



**LUNDS**  
UNIVERSITET

INSTITUTIONEN FÖR PSYKOLOGI

EFFEKTERNA AV SJÄLVKÄNSLA OCH COPING  
PÅ UPPLEVD STRESS, MENTAL OHÄLSA, UPPLEVDA KRAV  
OCH UPPLEVD KONTROLL BLAND SJUKVÅRDSPERSONAL

**Cecilia Lundin & Rikard Wollin**

Magisterexamensuppsats ht 2002

Handledare: Anna Blom Kemdal  
Examinator: Bert Westerlundh

## **Abstract**

The increasing numbers of people who have been put on the sick list during the last years, have in several studies been related to organizational stress. The purpose of this study was to study stress, health, demands and control in relation to self-esteem and coping strategies. 71 women and six men (medical staff) completed a questionnaire with items from Brief Cope, Perceived stress scale, Rosenberg's Self-Esteem scale and General Health Questionnaire. The data showed that high self-esteem leads to lower degrees of perceived stress and higher degrees of mental health, and that self-esteem also contributes to the choice of coping strategies. Furthermore, the data showed that the choice of coping strategies has an impact on perceived stress and mental health. In contrast to former research, coping strategies focused on social support were not associated with stress and mental health.

*Key words:* Stress, mental health, self-esteem, active coping, positive reframing, self-blame, demands, influence, control.

# EFFEKTERNA AV SJÄLVKÄNSLA OCH COPING PÅ UPPLEVD STRESS, MENTAL OHÄLSA, UPPLEVDA KRAV OCH UPPLEVD KONTROLL BLAND SJUKVÅRDSPERSONAL

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid
<b>Inledning</b>	1
<b>Stress</b>	2
Stressorer	4
Stresskillnader	6
Stressreaktioner	7
<b>Hälsa</b>	8
Muskelvärk och belastningssjukdomar	9
Utbrändhet	10
Andra psykiska stressyndrom	11
Hjärt- och kärlsjukdomar	11
<b>Coping</b>	11
<b>Självkänsla</b>	14
<b>Självkänsla och stress</b>	19
<b>Självkänsla och hälsa</b>	20
<b>Självkänsla och coping</b>	21
<b>Studiens aktualitet</b>	22
<b>Syfte</b>	23

<b>Metod</b>	24
Undersökningsdeltagare	24
Material	24
Procedur	27
<b>Resultat</b>	28
Deskriptiva data	28
Krav, kontroll och stress	29
Samband mellan variabler	30
Stress och mental hälsa	31
Coping	32
Självkänsla	33
Skillnader mellan grupper	35
<b>Diskussion</b>	38
Upplevd stress och mental ohälsa	39
Coping	39
Självkänsla	41
Skillnader mellan grupper	44
Sammanfattning och förslag till framtida forskning	47
<b>Referenser</b>	49
<b>Bilagor</b>	
1. Perceived Stress Scale	1 - 2
2. General Health Questionnaire	3
3. The Rosenberg Self-Esteem Scale	4
4. Brief Cope	5 - 6
5. Krav, kontroll, stress	7 - 8
6. Bakgrundsfrågor	9

## INLEDNING

Under de senast fem-sex åren har antalet sjukskrivningar i Sverige ökat dramatiskt. Denna utveckling mot fler sjukskrivningar började redan i mitten av 1980-talet, men har accelererat kraftigt sedan mitten av 1990-talet (Arbetsmiljöverket, 2001a). Sedan 1996 har antalet personer som varit sjukskrivna 29 dagar eller mer under ett år fördubblats (Arbetslivsfakta nr 3, 2002). Långtidssjukskrivningarna (mer än 60 dagar) ökar också snabbt, liksom antalet anmälda arbetsskador och arbetssjukdomar, nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag (Arbetslivsfakta nr 1, 2002). De ökade sjukskrivningarna slår inom de flesta områden, i alla åldersgrupper och för båda könen, men ur försäkringsbolagens databaser framgår att det är främst bland tjänstemän på mellanchefsnivå samt kommun- och landstingsanställda som sjukligheten ökar, med den snabbaste ökningstakten hos kvinnorna (Åsberg, 2001).

En undersökning utförd 2001 på Arbetsmiljöverket visade att en stor del av de yrkesgrupper som uppvisar den högsta frekvensen av organisatoriskt eller socialt orsakade stresssjukdomar är verksamma inom skolan eller inom vård och omsorg. Flera orsaker kan förklara detta. Dels är medelåldern inom offentlig sektor hög vilket ökar sjuktalet då sjukskrivningar ökar med ålder (Arbetslivsfakta, nr 2, 2001; nr 1, 2002), dels har den offentliga sektorn under många år utsatts för stora besparingar utan motsvarande minskning av arbetsuppgifterna. Samtidigt finns svårigheter att rekrytera personal, vilket innebär en ökad arbetsbörda för de anställda (Arbetslivsfakta, nr 1, 2002). Anställda inom den offentliga sektorn arbetar ofta under stora krav, såväl kvantitativa som emotionella. De konfronteras dagligen med människor i behov av hjälp, där den anställde lätt hamnar i konflikt mellan viljan att hjälpa och de reella möjligheterna att hjälpa (Ohlsson, Söderfeldt, Söderfeldt, Jones & Theorell, 2001).

En av de vanligaste orsakerna till sjukskrivning är värk i nacke, axlar, armar och rygg, men de orsaker som ökar kraftigast är psykiska diagnoser såsom olika former av stressreaktioner, ångesttillstånd och depressioner (Arbetslivsfakta nr 1, 2002).

Förklaringarna till den negativa utvecklingen är flera. Fortfarande finns traditionella fysiska arbetsmiljöproblem kvar på arbetsplatserna, såsom tunga lyft, vridna arbetsställningar och buller, trots att mycket har förbättrats i takt med ökade kunskaper (Arbetslivsfakta nr 3, 2002). Parallellt med detta utsätts alltfler arbetstagare för stress på arbetsplatsen (Arbetsmiljöverket, 2001a). En särskild risk för besvär av stress i arbetslivet föreligger när

höga krav i arbetet förekommer samtidigt med låg egenkontroll och lågt socialt stöd från arbetskamrater och chefer (Arbetslivsfakta, nr 3, 2002). Dessa hårdare förhållanden har alla ökat de senaste åren (Arbetsmiljöverket, 2001a), vilket kan förklaras med en rad samhällsförändringar som skett under 1990-talet. Globalisering av marknaden, ett högre tempo, ökad konkurrens, rationaliserade organisationer och personalnedskärningar har ställt nya krav på individen att hinna med, att vara uppdaterad på det senaste, att kunna anpassa sig till nya krav och vara effektiv (Lundberg, 2002).

Inom forskningen kring stress görs försök att finna såväl omgivningsfaktorer som inre individuella faktorer vilka kan ha betydelse för hur och vem som drabbas av stressrelaterade sjukdomar. Självkänsla är en av de enskilda personlighetsgenskaper som har visat sig vara betydelsefull för stresshantering, eller coping som det också kallas (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Menaghan, 1983; Rector & Roger, 1997; 1996). Coping är en viktig ingrediens i en persons motstånd mot skadlig stress och en individs förmåga och psykologiska strategier att hantera stress, oro och ångest. (Carver et al, 2000; Levi, 2002; Orth-Gomér, 2000). Guindon (1994) menar att självkänslan har betydelse för hur individer reagerar på krav och påfrestningar på arbetsplatsen, hur de reagerar på stress, och avgör vilka copingstrategier som används. Det finns också studier som visar på att en hög självkänsla utgör en buffert i sig mellan de påfrestningar individen utsätts för och den följande stressreaktionen (Guindon, 1994; Pruessner, Hellhammer & Kirschbaum, 1999; Rector & Roger, 1997).

Denna studie handlar om stress och dess relation till mental ohälsa, självkänsla och coping. Tanken är att se vilken betydelse självkänsla och coping har för individens upplevelse av stress och mentala hälsa. Studien utfördes på sjukvårdspersonal från fyra avdelningar på Malmö Universitetssjukhus (UMAS).

### Stress

Trots att stress och dess konsekvenser givits stor uppmärksamhet under 1990-talet och ofta förklarats med de allt större kraven och förändringarna i arbetslivet, så är stress inget nytt fenomen, utan uppmärksammades och diskuterades redan för hundra år sedan (Johannisson, 2002). Vid förra sekelskiftet, i och med industrialismens genomslag, ställdes nya krav på människans prestation, flexibilitet och anpassningsbarhet. I takt med detta uppmärksammades en växande psykisk ohälsa, inte olik den vi upplever idag. Tillstånd av energibortfall, onormal trötthet och utmattningstillstånd beskrevs och diskuterades. Detta försökte läkarvetenskapen

förklara och diagnostisera efter den tidens kunskaper och kulturella värderingar, förklaringar som redan då inbegrep fenomenet stress. Idag vet vi mer än då om vad som händer när kroppen utsätts för stress, både positiv och negativ sådan. Idag benämner vi också de olika stresstillstånden på annat sätt än vid sekelskiftet, men den gemensamma nämnaren är att det då som idag – tider präglade av stark förändring – ställs krav på människan som gör att hennes förmåga pressas till bristningsgränsen. Ibland sprängs gränsen för vad hon klarar av och detta leder till allvarliga utmattnings- och/eller smärttillstånd. Rygg- och nacksmärtor, hjärt- och kärlsjukdomar, mag-tarmproblematik, fibromyalgi, kroniskt trötthetssyndrom, missbruk, utbrändhet är några av de sjukdomar eller tillstånd som uppmärksammas idag, där stress kan vara avgörande för uppkomst och utveckling (Arnetz & Ekman, 2002).

Vad är då stress och när blir den farlig? På 1930-talet började fysiologen Hans Selye använda begreppet stress för att beskriva den reaktion han såg hos djur och människor när de ställdes inför hot eller fara. Stress, menade han, var den gemensamma nämnaren i organismens reaktion på krav och utmaningar. Idag är begreppet vedertaget inom såväl medicin, biologi som psykologi, och syftar till det gaspådrag – den uppvarvning i organismen som hon svarar med vid olika typer av påfrestningar och krav (Levi, 2002). Stress kan också beskrivas som ett sätt för organismen att behålla homeostas (balans i kroppens olika organsystem), ett sätt att skydda sig när förhållanden kring individen ändras och hotar rådande situation. Stressresponsen är en kompenserande reaktion som kroppen sätter igång mot den störande effekt som kravet eller påfrestningen utgör (Lovallo, 1997). Detta stresssystem är uppbyggt för att rädda individen vid en akut fara och innebär ett flertal fysiska förändringar vars främsta syfte är överlevnad. Kroppen prioriterar att skaffa fram energi till hjärna och skelettmuskler, blodet koagulerar snabbare än i vanliga fall, individen blir mindre känslig för smärta samtidigt som aktiviteten i de återuppbyggande systemen går ner. Sår svullnar inte, blodtrycket hålls på en lagom hög nivå (Theorell, 2000). Detta gör att kroppen är på helspänn och beredd att kunna bemästra den hotande situationen. Kroppen förbereder sig på kamp eller flykt (Frankenhaeuser, 1997).

