol. 45, 215-221.
- Taylor, J. (2004) Salutogenesis as a framework for child protection: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 45, 633-643.
- Taylor, S. E. (2006) *Health psychology* (6th ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- Ternelius, A-L, Ohlsson, A., & Henriksson, B-M. (2007) *Tillsyn av socialsekreterares arbetsmiljö 2005-2006*. Stockholm: Arbetsmiljöverket, projektrapport CTO 2007/32969.
- Thomas, C. B. (1981) Stamina: The thread of human life. *Journal of Chronic Diseases*, Vol. 34, 41-44.
- Thorell-Ekstrand, I., & Björvell H. (1993) Preparedness for clinical nursing education. *Scandinavian Journal of Caring Science*. Vol. 8, 17-24.

- Tibblin, G., Tibblin, B., Peciva, S., Kullman, S., & Svärdsudd, K. (1990) The Goteborg Quality of Life Instrument – An assessment of well-being and symptoms among men born 1913 and 1923. Methods and validity. *Scandinavian Journal Primary Health Care Supplement*, Vol. 1, 33-38.
- Tishelman, C. (1993) *Making sense of sickness experience. Cancer patients' perspectives on their sickness and care in urban Sweden. Aspects of relevance for nursing*. Stockholm: Karolinska Institutet. Akademisk avhandling.
- Tishelman, C. (1996) Några kritiska reflektioner över vårt okritiska bruk av mätinstrument: Exemplet Känsla av Sammanhang frågeformuläret. *Vård i Norden*, Vol. 1, 33-37.
- Trotter, C. (2006) *Working with involuntary clients – a guide to practice*. London: Sage Publications.
- Tselebis, A., Moulou, A., & Ilias, I. (2001) Burnout versus depression and sense of coherence: Study of Greek nursing staff. *Nursing and Health Sciences*, Vol. 3, 69-71.
- Tsuno, Y. S., & Yamazaki, Y. (2007) A comparative study of Sense of Coherence (SOC) and related psychosocial factors among urban versus rural residents in Japan. *Personality & Individual Differences*, Vol. 43, 449-461.
- Undén, A-L., & Elofsson, S. (1998) *Självupplevd hälsa: Faktorer som påverkar människors egen bedömning*. Stockholm: Forskningsrådsnämnden, 1998:7.
- Uren, T., & Wastell, C. (2002) Attachment and meaning-making in perinatal bereavement. *Death Studies*, Vol. 26, 279-308.
- Walsh, F. (1993) *Normal family processes*. New York: Guilford Press.
- Walsh, F. (1996) The concept of family resilience. Crises and challenge. *Family Process*, Vol. 35, 261-281.
- Walsh, F. (1998) *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press.
- Veenstra, M., Moum, T., & Røysamb, E. (2005) Relationships between health domains and sense of coherence: A two-year cross-lagged study in patients with chronic illness. *Quality of Life Research*, Vol. 14, 1455-1465.
- Werner, E. E. (1989) High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 59, 72-81.

- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982) *Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*. New York: McGraw-Hill.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992) *Overcoming the odds*. Ithaca and London: Cornell University Press.
- Wettergren, L., Björkholm, M., Axdorph, U., & Langius-Eklöf, A. (2004) Determinants of Health-Related Quality of Life in Long-Term Survivors of Hodgkin's Lymphoma. *Quality of Life Research*, Vol. 13, 1369-1379.
- White, R. W. (1985) Strategies and adaptations: An attempt at systematic description. I: Monet, A. & Lazarus, R. S. (red.). *Stress and coping. An anthology*. (2nd ed.), s. 121-143. New York: Columbia University Press.
- Ville, I., & Khat, M. (2007) Meaning and coherence of self and health: An approach based on narratives of life events. *Social Science & Medicine*. Vol. 64, 1001-1014.
- Vinnerljung, B. (1996) *Fosterbarn som vuxna*. Lund: Arkiv. Akademisk avhandling.
- Winnicott, D. W. (1981) *Lek och verklighet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Winnicott, D. W. (1994) *Ord till föräldrar*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Virtanen, P., & Koivisto, A-M. (2001) Wellbeing of professionals at entry into the labour market: a follow up survey of medicine and architecture students. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 55, 831-835.
- Volanen, S-M., Lahelmaa, E., Silventoinen, K., & Suominen S. (2004) Factors contributing to sense of coherence among men and women. *European journal of public health*, Vol. 14, 322-330.
- Wolff, A. C., & Ratner, P. A. (1999) Stress, social support, and sense of coherence. *Western Journal of Nursing Research*, Vol. 21, 182-197.
- Yalom, I. D. (1980) *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yalom, I. D. (2002) *Terapins gåva*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Ying, Y. W., Akutsu, P. D., Zhang, X., & Huang, L. N. (1997) Psychological dysfunction in southeast Asian refugees as mediated by sense of coherence. *American Journal of Community Psychology*, Vol. 25, 839-859.
- Ying, Y. W., Lee, P. A., & Tsai, J. L. (2000) Cultural orientation and racial discrimination predictors of coherence in Chinese American young adults. *Journal of Community Psychology*, Vol. 28, 427-442.