Den aktivering i kroppen som orsakas av stress är inte farlig eller skadlig i sig, utan nödvändig för att kunna prestera bättre och med hjälp av det skärpta sinnet hantera situationen på ett effektivt sätt. Denna aktivering är inte farlig så länge den är ändamålsenlig och går ner igen när ”faran är över”. Långvarig stress däremot, utan chans till återhämtning, utgör ett stort medicinskt problem (Eriksen & Ursin, 2001). Ursprungligen drogs stressreaktionen troligtvis

bara igång en eller ett par gånger per vecka för att sedan dras tillbaka när faran var över, men dagens vardagsstress kan dra igång stressreaktionen flera gånger per dag. Numera hanterar vi sällan situationen genom att fly eller slåss, då påfrestningarna idag oftare är mer psykologiska till sin natur än fysiska. Vårt uråldriga sätt att reagera på stress förbereder dock kroppen för fysisk ansträngning, vilket blivit till en nackdel för oss då vi sällan kan tackla påfrestningarna på det sättet. Trots att vi anstränger oss hårt för att bemästra dem är det vanligt att hoten och påfrestningarna finns kvar under lång tid. Då kroppen inte hinner vila och gå tillbaka till grundläge mellan påfrestningarna kan detta medföra att individen går in i ett tillstånd av kronisk stress, vilket kan ge skador på flera kroppsliga system och organ (Jeding, Hägg, Marklund, Nygren, Theorell, Vingård, 1999).

Stress är i sig ett värdeneutralt begrepp vars innebörd kan vara både positiv och negativ. Positiv stress uppkommer när den egna förmågan stämmer överens med de krav som ställs. Då motiveras vi och spurras till att lösa krävande uppgifter, vi kan även anta utmaningar som i sin tur får oss att växa (Frankenhaeuser, 1997). Denna typ av stress innefattar positiva känslor som lust, kontroll och tillfredsställelse medan negativ stress, som är den skadliga stress vi ofta menar när vi talar om stress, innefattar känslor som rädsla, osäkerhet, ilska och apati (Lovallo, 1997). Den negativa stressen uppstår ur en obalans mellan krav och förmåga, en dålig passform mellan människa och miljö (Levi, 2001).

### *Stressorer*

Det som framkallar stressreaktioner kallas för stressorer. Trots att det finns stora individuella skillnader i vad som upplevs stressande, har en rad fysiska, psykiska och sociala faktorer inom arbetslivet identifierats som stressorer vilka utlöser stressreaktioner hos en stor del av de anställda. Exempel på detta är för mycket övertidsarbete, stort ansvar men liten befogenhet, tidsbrist, avsaknad av belöningar, diskriminering eller mobbning, dålig fysisk arbetsmiljö, hot om uppsägning (Arbetsmiljöverket, SCB, 2001), rollosäkerhet, rollkonflikt (Theorell, 2000), förändringar och nedskärningar samt brist på handledning och information (Leander, 2000).

Tre faktorer har identifierats vilka har visat sig vara av stor betydelse för stress på arbetsplatsen. Dels är det krav. Kraven kan dels vara för stora, dels för små. Är kraven för stora känner vi oss otillräckliga samtidigt som vi pressas till vårt yttersta, är de för små känner vi oss understimulerade och förlorar känsla av mening och lust. Den andra faktorn är



egenkontroll. Brist på inflytande över vardagssituationen, att inte kunna välja eller påverka sitt sätt att utföra sina dagliga arbetsuppgifter inskränker individens känsla av frihet och leder till en känsla av vanmakt. Ytterligare en faktor av stor betydelse är socialt stöd. För vårt välbefinnande behöver vi få feedback i form av beröm och konstruktiv kritik. Flera undersökningar har visat att goda sociala nätverk verkar skydda mot ohälsa och buffra mot olika former av påfrestningar (Levi, 2002).

Karaseks krav-kontrollmodell är ett instrument som sedan slutet av 1970-talet ofta används för att mäta arbetsrelaterad stress (Karasek, i Theorell, 2000). Huvudtesen i denna modell är att höga krav och hög mental belastning kan vara skadligt och vålla sjukdom när det förekommer i kombination med liten möjlighet att påverka sin situation. Denna kombination av hög mental belastning och lågt beslutsutrymme kallas för ”spänt” arbete. Det spända arbetet innebär en ökning av den kroppsliga anspänningen som försvårar inlärning och påverkar den psykologiska utvecklingen, samt försvagar kroppens motståndskraft mot ohälsa (Levi, 2002; Theorell, 2000). Karasek, Johnsson och Theorell har under senare år utökat modellen med en tredje dimension – socialt stöd – som än tydligare kan dela in individer i mer eller mindre utsatta grupper (Levi, 2002).

Ett flertal undersökningar har visat att spänt arbete blivit allt vanligare (Levi, 2002; Arbetsmiljöverket, 2001a). Arbetsmiljöverkets undersökning ”Negativ stress och ohälsa” visar att andelen individer som utsätts för hög anspänning ökat mellan åren 1991 och 1999, med den största ökningen inom landstingen. Höga krav på arbetet har ökat samtidigt som egenkontroll över arbetssituationen har minskat inom alla arbetsmarknadens sektorer. Att sakna stöd från chefer och arbetskamrater på arbetsplatsen har länge varit vanligare bland män än kvinnor, men under nittiotalet har även andelen kvinnor med lågt socialt stöd ökat. Det har visat sig att de individer som jobbar med en hög anspänning och dessutom har ett litet socialt stöd är den grupp som har störst andel besvär och högst andel sjukskrivningar. En studie av Alfredsson, Hammar och Johnsson (1993) visar att individer med spänt arbete respektive lågt socialt stöd på arbetet löper större risk att drabbas av hjärtinfarkt. En studie, utförd på amerikanska sjuksköterskor, visar att de som har ett spänt arbete visar mer besvär av värk och smärtor, har sämre mental hälsa, känner sig mindre vitala och har lägre funktionsförmåga i jämförelse med andra grupper (Jeding m fl, 1999). Värst drabbade var de som samtidigt hade ett lågt socialt stöd.

### *Stresskillnader*

Ekonomisk trygghet, ökat självförtroende, utökat socialt nätverk och en bredare förankring i tillvaron är fördelar som yrkesarbetandet fört med sig för kvinnan i och med hennes intåg på arbetsmarknaden. Flera studier visar att yrkesarbetandet verkar ha gjort kvinnan mer välmående, men ändå har hon drabbats hårt av stressrelaterade sjukdomar (Frankenhaeuser, 1997). Sedan 70-talet har kvinnors sjukfrånvaro stadigt ökat från 40 dagar till 52 dagar, medan männens sjukfrånvaro har legat kvar på samma nivå, 40 dagar. Största ökningen står kvinnor mellan 30 och 39 år och kvinnor över 50 år för. Detta beror på att den gamla traditionen lever kvar på hemmaplan, där kvinnan har huvudansvaret för och till största delen sköter hushållssysslorna och barnen, samtidigt som hon också sköter ett arbete (Anderberg, 2002; Frankenhaeuser, 1997). Med det ökade tempot och större krav på arbetet gör det att kvinnan inte har mycket tid kvar för vila och återhämtning.

Ytterligare anledningar till att kvinnor har högre sjuklighet än män är att många kvinnor arbetar i dåliga arbetsmiljöer inom industrin, inom tjänstemannasektorn samt inom vården. Verktyg och redskap är ofta utformade av och för mäns kroppsbyggnad och styrka. Till detta har kvinnorna även de enformigaste, emotionellt mest krävande och sämst betalda arbetsuppgifterna. De har dessutom generellt sett mindre inflytande över sin arbetssituation än männen (Frankenhaeuser, 1997).

Personer med hög utbildning, hög inkomst och hög yrkesstatus har bättre hälsa och lever längre än de med lägre. Detta kan till viss del förklaras med livsstilsfaktorer som cigarettökning, alkoholmissbruk och dåliga kostvanor, vilka är vanligare i de "lägre" grupperna. Men det finns sannolikt en mer direkt koppling mellan hälsa och social ställning som sammanhänger med psykologiska reaktioner hos dem som känner sig missgynnade. Dessa psykologiska reaktioner kan vara känslor av olust, uppgivenhet, brist på kontroll och inflytande och meningslöshet, vilket aktiverar fysiologiska system i kroppen. Ekonomiska problem kan leda till sämre förebyggande hälsovård och mindre benägenhet att söka vård vid symptom på sjukdom (Lundberg, 2002).

I en undersökning där lågutbildade kvinnor jämfördes med kvinnor som hade akademisk utbildning, visade det sig att risken för hjärt- och kärlsjukdomar var dubbelt så hög bland de lågutbildade. Orth-Gomér (2000) menar att det dels beror på livsstilsfaktorer, dels på faktorer som stress och monotoni i arbetet, bristande socialt stöd, dålig självförtroende och dålig coping.

Personlighetsvariabler kan avgöra om och hur effektivt individen klarar av missförhållanden, både emotionellt och fysiskt (Guindon, 1994). Människor som har positiva förväntningar på händelser som är viktiga för dem, reagerar på svårigheter med att öka ansträngningen för att klara av dem. I motsats ger människor med lägre förväntningar lättare upp när trycket ökar. På detta sätt kan olikheter i förväntning och uthållighet ge olika beteendemässiga resultat, och avgöra framgång eller misslyckande. Detta kan också påverka det subjektiva välmåendet då lägre självförtroendet leder till mer oro och obehag (Carver et al, 2000).

Friedman (1990) hänvisar till ett flertal undersökningar, som visar att personlighet signifikant korrelerar med sjukdom. Människor med olika typer av sjukdomar har visat upp ett mönster av negativa känslor och förhållningssätt där de visat sig vara mer fientliga, misstänksamma, deprimerade och ängsliga än friskare kontrollgrupper. Anderberg (2002) sammanfattar risken att drabbas av stressrelaterad sjukdom i en stress-sårbarhetsmodell. Den innebär att det är lättare att drabbas av stressrelaterad sjukdom om individen har faktorer i personligheten som gör att hon har svårare att hantera stress på ett adekvat sätt.

### *Stressreaktioner*

När individen utsätts för och upplever stress förmedlas signaler till kroppens skilda organ via nervsystemet, det endokrina systemet och immunsystemet. Dessa signaler syftar till att placera individen i bästa möjliga situation när det gäller muskelstyrka, blodförsörjning och tankeskärpa, för att säkra individens möjligheter att överleva genom flykt eller försvar. Stressreaktionen leder till mobilisering av kroppens energireserver, matsmältningen stimuleras för att extra energi ska kunna frigöras för att ge ökad tillgänglighet till energi i cellerna. Blodtrycket höjs för att få ökad blodtillförsel till muskler och hjärna, vilket bland annat medför ökad hjärtfrekvens, snabbare andning, sammandragning av blodkärlen och ökad blodvolym (Ekman & Lindstedt, 2002). Samtidigt går verksamheten ner i de anabola verksamheterna (de återuppbyggande och reparerande systemen) (Theorell, 2000; 2001).

Det finns tre stresshormoner, katekolaminerna *adrenalin* och *noradrenalin* samt *kortisol*, som har betydelse dels för hur kroppen reagerar på stress, dels för de skador och rubbningar som kan bli konsekvensen av långvarig stress. På kort sikt är de nyttiga och ändamålsenliga då de hjälper oss till att bli alerta och handlingskraftiga, och innebär inget hot mot hälsa och välbefinnande. På lång sikt kan effekterna dock bli skadliga (Ekman & Lindstedt, 2002). Av stor betydelse för hälsoriskerna är balansen mellan de olika stresshormonerna. Frisättandet av

adrenalin och noradrenalin behöver inte ge skadliga effekter om känslorna som styr responsen är positiva, men om känsloupplevelsen är negativ, sker en samtidig frisättning av kortisol. Effekten blir att, förutom kortisolets i längden egen skadliga inverkan, att de skadliga verkningarna av katekolaminerna också kan bli större, då kortisolets kan öka blodkärlens känslighet för katekolaminernas påverkan (Frankenhaeuser, 1997; Lovallo, 1997). Om stressreaktionerna blir långvariga, eller ofta förekommande kan de medföra skador på både funktion och struktur i olika organ och organsystem (Ekman & Lindstedt, 2002; Lundberg, 2002).

Theorell (2000; 2001) pekar på tre områden som är viktiga för förståelsen av långvarig stress och dess betydelse för biologiska skador. *Anabolismen* – de återuppbyggande och reparerande verksamheterna, får stå tillbaka när kroppen mobiliserar energi vid en stressreaktion. När stressen blir långvarig och pauser för återhämtning uteblir, innebär detta att kroppen blir skör och risken för sjukdom ökar.

Störningar i *regleringssystemen* kan uppkomma då de normala växlingarna mellan anspänning och avslappning har störts så många gånger att de till slut inte fungerar normalt. Det autonoma nervsystemets styrning av flera kroppsliga funktioner fungerar inte längre smidigt utan präglas av obalans (Larsson, 2000). Högt blodtryck är ett sådant exempel där personer som ofta svarat på stress med ökat blodtryck till slut får högt blodtryck även när anspänningen är låg. Ett annat exempel, störd frisättning av kortisol, är inblandat i en rad sjukdomstillstånd som är konsekvenser av långvarig stress (Theorell, 2000; 2001).

Det tredje området är *centrala nervsystemet* som kan drabbas av förändringar. Forskning visar att förändringar i celler och delar av hjärnan kan uppkomma vid mycket svår stress. Vid en långvarig stressituation leder exempelvis kortisolkoncentrationen till skador av både strukturell och funktionell art på hippocampus (som är av stor betydelse för minnet). Även delar av frontalloberna har visat sig vara sårbara (Ekman & Lindstedt, 2002).

### Hälsa

Stress kan påverka hälsan negativt på flera sätt. I ett första skede kan långvariga påfrestningar visa sig genom olika typer av symptom hos individen. I ett andra skede, om individen inte lyssnar på signalerna som kroppen ger, kan individen drabbas av sjukdomar och syndrom som

kan vara mer eller mindre lätta att hämta sig ifrån. För att bli frisk ställer det ofta stora krav på individen till förändring av livsstil och beteende (Perski, 2001).

Stressymptom kan dels vara av fysiologisk art, dels emotionella, kognitiva och beteendemässiga. Ett av de första *fysiologiska* symptomen på stress är trötthet. Ett annat vanligt symptom är störd sömnrhythm eller sömnsvårigheter (Perski, 2000; 2001). Ökat blodtryck, bröstsmärtor, ojämn hjärtrytm, huvudvärk, yrsel, mag- och tarmproblem samt värk i rörelseorganen är också vanligt förekommande problem (Larsson, 2000; Lundberg, 2002). Även hormonrubbingar förekommer, i form av störningar hos sköldkörteln och i menstruationscykeln (Bernin, 2001). Immunförsvarets funktion blir nedsatt i effektivitet under stress varför även infektioner och förkylningar är vanligt förekommande (Bernin, 2000; Jonsdottir, 2002).

*Emotionella* reaktioner som oro, ångest, inre trötthet, isolering, nedstämdhet och känslor av otillräcklighet är vanliga symptom på stress (Bernin, 2001), liksom överkänslighet, aggressivitet och irritabilitet (Ghatan, 2002). Den skadliga inverkan som stress har på nervsystemet medför ofta *kognitiva* symptom som problem med minne och inläring, perceptions- och koncentrationssvårigheter, problem med beslutsfattande och problemlösning (Ghatan, 2002; Levi, 2002). Andra symptom är svårigheter att arbeta strukturerat och se mål, minskad uthållighet och engagemang, svårigheter i att kunna ta in flera intryck samtidigt samt att förstå och resonera (Bernin, 2001; Perski, 2000).

De kognitiva symptomen resulterar ofta i *beteendemässiga* förändringar som slarv och risktagande, utagerande beteenden, isolering och undandragande från andra (Arbetsmiljöverket, 2002a). Stress kan även påverka livsstil genom en ökad risk för hälsoskadliga beteenden som dåliga kostvanor, låg fysisk aktivitet, rökning och drogmissbruk (Lundberg, 2001). Sårbarheten kan därmed öka och individen bli än mer mottaglig för stressens skadliga inverkan på kroppen.

#### *Muskelvärk och belastningssjukdomar*

Ett av de mest omfattande hälsoproblemen i Sverige och västvärlden är värk i skuldror, nacke eller rygg (Lundberg, 2002), ett problem som ökat de senaste decennierna, framförallt bland kvinnor (Frankenhaeuser, 1997). Även om det ofta är fysisk belastning som utlöst ett

smärttillstånd, så är det numera välkänt att smärtorna kan initieras, förvärras och negativt påverkas av psykosociala faktorer och mental stress (Anderberg, 2002).

Även arbetsbelastning som inte är fysiskt betungande har visat sig kunna leda till kroniska smärttillstånd, vilket visat sig bero på att faktorer som låg arbetstillfredsställelse, stress, bristande inflytande över arbetssituationen, höga krav, hög ambitionsnivå, i samband med framförallt monotona och repetitiva arbetsuppgifter ökar risken för besvär (Anderberg, 2002; Lundberg, 2002; Arbetsmiljöverket, 2002b). Höga krav, högt tempo och mental belastning av olika slag ger en ökad muskelspänning, som till skillnad från muskelspänning som ett resultat av fysisk belastning, inte avtar när individen tar en paus. Detta innebär att muskelspänning orsakad av stress och oro kan pågå även under pauser samt efter arbete och på ledigheter. Studier har visat att en långvarig muskelspänning kan leda till att nedbrytande processer skadar musklerna och får dem att värka (Lundberg, 2002). Där både fysisk och social stress förekommer har det visat sig att risken för belastningsbesvär är fördubblad (Arbetsmiljöverket, 2002b).

### *Utbrändhet*

Den allra vanligaste diagnosen bland stressreaktionerna är utbrändhet (Arbetsmiljöverket, 2001a). Den enorma trötthet som de drabbade känner, men framförallt störningar i minne, koncentration, simultanförmåga, sinnen och tankar upplevs av drabbade som mycket skrämmande. Symptomen leder dessutom till en stor stresskänslighet och oförmåga att kunna utföra komplicerade uppgifter. Begreppet utbrändhet har aldrig kopplats ihop med en medicinsk orsak utan ses som ett syndrom som skapats av samhällets och arbetets struktur. Tillståndet uppmärksammades redan vid förra sekelskiftet och gick då under namnet anesti. Då som nu relateras inte tröttheten i första hand till fysisk ansträngning utan beskrivs som mental, själslig, existentiell eller emotionell, vilken är kopplad till känslor av otillräcklighet och obalans mellan krav och förmåga (Johannisson, 2002). När kroppen inte längre klarar av att kompensera för de påfrestningar individen utsätts för, kan resultatet bli att han får en stresskollaps, ”går in i väggen” eller mer vanligt uttryckt – blir utbränd (Perski, 2000; 2001). Begreppet utbrändhet myntades av Maslach (1982) och skapades i första hand för personer i vårdande yrken där det först uppmärksammades, men blev först riktigt accepterad som diagnos när högpresterande intellektuella IT-människor, läkare och lärare också drabbades (Johannisson, 2002).

För att komma till detta stadium har individen länge ignorerat de fysiska och psykiska symptomen med vilka kroppen signalerat att påfrestningarna är för stora. Vanligt är att personer som drabbas har dålig kunskap om sig själva, om sina behov och begränsningar (Perski, 2000; 2001).

#### *Andra psykiska stressyndrom*

Förutom depressioner och olika utmattningstillstånd som också blivit allt vanligare, är fibromyalgi en diagnos där stress visat sig vara av stor betydelse. Fibromyalgi karaktäriseras av en rad utbrändhetssymptom men framförallt av en ökad känslighet för smärta. Tidigare ansågs orsaken vara skador i muskler och vävnader, men senare forskning har visat att det är hjärnan som blivit smärtöverkänslig och feltolkar signaler från kroppen. Detta leder till att endast lättare beröring kan upplevas smärtsamt (Olin, 2001). Kroniskt trötthetsyndrom är en annan stressrelaterad diagnos som kännetecknas av en enorm trötthet, med ett starkt sömnbehov där sömnen ändå inte leder till en känsla av att vara utsövd. Individen har svårt att engagera sig och inget känns riktigt intressant (Theorell, 2000).