- Ying, Y.-W., Lee, P. A., Tsai, J. L., Hung, Y., Lin, M., & Wan, C. T. (2001) Asian American college students as model minorities: An examination of their overall competence. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, Vol. 7, 59-74.
- Ying, Y.-W., Lee, P. A., & Tsai, J. L. (2007) Predictors of depressive symptoms in Chinese American college students: Parent and peer attachment, college challenges and sense of coherence. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 77, 316-323.

Summary

This thesis in social work focuses on the salutogenic concept developed in Antonovsky's book *Health, Stress and Coping* in 1979. *Salutogenesis*, the origin of health, was claimed to be a complement to the pathogenic perspective that dominated western medicine. While *pathogenesis* focuses on the origin of diseases/illness, *salutogenesis* focuses on how come people, in spite of all the difficulties that life brings, recover or stay well. This approach does not classify illness as a deviation thus large parts of the population in industrialised societies have some morbid pathological condition. Stressors are regularly present, but they can be perceived as pathogenic, neutral, or salutogenic. Stressors are considered as open-ended in their consequences. Stressors might have positive effects on health if they can be perceived as challenges worth an investment. Absence of stressors can also have negative health consequences. A bio-psycho-social perspective is stressed focusing on the interaction between the individual and her environment. Factors from this perspective might act as buffers against stressors, but also contribute to health. Salutogenesis attempts to answer the following salutary question: "Why are people located toward the positive end of the health ease/dis-ease continuum, or why do they move toward this end, whatever their location at any time?" (Antonovsky 1987, p. xii). Antonovsky's answer to the question was *sense of coherence* (SOC):

... a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli deriving from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement. (Antonovsky 1987, p. 19)

Psychosocial generalized resistance resources and resistance deficits (GRR-RD) contribute to life experiences that are conducive to a stronger or weaker SOC (Antonovsky 1987): "... GRR by definition creates life experiences characterized by consistency, participation in shaping outcome, and an underload-overload balance..." (Antonovsky 1987, p. 28). GRRs include wealth, ego-strength, high self-esteem, and cultural stable environment.

SOC was described as a global orientation not a coping strategy in itself. It contributes, depending on the level of SOC for the individual, to how flexible coping strategies are chosen. SOC is divided into three levels: weak, moderate, and strong. The sense of coherence concept was operationalized in the *Quality of life Questionnaire*, most often referred to as *The Sense of Coherence Scale* (SOC-29). The questionnaire contains 29 items that address to what extent the respondent perceives her life as *comprehensible*, *manageable*, and *meaningful*. This thesis focuses on what is being measured with *The Sense of Coherence Scale*.

Research questions

Research questions were chosen after a review of previous research that used *The Sense of Coherence Scale* in Sweden and internationally. The number of items used differs in earlier research. Attention has mainly been paid to research using the 29-item or the 13-item construct developed by Antonovsky in 1987. Earlier research has been presented from clinical as well as non-clinical groups. Focus in this study has been on research with non-clinical groups, social work students, and qualified social workers.

There are five research questions in the thesis focusing on the 29 item version of *The Sense of Coherence-scale* (SOC-29):

1. Factor structure and reliability of SOC-29.
2. Stability over periods exceeding 1 year. Does the level of sense of coherence, as measured with the scale, stabilize at about the age of 30? Are their differences in stability depending on weak, moderate, or strong SOC-29?
3. SOC-29 as a predictor and measure of effect. Can SOC-29 be used to predict whether students will pass the academic social work education? Does the education show significant changes in SOC-29 levels from the beginning of one's education through graduation?
4. SOC-29 related to socio-demographic variables such as socioeconomic position, gender, age, and culture.
5. SOC-29 in relation to constructs measuring: temperament, empathy, health, control, motivation, working conditions, burnout, self-perceived competence, and social support.