#### *Hjärt- och kärlsjukdomar*

Sjukdomar i hjärta och kärl är, enligt Währborg och Friberg (2002), den viktigaste orsaken till sjukdom och död i västvärlden och tenderar att öka även i övriga delar av världen. Vid en stressreaktion och den följande kroppsliga uppvarvningen höjs hjärtfrekvens och blodtryck, tillsammans med ökad puls och muskelspänning. Vid långvarig stress innebär detta skadliga konsekvenser för hjärta och kärl. Dels kan det orsaka skador i kärlväggarna med åderförkalkning och plackupbyggnad som följd, dels ökar blodklibbigheten och därmed risken för blodpropp och hjärtinfarkt.

#### Coping

Av betydande vikt för hur stress påverkar individen och hur skadlig den kan komma att bli är coping, eller stresshanteringsförmåga. Förmågan att hantera stress har i ett flertal studier visat sig vara direkt kopplad till hälsa och välbefinnande, där konstruktiva metoder att hantera hot och påfrestningar leder till större möjligheter att bevara en god hälsa (Carver m fl, 2000; Levi, 2002; Lundberg, 2002; Orth-Gomér, 2000; Theorell, 2000). Om copingen inte fungerar på ett tillfredsställande eller adekvat sätt blir stressen tyngre, både kvantitativt och kvalitativt, vilket gör att det är svårt att tala om stress utan att samtidigt tala om coping (Lazarus, 1990).

Lazarus och Folkman som sedan 1960-talet studerat och beskrivit den psykologiska processen bakom hanterandet av stress, definierar coping som ”föränderliga kognitiva och beteendemässiga ansträngningar att bemästra inre och yttre krav” (1984, sid. 141). Coping är en individuell förmåga som snarare är varierande och föränderlig än stabil. Ofta använder individen flera olika copingstrategier under samma påfrestande situation, i en form av växelspel (Lazarus, 1990).

Exempel på copingstrategier kan vara förnekande eller att göra upp en handlingsplan, det kan också innebära att söka socialt stöd. Copingstrategier förvärvas under livet och uppkommer troligen i samspelet mellan psykosociala förhållanden i miljön samt egna personlighets- och beteendemönster (Lundberg, 2002).

Ett första steg i att förstå varför människor reagerar olika i liknande situationer är att titta på vad som inträffar från det att en situation uppstår till det att individen reagerar på den. Inledningsvis bedömer individen situationen och försöker avgöra vilka krav den ställer på honom, om den är hotande och vad det kan komma att betyda för välbefinnandet. Efter det bedömer individen vilken förväntade kapacitet han har för att kunna hantera situationen. Den förväntade kapaciteten baseras på tidigare erfarenheter och kunskaper – en bedömning av den egna förmågan – samt tillgång till socialt stöd. Individen bedömer även eventuella konsekvenser, vilka de skulle vara om han inte klarade av att hantera situationen och hur sannolikt det är att de inträffar (Lazarus & Folkman, 1984). De förväntningar och den känslomässiga reaktion som händelsen väcker ger individen signaler om vilken beteendestrategi som skall användas samt motiverar till det beteende som upplevs som adekvat (Lazarus & Folkman, 1984; Lovallo, 1997).

Detta innebär att människor reagerar på väldigt olika sätt i stressfyllda situationer. Då det finns sämre och bättre sätt att hantera stress på, leder detta till att vi har olika förmåga att klara oss när vi utsätts för press. Theorell (2000) pekar på forskning som visar att copingstrategier mer har att göra med erfarenheter under vuxenlivet än med barndomsupplevelser och genetiska faktorer, varför vi, menar han, alltid kan förbättra vårt sätt att hantera påfrestringar. Orth-Gomér (2000) har i en studie där hundra kvinnliga hjärtpatienter tränat in bättre känslomässiga och beteendemässiga reaktioner på stress, visat resultat på mindre sjuklighet och större tillfredsställelse.



Lazarus och Folkman (1984) skiljer på problemfokuserade och emotionsfokuserade copingstrategier. Problemfokuserad coping innebär att individen fokuserar på problemet och anstränger sig för att förändra den faktiska situationen som upplevs som stressande. Detta kan göras genom att exempelvis söka information om vad som behöver göras och sedan försöka förändra omgivningen eller det egna beteendet. Emotionsfokuserad coping innebär att reglera den känslomässiga reaktionen, utan att ta itu med det egentliga problemet. På detta sätt förändras inte den faktiska relationen till omgivningen, utan bara individens uppfattning och tolkning av den. Exempel på detta är vanliga försvarsmekanismer som förnekande, bortträngning, och rationalisering. Det kan också vara att tänka positivt. Båda sätten har för- och nackdelar men strävar båda efter att minska känslöberöringen och dess efterföljande fysiska reaktion.

Lazarus och Folkman har funnit att olika copingstrategier påverkar känslorna på olika sätt, en del visar sig öka positiva känslor och minska negativa, medan andra strategier förvärrar den emotionella upplevelsen. Planerad problemlösning, acceptans, aktivt agerande och sökande av socialt stöd är exempel på copingstrategier som har visat sig vara funktionella och ge positiva effekter. Distansering och förnekande är exempel där känsloupplevelsen istället kan förvärras (Carver m fl, 2000; Lazarus, 1990). Orth-Gomér (2000) har i studier av kvinnor, stress och hjärt-kärlsjukdom sett att val av copingstrategi visade sig ha stor betydelse för risken för återfall. Studien visade att de kvinnor som var aktiva, trodde på sin förmåga och tog tag i sina problem bara hade en marginell riskökning, medan kvinnor med passiv strategi (exempelvis förnekande, undvikande eller missbruk) hade fyra gånger större riskökning när de utsattes för svår stress.

Trots att det, enligt Lazarus (1984; 1990), inte går att säga att problemfokuserade copingstrategier alltid är bättre och mer effektiva än emotionsfokuserade, att det varierar beroende av individ och situation, har det i ett flertal studier gått att påvisa att problemfokuserad coping visat sig ha samband med bättre fysisk och psykisk hälsa samt med känslor av tillfredsställelse och effektivitet. Emotionsfokuserad coping har istället visat upp samband med högre nivåer av depression, stress och utmattning (Guindon, 2000; Greenglass, 1995; Bhagat, Allie & Ford, 1995).

Detta skulle kunna förklaras utifrån betydelsen av inställning till livet och sig själv samt föreställningar. Lazarus och Folkman (1984) menar att föreställningar påverkar upplevelsen

av verkligheten, att de avgör hur individen bedömer och värderar vad som händer och vad som kommer att hända. Om en individ bedömer att lite eller inget kan göras för att påverka en påfrestande situation är det vanligast att emotionsfokuserade copingstrategier som förnekande och undvikande används. Om tvärtom individen bedömer att situationen går att förändra eller kontrollera är aktiva, problemfokuserade copingstrategier mer dominanta. Föreställningar och känslor är beroende av vilken person vi är, vilken personlighet vi har. En individ som inte tror att han har möjlighet att påverka, att det inte finns ett samband mellan det egna beteendet och utfallet upplever troligen en känsla av låg kontroll över situationen. Då är det lätt att en känsla av hjälplöshet skapas som ytterligare minskar motivationen att ens försöka när han ställs inför nya påfrestande situationer (Perski, 2000). På motsvarande sätt kan positiv inställning och positiva förväntningar på den egna förmågan bidra till större motivation och mer tillfredsställande insatser (Carver m fl, 2000; Lazarus, 1990; Orth-Gomér, 2000).

### Självkänsla

Begreppet självkänsla refererar till en individs känsla av självvärde, enligt Rosenberg (1965). Självkänsla har i olika undersökningar visat sig ha ett starkt inflytande över kognitiva processer, hälsa, motivation, känslor och beteende (Bologni, Plancherel, Bettschart & Halfon, 1996; Campbell & Lavalley, 1993). Dessa faktorer påverkar i sin tur hur en individ fungerar socialt och dennes förmåga att handskas med stressande livssituationer (Blascovich & Tomaka, 1991; DeLongis, Folkman & Lazarus, 1988; Menaghan, 1983; Rector & Roger, 1997; 1996; Wells & Marwell, 1976). Det har även hävdats att självkänslan får individen att leva bättre. Med hög självkänsla reagerar individen med större uthållighet inför problem. Med låg självkänsla är det mer troligt att individen ger upp lättare. Båda sätten fungerar som självuppfyllande profetior som antingen ger upphov till positiva eller negativa självbekräftande beteendemönster (Branden, 1994; 2001). Furnham (1997) menar att det idag finns omfattande bevis som pekar på att individer med hög självkänsla tenderar att vara hälsosammare, lyckligare och mer produktiva i sitt arbete.

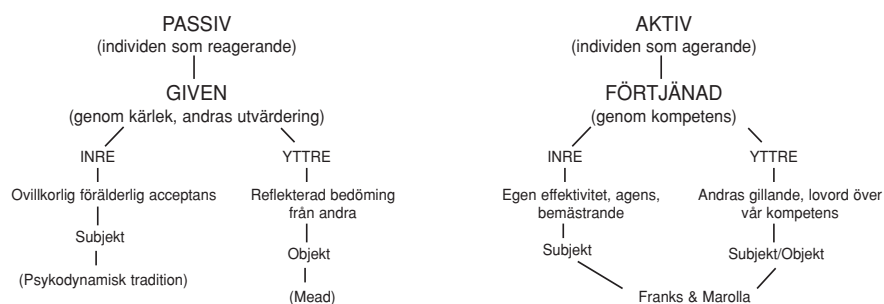
Självkänslan beskrivs allmänt som en del av självbegreppet. Historiskt har tre viktiga inlägg i diskussionen kring självets natur (självbegrepp) påverkat utvecklingen av definitionen på självkänsla. De som bidragit till denna diskussion är James, Cooley och Mead. James (1890) såg på självkänsla (som han kallade självkärlek) som en individs utvärdering av förhållandet mellan dennes strävanden och prestationer. En individ har hög självkänsla i den grad som dennes strävanden och prestationer ligger på samma nivå. Om en individs strävanden är högre

än dennes verkliga prestationer kommer självkänslan vara låg. Det är tydligt att James såg självkänsla som något en individ aktivt kan förvärva. En individ kan själv se till att prestera så att strävandena uppnås. En individ kan också aktivt arbeta med att sänka eller höja sina strävanden för att uppleva en god självkänsla.

Cooley (1922) såg på självkänsla (som han också kallade självkänsla) som individens föreställning kring sitt själv och som helt avhängigt av andra människors omdömen. Självkänslan är socialt bestämd genom individens spegelbilds-jag. Spegelbilderna i sin tur är bedömningar som andra människor runtomkring faller. En individ som av andra personer anses vara bra har också god självkänsla. En individ som hör negativa omdömen om sig själv från andra människor kommer att integrera dessa negativa bilder i sitt jag och utveckla låg självkänsla. Cooleys bild av individens jag är en passiv sådan. Individens självkänsla formas av en social process som består av återspegligen av andra människors bedömningar.

Mead (1934) ansåg att självkänslan (som sågs som en effekt av självvärdering) är något som formas i och med socialiseringsprocessen av det återspeglade omdömet från betydelsefulla andra. En individ måste ses i hög dager av andra människor för att värdera sig själv högt. Mead (1934) menade att vår inre grundläggande uppfattning av oss själva som objekt, är en uppfattning utan anknytning (det finns ingen känslomässig koppling till självet). Känslan av ett själv är något som är helt avhängigt av ett socialt samspel.

Johnson (1997) har lyft fram en distinktion mellan dessa tre historiska teorier. Enligt James har människan möjlighet att genom sitt beteende (ansträngningar) förvärva sin självkänsla. Enligt Cooley och Mead kan inte individen påverka sin egen självkänsla. Den påverkas genom andra människors kärlek och/eller omdömen. Se figur 1 nedan:



Figur 1: Organisering av olika distinktioner inom självkänsla. (Johnson (1997) "The dynamics of self-esteem: Empirical validation of Basic self-esteem and Earning self-esteem". Doctoral dissertation, Department of Psychology, Stockholm University.) (Översättning av Wollin).

Inom självpsykologins område har det funnits – och finns fortfarande – en uppsjö av olika begrepp som beskriver samma fenomen, och samma begrepp som beskriver olika fenomen (Fromm, 1939; Maslow, 1937; 1942; Sullivan, 1953; Rogers, 1950). Oavsett den exakta definitionen av självkänsla, anses självkänslan idag vara den självvärderande delen av självbegreppet. Kognitioner kring självet (t ex att individen ser sig som dålig i huvudräkning) är en del av självbegreppet och behöver inte nödvändigtvis påverka självkänslan. Däremot om individen känner sig deprimerad över detta faktum (dålig i huvudräkning), är en fråga om självkänsla. Så är även beteendemässiga konsekvenser som att individen t ex vill – för att bli av med förnedringen av att vara dålig i huvudräkning – hoppa från en hög byggnad (Blascovich & Tomaka, 1991). Zillers (1969), Coopersmiths (1967) och Rosenbergs (1965) arbeten har präglats av explicita teorier kring självkänsla och empiriska studier i ämnet.

Ziller (1969) menade att självkänslan är en social konstruktion. Vid en utvärdering av sig själv sker det med en social referensram. Självkänslan fungerar som en medlare mellan självet och omvärlden. När den sociala miljön förändras är det självkänslan som bestämmer de förändringar som kommer att ske i självutvärderingen. En individ med hög självkänsla är en person som har en förmåga att handskas med en mängd olika stimuli; individen känner sig inte hotad av stora yttre förändringar och förändrar inte sin självkänsla efter situationen. En person med låg självkänsla är mer konform och anpassar sig helst efter olika influenser vilket i sin tur genererar lägre självkänsla. Detta blir en ond cirkel. Däremot ju mer integrerad personlighet (graden av sambandet mellan individens självkänsla och externa beteende) en individ har, desto bättre fungerar denne socialt och detta leder till högre självkänsla.

Coopersmith (1967) definierade självkänsla som en individs personliga utvärdering såsom värdig och uttryckt i de attityder som individen håller inför sig själv. Han delade upp självkänslan i två delar, dels individens subjektiva upplevelse av självkänslan, dels dennes externa beteendemönster som ett uttryck av självkänslan. Individer med hög självkänsla upplever mindre oro, mindre osäkerhet, fungerar bra socialt och är mer aktiva och framgångsrika än de individer som har låg självkänsla. Personer med hög självkänsla är också mindre benägna till avvikande beteende (Coopersmith, 1967). Fyra viktiga komponenter avgör hur en individ värderar sig: relation till framgång, värderingar, ambitioner och mental försvarskapacitet. Coopersmith skriver (1967) *”Självvärderingsprocessen härleds från ett*

*subjektivt omdöme kring framgång, med den uppskattningen övervägd i enlighet med det värde som satts på olika områden i kapacitet och prestation, mätt i relation till en individs personliga målsättningar och normer och filtrerad via dennes kapacitet att försvara sig mot antagna eller aktuella misslyckanden”* (sid. 242, översättning av Wollin).

I sina studier kom han fram till att en hälsosam självkänsla inte hade något signifikant samband mellan faktorer som familjeförmögenhet, utbildning, boendeområde, social klass, faderns yrke eller om modern alltid är hemma. Dock pekade han ut flera olika förutsättningar som *bidrar* till att stimulera hög självkänsla hos barn, nämligen: 1) Att föräldrarna accepterar barnen, 2) att föräldrarna sätter upp klara och tydliga gränser för barnen, 3) att föräldrarna inom de uppsatta gränserna respekterar individuella initiativ och handlingsfrihet, 4) att föräldrarna själva påvisar höga normer och förväntningar på beteende och utförande samt 5) att föräldrarna själva tenderade att åtnjuta en hög självkänsla. Coopersmith påpekade dock att det inte finns något föräldrabetende som är exakt likadant över alla områden för de föräldrar som har barn med hög självkänsla. Detta i sin tur pekar på att yttre stimuli inte kan förklara hela bilden hur självkänsla formas (1967).

Rosenberg (1965) ägnade sina empiriska studier i självkänsla till att studera utvecklingen av en positiv självbild bland tonåringar, skillnader mellan olika grupper (t ex om individens födelseordning, i en familj med flera syskon, har ett samband med dennes självkänsla, studenter i olika religiösa miljöer och deras självkänsla), förändringar i självkänsla mellan olika åldersstadier, yrkesmässiga värderingar, psykologiska faktorer såsom t ex ångest och dess eventuella samband med självkänslan. Rosenberg (1965) ansåg att ”självkänslan, [...], är en positiv eller negativ attityd gentemot ett bestämt objekt, nämligen självet” (sid. 30, översättning av Wollin). Vidare menade han att självkänslan har två bibetydelser: 1) En individ med hög självkänsla kan dels anse att han eller hon är mycket bra, 2) dels kan individen anse att han eller hon är tillräckligt bra. Detta innebär att en individ kan tycka att han/hon är överlägsen andra och samtidigt uppleva sig själv otillräcklig i relation till sina egna normer. Omvänt kan en person uppfatta sig själv som medelmåttig men vara fullt belåten med det själv han eller hon upplever. Individen känner att han eller hon är en värdig och respekterar sig själv för vad han eller hon är. Individen står inte i djup vördnad inför sig själv, och förväntar sig inte heller att andra ska göra det. Detta innebär inte att socialt inflytande inte spelar någon roll. Rosenberg undersökte bl a föräldrarnas inflytande över barnets utveckling av självkänslan. Han kom bl a fram till att om föräldrar visar stor likgiltighet inför sitt barn är

detta förknippat med lägre självkänsla hos barnet, samt att känslan av att vara viktig för en betydelsefull närstående är förmodligen väsentligt för att utveckla en god självkänsla. En person med hög självkänsla är en individ som respekterar sig själv, anser sig själv värdig; denne anser sig inte nödvändigtvis bättre än andra, men tycker samtidigt inte att han/hon är sämre än andra. Individen anser sig inte vara perfekt utan erkänner sina begränsningar och förväntar sig att utvecklas, växa och förbättra sig. En person med låg självkänsla är en individ som förkastar sig själv, är missnöjd med sig själv, föraktar sig själv och saknar respekt för sig själv. Resultatet från Rosenbergs undersökningar visar bl a att individer med låg självkänsla tenderar att uppleva tillståndet *per se* som oroande och detta i sin tur skapar känslor av ångest. Generellt påvisar individer med låg självkänsla mer neurotiska tendenser, större tvekan och problem i sociala miljöer samt lägre ambitionsnivå och lägre förväntningar på framgång jämfört med personer med hög självkänsla (Rosenberg, 1965).

Trots att det till synes finns olikheterna mellan de två perspektiven (antingen är självkänslan en reaktion eller förvärvad) kan de ses som kompletterande teorier. Dels visar Coopersmith och Rosenberg på inre utvärderande och/eller affektiva mekanismer påverkar självkänslan (förvärvad), dels visar de att också inflytande från t ex familjen påverkar självkänslan (reaktion). Med andra ord påverkas människans självkänsla både av omgivningen (passiv och reagerar) men individen kan också påverka (aktiv och förvärva) upplevelsen av den. Individen kan aktivt påverka de inre tillgångar som påverkar självkänslan (Branden, 1994).

I den här undersökningen används Rosenbergs skala över självkänsla. Denna skala tar hänsyn till både ett passivt och aktivt perspektiv på hur självkänsla uppkommer. Skalan inkluderar en reflekterad bedömning från andra, jämförelser med andra och individens självvärderingar. Vidare mäter den s k global självkänsla, vilket innebär att den undersöker den generella positiva eller negativa attityden gentemot självet (Rosenberg, 1965). Global självkänsla anses predicera utkomsten bäst till skillnad mot s k specifik självkänsla som tillskrivs en bestämd situation (Rosenberg, 1965). Global självkänsla inkluderar också positiva och negativa självvärderingar vilket gör att en individ kan se sig själv som kompetent, men samtidigt vara kritisk inför sig själv. I denna undersökning används termen självkänsla för att benämna global självkänsla. Anledningen till detta är att Rosenbergs skala är den mest använda inom forskningen kring självkänsla och med benämningen självkänsla menas oftast global självkänsla (Blascovich & Tomaka, 1991).