Methods

Social work students and qualified social workers participated by answering SOC-29 together with socio-demographic variables and sets of questionnaires addressing different constructs. Longitudinal data has been collected from students and qualified social workers over 4, 5, and 11 years. The total number of participants was 764 individuals. The participants came from different groups: 184 were 1st year social work students from England and 389 were 1st year students from Sweden. Qualified social workers were represented by 119 respondents working with child protection. Another 76 qualified social workers at hospitals and health care centres participated as well. From the later group, 52 participated after 5 years providing longitudinal data. From the group of 1st year students in Sweden, 112 participated in a longitudinal study over 11 years.

The following Questionnaires have been used:

- SOC-29, *Quality of Life Questionnaire / Sense of Coherence Scale*, measuring sense of coherence. (Antonovsky 1987).
- The EAS-scale, *Emotionality, Activity and Sociability Scale*, measuring multidimensional perspectives on temperament (Buss & Plomin 1984).
- CMPS, *Cesarec-Marke Personality Scheme*, measuring multidimensional psychogenic needs (Cesarec & Marke 1968).
- *The Reactivity-index*, measuring empathy as a multidimensional concept (Davis 1980, 1996).
- MLQ, *The Meaning in Life Questionnaire*, measuring search for meaning and presence of meaning (Steger et al. 2006)
- SRH and SRH-age, *Self-rated Health* and *Self-rated Health-age*, measuring self-rated health using one question (Idler & Benyamini 1997).
- QoL, *Gothenburg Quality of Life Questionnaire*, measuring self-rated conception of quality of life and reports on health symptoms (Tibblin et al. 1990).
- LoC, *Locus of Control*, measuring perceived control (Rotter 1966).
- ASK, *a questionnaire to measure workload, social support, control and expertise*, measuring work related aspects (Hovmark & Thomsson 1995; Gustle et al. 2007).
- MBI, *Maslach Burnout Inventory*, measuring work related burnout (Maslach et al. 1996).

- Question of perception of others – friends, colleagues, managers, politicians, representatives from the media and the public opinion – on the social workers competence (Baker et al. 1997).

To summarize and compare results, frequencies, factor analysis, bivariate analysis (t-test), correlation, and multiple regression analysis were used. All analyses were gender specific. Databases were constructed and statistical analyses were made using SPSS 12 software.

Results

Summary of the results are presented as answers to the five questions above.

1st question - Factor analysis shows that the Sense of Coherence Scale measures a global concept without subscales. In theory Sense of Coherence contains three components: *Comprehensibility*, *Manageability*, and *Meaningfulness*. These components do not turn up empirically in the operationalized concept, a result that confirms Antonovsky's intention with the SOC-scale as well as results from previous research. The scale shows high reliability measured in homogeneity analysis. Cronbach's Alpha was .90. Item 10, 11, and 17 contribute significantly less and seem to measure something else than the rest of the items. These items are not included in the 13-item version of the scale. Test-retest for one week was $r = .89$ ($p < .001$) and for a year $r = .84$ ($p < .001$). SOC-29 shows high reliability, but the instrument can be developed.

2nd question - Results from the longitudinal studies show that SOC-29 is not stable for the participating groups over longer periods, more than one year. Significant changes over 4, 5, and 11 years have been noticed. No differences of stability can be noted that are related to whether the respondent is younger or older than 30 years on baseline or whether they exceed 30 years or not before the follow-up. There is no evidence for differences in stability depending on weak, moderate, or strong SOC-29.

3rd question - The participating social work students in Sweden change significantly their mean level of sense of coherence as measured with SOC-29 from the beginning of their education to the achievement of the degree as qualified social workers. Social work students' level of SOC-29 at the

start of their education does not predict whether they will or will not finish their bachelor's degree in social work and become certified as a Qualified Social Worker. Nor can the level of SOC-29 predict students' later choice of courses during their education that have been defined as more or less challenging to the students' sense of coherence.