### Självkänsla och stress

Självkänslan kan fungera som en resurs när det gäller att handskas med stress (Rector & Roger, 1997). Hög självkänsla minskar den fysiologiska och psykologiska stressupplevelsen. Låg självkänsla ökar stressupplevelsen (Wenglert, 2000; Rector & Roger, 1997). Brockner (1988) påpekar att de anställda i en organisation går in i sitt arbete med olika nivåer av självkänsla, samt att självkänslan korrelerar med hur de agerar, känner och tänker under tiden de arbetar. Brockner menar också att individer med hög självkänsla är mindre negativt påverkade av kroniska stressorer (t ex olika roller, konflikter och avsked) jämfört med individer med låg självkänsla.

I en undersökning jämfördes förhållandet mellan självkänsla och kortisolpåslag. Resultatet visar på att svårighetsgraden av uppgifterna hade en avsevärd påverkan på försökspersonernas prestation. Vidare visade resultatet att försökspersonernas prestation samvarierade med dennes självkänsla. En person med hög självkänsla nådde bättre resultat i räkneuppgifterna än dennes motpart i samma situation. Resultatet visade också att det fanns en signifikant negativ korrelation mellan hormonutsöndring och självkänsla hos de försökspersoner som blev utsatta för svårare räkneuppgifter, men dock inte hos dem som fick lättare räkneuppgifter. Således visar resultaten att självkänslan påverkar påslag av stresshormoner samt att självkänslan som en personlighetsfaktor vid hormonutsöndring vid stress är situationsbetingad (Pruessner, Hellhammer & Kirschbaum, 1999).

Rector och Roger (1997) granskade i en undersökning förhållandet mellan självkänsla och stressreaktionen. I den första delen av studien undersöktes huruvida ökad självkänsla reducerar stressresponsen i en potentiellt stressrelaterad situation. Deltagarna blev uppdelade efter två olika stressbetingelser; antingen för en hög stressande situation eller för en låg. Resultatet visade att försökspersonerna som läste den positiva rapporten upplevde en högre självkänsla. Vidare visade försökspersonerna i denna betingelse lägre stress och därmed överlägsen prestationsförmåga samt mindre personligt hot under stressuppgiften – oavsett om de testades för låg stressituation eller hög. Detta visar på att självkänslan har ett dämpande inflytande över stressreaktionen oavsett nivån på stressituationen.

Syftet med den andra delen av samma studie var att testa självkänslans dämpande inflytande på stressreaktionen i en socialt presterande situation. Resultatet visade att det inte var någon skillnad på subjektivt upplevd stress mellan de två olika grupperna i självkänsla. Anledningen

till detta kan ha varit att deltagarna tog sig an provet som en utmaning snarare än ett hot. Men resultatet visade på en signifikant skillnad i hjärthastighet. Försökspersonerna med hög självkänsla påvisade en signifikant lägre ökning av hjärthastigheten än de som var i den neutrala gruppen. Hög självkänsla visade sig ha en dämpande effekt på den fysiologiska stressökningen (Rector & Roger, 1997).

### Självkänsla och hälsa

Som tidigare nämnt har det visat sig att stress kan påskynda fysisk och psykisk ohälsa av olika slag samt att ett antal olika personlighetsfaktorer kan vara relaterade till individuella skillnader i stressresponsen. Om stress påskyndar olika sorters ohälsa och självkänslan dämpar stress borde detta resultera i att högre självkänsla bidrar till lägre ohälsa. *”Självkänslan kan potentiellt mildra förhållandet direkt mellan stress och sjukdomar via dess inflytande över den primära bedömningsprocessen; således reflektera ett varaktigt mönster i hur hot uppfattas och i den egna uppräckningen”* (Rector & Roger, 1996, översatt av Wollin). Självkänslan påverkar i vilken grad som livshändelser ses som positiva utmaningar till utveckling, eller upplevs som negativa hot, vilket har en avgörande betydelse över den primära bedömningsprocessen (Rector & Roger, 1996).

Bolognini, Plancherel, Bettschart och Halfon (1996) genomförde en studie om sambandet mellan självkänsla och hälsa. Resultatet visade en signifikant negativ korrelation mellan självkänsla och depressivt tillstånd. Ju högre självkänsla, desto lägre depressivt tillstånd. Resultatet visade också på en signifikant negativ korrelation mellan självkänsla och ångest. För att mäta effekten som självkänsla kan tänkas ha på hälsa så delades försökspersonerna in i olika grupper – alla efter olika kronologisk ordning. Grupp 1 var de som påvisade en lägre självkänsla jämfört med första gången de testades etc. Resultatet visade att alla försökspersoner vars självkänsla sjunkit sedan första delen av studien hade ett signifikant sämre depressivt tillstånd än grupperna som påvisade oförändrad eller ökad självkänsla.

Rector och Roger (1996) utförde en undersökning vars syfte var att titta på förhållandet mellan självkänsla och olika personliga medlande egenskaper och värdera deras effekter på fysiskt och emotionellt välmående. Resultatet visade bl a att individer med lägre självkänsla och ett grubblande sinnelag påvisar sämst hälsa direkt efter att ha varit utsatt för en stressande situation. Resultatet visade också på ett konsekvent förhållande mellan självkänsla och



frekvensen av och svårighetsgraden i somatisk hälsa och förekomsten av psykologisk smärta. Detta tyder på att självkänslan har ett inflytande över både somatisk hälsa och välmående.

I en longitudinell studie undersöktes förhållandet mellan självkänsla och mental hälsa samt stabiliteten i självkänslan över tid. Resultatet visade en signifikant korrelation mellan olika åldrar. En individ som hade hög självkänsla vid 18 och 21 års ålder hade också hög självkänsla vid 36 (Wulff, 1995). Den enda reservationen mot det påståendet är att undersökningen inte visade någon signifikant korrelation för kvinnor mellan åldrarna 18 och 36. Generellt visade resultatet att självkänsla och mental hälsa har en stark samverkande korrelation vid 36 års ålder samt att självkänslan vid lägre ålder är svaga prediktorer för den mentala hälsan vid en högre ålder. Självkänslan är starkt förknippad med mental hälsa vid en definitiv tidpunkt, men utifrån ett longitudinellt perspektiv har självkänslan en begränsad möjlighet att prognosticera hur en individs mentala hälsa kommer att vara.

En undersökning utförd på personal inom barnpsykiatri i Norge syftade till att ta reda på vilka faktorer som bidrar till bättre tillfredsställelse med arbetet och mindre somatiska problem. Resultatet visade på att de huvudsakliga prediktorerna för bättre arbetstillfredsställelse och mindre somatiska problem var självkänsla, besöksrutiner, gränsdragande attityder, ökad klinisk praktik, erfarenhet från psykiatri, ökad ålder, högskoleutbildning och arbete i en poliklinik. 48% av skillnaden i den rapporterade arbetstillfredsställelsen kan förklaras med planerade rutiner och självkänsla (Finnøy, 2000).

### Självkänsla och coping

Självkänsla har en dämpande effekt både på psykologisk och fysiologisk stressupplevelse och stressresponsen. Utifrån detta ses självkänslan som en copingresurs. Den är en tillgång i och med att den bidrar till att reducera den dåliga matchningen mellan situationen och självet. Stress kan definieras som upplevelsen av att miljön och självet inte går bra ihop, och att coping innebär olika sätt att minska den dåliga matchningen (Menaghan, 1983, sid. 162). Individer med hög självkänsla anses må bättre i stressande situationer än de med låg självkänsla eftersom hög självkänsla skapar ett förtroende hos individen att effektivt *handskas* med hotande situationer (Rector & Roger, 1996). Det har också hävdats att *"individer med hög självkänsla påvisar en omfattande mängd självförhöjande reaktioner när de är under hot, inklusive ytterst ovanliga förmågor att minimera inverkan från den återkoppling som misslyckanden ger och en förmåga att angripa trovärdigheten i den källa som den negativa*

*återkopplingen kommer från*” (Rector & Roger, 1997, översatt av Wollin). Kling, Hyde, Showers och Buswell, 1999, har i sin granskning kommit fram till att självkänsla är relaterat till effektiva copingstrategier, t ex problemfokuserad coping. Carver, Scheier, och Weintraub (1989) fann att med hög självkänsla ökade aktiv copingstrategi, medan med lägre självkänsla ökade undvikande copingstrategi.

En annan studie visade bl a att problemfokuserad coping var positivt korrelerad med både bemästrande och självkänsla medan emotionsfokuserat undvikande var negativt korrelerad med båda dessa tillgångar (Ben-Zur, 2002).

Ytterligare en undersökning studerade bl a förhållandet mellan personlighetsfaktorer och coping. T ex undersöktes förhållandet mellan upplevelse av ett sammanhang, självkänsla och coping. Resultatet visade att försökspersonerna med en större upplevelse av ett sammanhang tenderade att ha högre självkänsla. Dessa individer reagerade också oftare med en anpassad copingstrategi i en stressande situation (Pallant & Lae, 2002).

Rector och Roger, 1996, undersökte förhållandet mellan självkänsla, coping, emotionskontrollerande mönster och andra personliga egenskaper som kan tänkas fungera som moderatorer på fysisk och emotionellt välmående. Resultatet visade att självkänsla är signifikant korrelerad med både problemfokuserad och emotionsfokuserad coping. Självkänsla korrelerade positivt med problemfokuserade ansträngningar att handskas med stress och visade på en negativ korrelation med emotionsfokuserad copingstrategi. Dock påvisades ett lägre samband mellan självkänsla och undvikande coping.

Resultatet från en studie visade bl a att högre självkänsla har en direkt påverkan på och samband med aktiv coping och mindre depressivitet. Studien visade också att kvinnor generellt påvisade ett starkare förhållande mellan låg självkänsla och undvikande coping (Stein & Nyamathi, 1999).

### Studiens aktualitet

Konsekvenser av stress finns på flera nivåer, dels på individnivå i form av minskad psykisk och fysisk hälsa och därmed sänkt livskvalitet, dels på organisationsnivå med stora ekonomiska konsekvenser som följd i form av sjukersättningar, samt i form av produktionsstörningar, kvalitetsbrister, personalomsättning eller försämrade framtidsutsikter

för företaget då flexibilitet och medarbetarkapacitet minskar (Arnetz, 2002). På ett samhälleligt plan kostade sjukskrivningarna år 2001 37 miljarder kronor i Sverige, vilket jämfört med 1997 innebar en fördubbling på fyra år. En stor del av denna ökning står de stressrelaterade sjukdomarna för (Krauklis & Schenström, 2002). Dessa konsekvenser av arbetsrelaterad stress har lett till omfattande forskning inom flera områden med önskan att om möjligt finna på effektiva åtgärdsmedel för att komma till rätta med problematiken (Arnetz & Ekman, 2002).