4th question - The results from the participating groups do not show any differences in SOC-29 that can be related to socio-demographic variables such as socioeconomic position, gender, or age. However, married or registered partnership qualified social workers had significant stronger SOC-29 than those living together with a partner or being single.

Antonovsky's (1991) suggestion that sense of coherence and the SOC-29 is independent of culture is not supported. After analyzing mean scores for SOC-29 and SOC-13 between similar groups in different cultures, significant differences occur. Mean scores from general population studies as well as clinical groups in different countries show significant different patterns that are hard to explain. The sense of coherence concept measured with SOC-29 or SOC-13 seems not to be as culturally independent as Antonovsky suggested.

5th question - SOC-29 in relation to constructs measuring *temperament, empathy, health, control, motivation, working conditions, burnout, self perceived competence, and social support*. SOC-29 has mainly strong significant correlations with instruments measuring *Negative/Positive affect, Neuroticism, and Quality of life*. A stepwise multiple regression analysis was performed on data from a group of social work students. SOC-29 was the dependent variable and measures for *temperament, psychogenic needs, control, empathy, burnout, and control* the independent variables. Variables measuring *Distress, Negative affect* explained about 40% of the variance in SOC-29. Instruments measuring *Self-perceived health* explained 65% of the variance of SOC-29 for a group of qualified social workers when other variables are not included. When the instrument measuring *Quality of life* was included in the analysis, 44% of the variance was explained by this concept. Other variables such as *emotional exhaustion* measured with MBI as well as ASK, the other work related instrument measuring *work climate, work demands, work load, social support and expertise*, did not contribute to the explained variance.

Sense of coherence measured with SOC-29 seems for the participating groups of social work students and QSW to highly correlate with levels of *Negative* and *Positive affect* as well as self-reported *Quality of life*.

Limitations

The respondents are not representative for a general population. The participants were students and social workers with an academic degree. A gender bias must be considered since a majority of the participants were female. Comparing results in relation to gender has been limited.

Conclusions

Salutogenesis is a perspective that focuses on factors and processes contributing to health and health promoting activities. The purpose of social work is to enhance people's well-being. Health is an important part of well-being and the salutogenic perspective can contribute to social work theory and have consequences for social work practice.

Sense of coherence seems to be an important concept and the operationalized instrument, the sense of coherence-scale, can and has been used to evaluate social work interventions, treatment programs, and education.

The salutogenic perspective and the sense of coherence concept can contribute to the development of social work education. The education can pay more attention to generalized resistance resources and how they can contribute to help people handle problems and difficulties. Sense of coherence is not a stable trait. It has been proved to change significantly for students during their social work education. The sense of coherence concept and the instrument can be used in social work education, demonstrating how these kinds of measures can be used to develop and evaluate social work practice.

Lund Dissertations in Social Work

1. Svensson, Kerstin (2001) *I stället för fängelse? En studie av vårdande makt, straff och socialt arbete i frivård*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
2. Jönson, Håkan (2001) *Det moderna åldrandet. Pensionsorganisationernas bilder av äldre 1941-1995*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
3. Habermann, Ulla (2001) *En postmoderne helgen? Om motiver til frivillighed*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
4. Jarhag, Sven (2001) *Planering eller frigörelse? En studie om bemyndigande*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
5. Tops Dolf (2001) *A society with or without drugs? Continuity and change in drug policies in Sweden and the Netherlands*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
6. Montesino, Norma (2002) *Zigenarfrågan. Intervention och romantic*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
7. Nieminen Kristofersson, Tuija (2002) *Krisgrupper och spontant stöd – om insatser efter branden i Göteborg 1998*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
8. Laanemets, Leili (2002) *Skapandet av feminititet – om kvinnor i missbrukarbehandling*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
9. Magnusson, Jan (2002) *Ny situation – ny organisation. Gatutidningen Situation Sthlm 1995-2000*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
10. Johnsson, Eva (2002) *Självordsförsök bland narkotikamissbrukare*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
11. Skytte, Marianne (2002) *Anbringelse af etniske minoritetsborn – om socialarbejderes vurderinger of handlinger*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
12. Trulsson, Karin (2003) *Konturer av ett kvinnligt fält. Om missbrukande kvinnors möte i familjeliv och behandling*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
13. Bangura Arvidsson, Maria (2003) *Ifrågasatta fäder – Olika bilder av fäder till socialt utsatta barn*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.

14. Jönsson, Leif, R. (2003) *Arbetslöshet, ekonomi och skam. Om att vara arbetslös i dagens Sverige*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
15. Ingvad, Bengt (2003) *Omsorg och relationer. Om det känslomässiga samspelet i hemtjänsten*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
16. Hedblom, Agneta (2004) *Aktiveringspolitikens Janusansikte. En studie av differentiering, inklusion och marginalisering*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
17. Blomberg, Staffan (2004) *Specialiserad biståndshandläggning inom den kommunala äldreomsorgen. Genomförandet av en organisationsreform och dess praktik*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
18. Granér, Rolf (2004) *Patrullerande polisens yrkeskultur*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
19. Giertz, Anders (2004) *Making the Poor Work – Social Assistance and Activation Programs in Sweden*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
20. Hjort, Torbjörn (2004) *Nödvändighetens pris. Konsumtion och knapphet bland barnfamiljer*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
21. Wolmesjö, Maria (2005) *Ledningsfunktion i omvandling. Om förändringar av yrkesrollen för första linjens chefer inom den kommunala äldre- och handikappomsorgen*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
22. Hjortsjö, Maria (2005) *Med samarbete i sikte – Om samordnade insatser och somlokaliserade familjecentraler*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
23. Elvhage, Gudrun (2006) *Projekt som retorik och praktik. Om utvecklingsarbetete på särskilda ungdomshem*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
24. Olsson, Martin (2007) *Unga vuxna med en historia av uppförandestörning – En långtidsuppföljning med ett salutogent och ekologiskt perspektiv*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
25. Panican, Alexandru (2007) *Rättighet och Rättvisa - användbarheten av rättighet och rättvisa i sociala projekt*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
26. Rankauer, Mette (2007) *At være døende hjemme- hverdagsliv och idealer*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.

27. Ulmestig, Rickard (2007) *På gränsen till fattigvård. En studie om arbetsmarknadspolitik och socialbidrag*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
28. Liedgren Dobronravoff, Pernilla (2007) *Att bli, att vara och att ha varit. Om ingångar i och utgångar ur Jehovas vittnen*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
29. Ponnert, Lina (2007) *Mellan klient och rättsystem – tvångsvård av barn och unga ur socialsekreterares perspektiv*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
30. Gassne, Jan (2008) *Salutogenes, Kasam och socionomer*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.

Salutogenes, Kasam och socionomer



Jan Gassne

LUND DISSERTATIONS IN SOCIAL WORK

Jan Gassne

Salutogenes, Kasam och socionomer

Salutogenes har rönt ett stort intresse sedan det myntades av professor Aaron Antonovsky 1978. Salutogenes fokuserar på vad som bidrar till återhämtning och hantering av livets oundvikliga problem och svårigheter. Ett salutogent perspektiv beskriver att vi befinner oss längs ett kontinuum med ytterpolerna ohälsa och hälsa. Den salutogena frågan är vad som bidrar till att vi rör oss mot hälsa oberoende var vi befinner oss längs kontinuumet vid ett visst tillfälle. Antonovskys svar på frågan var *Känsla av sammanhang, Kasam*. Nivån på *Kasam* beskrevs ha inflytande på individens förmåga att omvandla problem och svårigheter till utmaningar. Antonovsky utvecklade ett självskattningsinstrument, *Kasam-29*, med syfte att mäta individens nivå på *Känsla av sammanhang*.

Avhandlingen presenterar resultat från undersökningar med socionomstuderande och yrkesverksamma socionomer. De har besvarat *Kasam-29* och andra självskattningsinstrument. Utvecklingen av *Kasam-29* har följts över 4, 5 och 11 år.

Avhandlingen fokuserar på vad som bidrar till att förklara vad som mäts med *Kasam-29*. Frågor ställs om Antonovskys hypotes om samvariation mellan *Kasam-29* och sociodemografiska faktorer som kön, ålder, civilstånd och kultur. Stabiliteten över tid för *Kasam-29* prövas samt hur det samvarierar med resultat från andra självskattningsinstrument som är mått på temperament, empati, upplevelse av livskvalitet, hälsa mm.

Jan Gassne är socionom samt lärare och handledare i socialt arbete.