Om det går att finna faktorer som påvisar starka samband med upplevd stress och ohälsa i arbetslivet kan resultaten om sambanden ligga till grund för insatser som syftar till att förbättra arbetsmiljön. Med ökad kunskap kan effektivare sätt att hantera olika situationer öka. Ett effektivt sätt att handskas med mental ohälsa och upplevd stress kan eventuellt vara att titta på coping och självkänsla. Dels för att copingstrategier och självkänsla kan bidra till lägre upplevd stress och bättre hälsa, dels för att en organisation som stöder och fostrar självkänsla har mycket lättare att behålla begåvad personal än en organisation som gör motsatsen (Branden, 1998).

### Syfte

Syftet med den här undersökningen var att bland sjukvårdspersonal kartlägga och analysera upplevd stress, självkänsla, mental ohälsa, användning av copingstrategier samt upplevelse av krav och kontroll. Syftet var också att göra jämförelser mellan undersökningsslag för att se om skillnader i upplevd stress, självkänsla, mental ohälsa, copingstrategier, krav och kontroll förekom beroende av avdelningstillhörighet, ålder, utbildning, anställningstid och sjukdagar. Ändamålet med detta var att öka kunskapen hos ansvariga om förhållandena på arbetsplatsen. Följande hypoteser formulerades om samband och skillnader mellan ovan nämnda variabler:

- Hög upplevd stress förklarar hög mental ohälsa
- Val av copingstrategier bidrar till att förklara upplevd stress och mental ohälsa
- Självkänsla bidrar till att förklara valet av copingstrategi, upplevd stress och mental ohälsa
- Vid hög självkänsla upplevs lägre stress än vid låg självkänsla
- Vid hög självkänsla upplevs bättre mental hälsa än vid låg självkänsla
- Vid hög självkänsla upplevs mer kontroll och mindre krav

## METOD

### Undersökningsdeltagare

I studien deltog 77 personer (N=77) från fyra avdelningar på Malmö Universitetssjukhus (UMAS), varav 39 sjuksköterskor, 30 undersköterskor samt 8 övrig personal (kuratorer, bemanningsassistent, läkarsekreterare och arbetsterapeut). Samtliga 110 anställda inom nämnda yrkeskategorier tillfrågades, med en svarsfrekvens på 70%. 92% av undersökningsdeltagarna utgjordes av kvinnor, 8% av män. Åldern varierade mellan 22 och 60 år, med en medelålder på 38,2 år (SD=10,7). 47 undersökningsdeltagare hade högskoleutbildning, medan 30 deltagare hade utbildning på lägre nivå. Fördelningen av undersökningsdeltagare på de fyra avdelningar var följande: avd L – 17 personer, avd E – 18 personer, avd P – 20 personer samt avd O – 22 personer (för att avdelningarna inte ska kännas igen har de givits nya namn av författarna).

### Material

Deltagarna fick besvara en enkät (se bilagorna 1-6), där frågor ställdes om avdelningstillhörighet, kön, ålder, civilstånd, antal barn, utbildning, yrke, eventuell sjukskrivning och antal år på arbetsplatsen. Därefter följde fyra skalor som mätte 1) upplevd stress, 2) mental ohälsa, 3) självkänsla samt 4) coping. Till sist ställdes frågor om krav, kontroll och stress.

#### *Upplevd stress*

Perceived Stress Scale (se bilaga 1) är ett mätinstrument utformat av Cohen, Kamarck och Mermelstein (1983). Skalan är designad att mäta i vilken grad människors livssituation upplevs som stressande och består av 14 påståenden. Undersökningsdeltagarna anger hur ofta de under den senaste månaden känt på ett speciellt sätt, t ex: ”Hur ofta har du under den senaste månaden känt dig nervös eller stressad?” Detta mäts på en femgradig Likertskala från 0 till 4 där 0 = ”Aldrig” och 4 = ”Mycket ofta”, Den svenska översättningen är gjord av Erskin och Parr (1996) och de har fått god validitet och reliabilitet vid användning av skalan i Sverige (alpha = 0.86). För att få fram en övergripande variabel adderades alla items i skalan (alpha för ”stress” = 0.87).

### *Mental ohälsa*

Detta mätinstrument, *General Health Questionnaire (GHQ-12)* (se bilaga 2), är utformat av Goldberg (1979) och är designat att identifiera förändringar i den mentala hälsan (depression, oro och somatisk hälsa). Instrumentet visar den *aktuella* hälsan jämfört med hur den *brukar* vara. Deltagarna ombeds att bedöma och gradera förekomst av eventuella besvär under den senaste sexmånadersperioden, ex: ”Har du under det senaste halvåret haft huvudvärk?”. Detta mäts på en femgradig Likertskala från 0 till 4 där 0 = ”Aldrig” och 4 = ”Mycket ofta”. För att få fram en övergripande variabel adderades alla items i skalan. Instrumentet visar på god reliabilitet (Cronbachs Alpha = 0.84).

### *Självkänsla*

Rosenbergs Self-esteem Scale (*SES*) (se bilaga 3) är en skala utformad av Rosenberg (1965) som mäter global självkänsla. Skalan består av tio påståenden som mäts på en fyrgradig Likertskala från 3 till 0 där 3 = ”Instämmer helt och 0 = ”Instämmer inte alls”. För att få fram en övergripande variabel adderades alla items i skalan. Reliabilitetskoefficienten (Cronbach Alpha) räknades ut till 0.87.

### *Coping*

Detta mätinstrument, *Brief Cope*, (se bilaga 4), är en förkortad version av Carvers Cope Inventory (1989), utformad av Carver (1997) och består av 28 påståenden som beskriver strategier att hantera stressande situationer. Den förkortade versionen har uppvisat lika god reliabilitet som originalversionen. Formuläret är ämnat att systematisera och mäta olika copingstrategier och är tänkt att kunna användas i olika undersökningssammanhang. Undersökningsdeltagarna anger på en fyrgradig Likertskala i vilken mån de brukar använda den nämnda copingstrategin, där 1 = ”Aldrig” och 4 = ”Mycket ofta”. De 28 påståendena är fördelade på följande 14 copingstrategier, se tabell 1. Copingstrategierna Positiv omtolkning och Distraherande aktiviteter uppvisade en korrelationskoefficient (Cronbach Alpha) på under .60. För positiv omtolkning används därför endast item 17 (Jag försöker finna något bra i det som sker) och för distraherande aktiviteter används endast item 19 (Jag gör annat för att slippa tänka på situationen).

Tabell 1. Copingstrategier indelade i kategorierna problemfokuserade-, emotionsfokuserade- och socialt stödstrategier av items ur Perceived Stress Scale

<u>Typ av coping</u>	<u>Item</u>	<u>Cronbachs <math>\alpha</math></u>
<i>Problemfokuserade copingstrategier</i>		
Aktiv coping	2, 7	,67
Planering	14, 25	,70
<i>Emotionsfokuserade copingstrategier</i>		
Förnekande	3, 8	,61
Accepterande	20, 24	,67
Ventilering	9, 21	,61
Positiv omtolkning	12,17	,29
Alkohol/droger	4, 11	,91
Självkritik	13, 26	,70
Humor	18, 28	,67
Distraherande aktiviteter	1, 19	,49
Religion	22, 27	,79
Uppgivenhet	6, 16	,62
<i>Socialt stödstrategier</i>		
Emotionellt stöd	5, 15	,81
Instrumentellt stöd	10, 23	,86

#### *Krav, kontroll, stress*

Enkäten avslutades med fyra frågor om upplevda krav på arbetet, upplevd möjlighet att påverka (kontroll), upplevd arbetsstress samt om arbetet upplevdes som påfrestande, se bilaga 5. Dessa mättes på en femgradig Likertskala där 1 = "Väldigt låg grad" och 5 = "Mycket hög grad". I anslutning till dessa frågor gavs möjlighet att ge egna kommentarer. Dessa kodades efter typ i kategorier för att få fram de vanligast förekommande svaren.

Kodningskategorierna för *krav* var Patienter (allt som har att göra med patienternas tillstånd, antal), Arbetsuppgifternas kvalitet (om de är komplicerade, tunga, svåra, ansvarstygda), Arbetsuppgifternas kvantitet (allt som har att göra med hur mycket som måste göras och hur många olika delar), Rollkrav (allt som har att göra med hur personen förväntas vara, känna, tycka). För *kontroll* var kodningskategorierna Prioritera (allt som har att göra med att välja

vad som ska göras), Samarbeta (allt som har att göra med att ta hjälp av andra eller vara flera på arbetsuppgifterna) och Flexibilitet (allt som har att göra med att vara öppen för förändringar). På frågan om undersökningsdeltagarna upplevde arbetet som stressigt var kodningskategorierna Tidsbrist (allt som har att göra med att inte hinna med vad som ska eller vill göras), Arbetsuppgifternas kvantitet (allt som har att göra med hur mycket som måste göras och hur många olika delar), Personalbrist (allt som har att göra med sjukskrivningar, underbemanning, för lite personal), Missnöje (allt som har att göra med missnöje med ledning, personal, arbetsuppgifter, yrke eller dylikt). Slutligen var kodningskategorierna Fysiskt tungt (allt som har att göra med kroppslig ansträngning), Psykiskt tungt (allt som har att göra med känslomässig, kognitiv ansträngning), Personalbrist (allt som har att göra med sjukskrivningar, underbemanning, för lite personal) och Otillräcklighet (allt som beskriver känslor av att inte hinna med, att vilja mer men inte kunna, att inte göra tillräckligt) för frågan om arbetet var påfrestande. Interbedömarreliabiliteten (70%) räknades ut genom att ett slumpmässigt stickprov valdes ut från svaren på varje fråga varefter en oberoende bedömare kodade dessa.

### Procedur

Efter att ha kontaktat – och fått godkännande från – personalansvariga, fackliga organisationer och klinikchefer, kontaktades avdelningsföreståndarna via telefon för att försäkra att personalen på avdelningarna dels var villiga att ställa upp, dels att avdelningsföreståndarna blivit korrekt informerade om undersökningen från personalansvariga och klinikcheferna. På ett möte med avdelningsföreståndarna informerades de om undersökningen. Betoning lades på frivilligheten, att svaren var anonyma och att de som ville kunde få veta sitt resultat. Avslutningsvis informerades föreståndarna om att resultaten kommer att redovisas skriftligt i en magisteruppsats och muntligt på sjukhuset. Därefter fick alla enkäter unika id-nummer för att de som ville veta sitt egna resultat skulle kunna få det, se bilaga 6. För att minimera ordningseffekter, fick varje avdelning samma enkäter men lagda i olika ordningsföljd. Enkäterna delades sen ut till respektive avdelningsföreståndare som i sin tur delade ut enkäterna till personalen samt informerade dem om undersökningen. Deltagarna kunde fylla i formulären på valfri plats, antingen hemma eller på arbetet. När de fyllt i formulären lades de i igentjepade uppsamlingslådor, där de hämtades av undersökningsledarna.

## RESULTAT

Först redovisas medelvärden från de fyra skalorna följt av resultaten från frågorna om krav, kontroll och stress. Efter detta redovisas resultaten från Pearsons korrelation som visar samband mellan upplevd stress, mental hälsa, copingstrategier, självkänsla samt upplevda krav och kontroll. Dessa samband samt linjära regressionsanalyser och stegvisa multipla regressionsanalyser ligger sedan till grund för de resultat som presenteras utifrån studiens hypoteser, se ”syfte” sid. 23. Slutligen följer resultaten från skillnader mellan avdelningar, ålder, utbildning, anställningstid och sjukdagar.

### Deskriptiva data

Deltagarnas medelvärde på skalan för *upplevd stress* var 1,61 (SD=0,57). *Mental ohälsa* hade ett medelvärde på 1,19 (SD=0,58), där det vanligaste symptomet på *mental ohälsa* var trötthet, följt av värk i övre delen av ryggen samt nacke (se tabell 2). Minst förekommande symptom var andfåddhet.

Tabell 2. Medelvärden och standardavvikelser för mental ohälsa, uppdelat efter item (N=77)

<u>Item</u>	M	SD
Obehag/värk i mage	1,19	1,23
Gaser, diarré	1,57	1,15
Värk i nedre rygg	1,68	1,19
Värk i övre rygg/nacke	1,78	1,33
Värk i andra leder	1,34	1,16
Muskelvärk	1,29	1,09
Förkylningar	1,25	0,91
Hosta eller heshet	0,92	0,82
Illamående	0,62	0,92
Yrsel	0,68	1,02
Huvudvärk	1,47	1,06
Sömnsvårigheter	1,38	1,03
Tröttare än vanligt	1,84	1,40
Ledsen/nedstämd	1,59	1,09
Smärta hjärta/bröst	0,57	1,01
Hjärtklappning	0,69	0,95
Andfåddhet	0,31	0,75



Medelvärde för *självkänsla* var 2,24 (SD=0,49). *Aktiv coping* var den vanligast förekommande copingstrategin, tätt följd av *planering*, se tabell 3, båda problemfokuserade copingstrategier. Den i studien minst förekommande strategin var bruk av *alkohol och droger*.

Tabell 3. Medelvärden och standardavvikelser för Copingstrategier, uppdelat i ordning efter förekomst (N=77)

<u>Copingstrategier</u>	M	SD
Aktiv	3,06	0,68
Planering	3,01	0,71
Accepterande	2,67	0,70
Emotionellt stöd	2,67	0,82
Positiv omtolkning	2,64	0,78
Ventilering	2,54	0,74
Instrumentellt stöd	2,54	0,77
Självkritik	2,29	0,73
Humor	2,27	0,61
Distraherande aktiviteter	2,07	0,80
Förnekande	1,43	0,49
Uppgivenhet	1,38	0,50
Religion	1,29	0,58
Alkohol	1,11	0,40

### Krav, kontroll och stress

Undersökningsdeltagarna uppgav ofta att de hade höga krav på sin arbetsplats (M=3,75, SD=0,70). I de öppna svaren uppgav undersökningsdeltagarna dels att ett stort antal arbetsuppgifter måste utföras på kort tid, dels att det fanns ett stort ansvar och krav på noggrannhet. Ytterligare upplevdes ett rollkrav – att ständigt vara glad och tillmötesgående, trots att känslorna upplevdes annorlunda.

Medelvärde för *upplevd kontroll* var 2,79 (SD=0,92) d v s något under ”lagom” kontroll. De vanligaste svaren när det gällde hur undersökningsdeltagarna tyckte att de kunde påverka sin arbetssituation var att prioritera, att be om hjälp samt att vara öppen och flexibel. På frågan om undersökningsdeltagarna upplevde sitt arbete som stressigt var medelvärde 3,34 (SD=0,67), något över ”lagom” stressigt. De egna kommentarerna visade att den upplevda stressen berodde på flera faktorer. Dessa var dels att arbetet består av en mängd olika

arbetsuppgifter som ska utföras samtidigt, under ständiga avbrott, dels av personalbrist och överbeläggningar. En känsla beskrivs av att vilja men inte kunna – att inte räcka till.

Den sista frågan i enkäten gällde hur påfrestande undersökningsdeltagarna upplevde att arbetet var. Medelvärdet var 3,03 och standardavvikelsen 1,09, d v s ”lagom” påfrestande. De egna kommenterarna visade att det mest påfrestande med arbetet var att det upplevdes fysiskt men framförallt psykiskt tungt. Fysiskt i form av tunga lyft, psykiskt i form av att det upplevs känslomässigt tungt att ta hand om sjuka, döende och anhöriga, vilket förväntas göras på ett professionellt sätt samtidigt som en rad andra arbetsuppgifter ska utföras.

### Samband mellan variabler

För att undersöka sambanden mellan *självkänsla*, *copingstrategier*, *upplevd stress*, *mental ohälsa*, *krav* och *kontroll* gjordes en Pearsons korrelation (se tabell 4). *Självkänsla* och *upplevd stress* har en negativ korrelation. Detta innebär att vid hög självkänsla upplevs lägre stress än vid låg självkänsla. *Självkänsla* och *mental ohälsa* visar på en negativ korrelation. När *självkänslan* är hög, är också den *mentala hälsan* bättre än vid låg *självkänsla*. De problemfokuserade copingstrategierna (*aktiv coping* och *planering*) visar på negativa samband med *upplevd stress* och *mental ohälsa*. När användandet av dessa copingstrategier minskar, ökar den *upplevda stressen* och den *mentala ohälsan*. Med *självkänsla* visar de positiva samband. Detta innebär att när *självkänslan* är hög används dessa copingstrategier ofta. Flera emotionsfokuserade copingstrategier hade positiva samband med *upplevd stress* (*förnekande*, *uppgivenhet*, *alkohol/droger* och *självkritik*) och *mental ohälsa* (*förnekande*, *uppgivenhet* och *självkritik*) samt negativt samband med *självkänsla* (*distraherande aktiviteter*, *alkohol/droger*, *uppgivenhet* och *självkritik*). Det finns dock en emotionsfokuserad copingstrategi (*positiv omtolkning*) som hade ett negativt samband med *upplevd stress* och *mental hälsa* och ett positivt samband med *självkänsla*, se tabell 4.

Upplevda *krav* och upplevd *kontroll* korrelerar positivt sinsemellan samt med *upplevd stress* men de visar inga samband med *mental ohälsa* eller någon av copingstrategierna.

**Tabell 4.** Pearsons korrelationskoefficienter för variablerna självkänsla, copingstrategier (14 st), mental ohälsa, upplevd stress, krav och kontroll (N=77)

Variabel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. Självkänsla	--																		
2. Upplevd stress	-.65**	--																	
3. Mental ohälsa	-.53**	.66**	--																
4. Krav	-.16	.25*	.21	--															
5. Kontroll	.18	-.28*	-.21	-.38**	--														
6. Aktiv coping	.41**	-.42**	-.29*	-.03	.07	--													
7. Disträherande aktiviteter	-.34**	.20	.19	.05	-.02	-.13	--												
8. Förnekande	-.13	.26*	.34**	.08	.07	-.35**	.20	--											
9. Alkohol/droger	-.38**	.37**	.20	-.02	-.10	-.29*	.02	.01	--										
10. Emotionellt stöd	.17	-.19	-.17	-.15	.13	.41**	.05	-.10	-.04	--									
11. Instrumentellt stöd	.11	-.15	-.16	-.11	.13	.32**	.04	-.16	-.00	.82**	--								
12. Uppgivenhet	-.42**	.48**	.32**	.13	-.20	-.37**	.12	.13	.33**	-.06	.01	--							
13. Ventilering	-.10	.00	-.07	.15	-.03	.31**	.11	-.22	.15	.48**	.38**	.09	--						
14. Positiv omtolkning	.31**	-.35**	-.28*	-.16	.03	.22	-.01	-.15	-.07	.34**	.33**	-.21	.04	--					
15. Planering	.32**	-.35**	-.26*	.02	.09	.56**	-.12	-.22	-.06	.26*	.19	-.15	.13	.38**	--				
16. Humör	-.22	.19	.07	-.03	.12	-.06	.05	.07	.30**	.18	.08	.15	.24*	.14	.17	--			
17. Accepterande	.16	.00	.08	.10	-.16	.16	-.11	.04	.09	-.04	-.07	-.16	-.02	.26*	.37**	.19	--		
18. Religion	-.01	.05	.08	-.12	.03	-.02	-.01	.11	-.03	.06	-.01	.03	-.06	.09	.02	.17	.10	--	
19. Självkritik	-.65**	.49**	.41**	.10	-.21	-.19	.21	.15	.38**	.12	.07	.35**	.15	-.02	-.21	.27*	.03	.08	--

Not. \*\* p<0,01, \* p<0,05.

### Stress och mental hälsa

En stegvis multipel regressionsanalys utfördes för att se vilka variabler som bidrog till att förklara mental ohälsa, se tabell 5. De oberoende variablerna var *självkänsla*, *upplevd stress*, *aktiv coping*, *förnekande*, *uppgivenhet*, *positiv omtolkning*, *planering* och *självkritik* och beroende variabel var *mental ohälsa*.

**Tabell 5.** Summering av stegvis multipel regressionsanalys för förklarad varians i mental ohälsa utifrån prediktorvariablerna självkänsla, stress, aktiv coping, förnekande, uppgivenhet, positiv omtolkning, planering och självkritik (N=77)

Prediktorvariabel	B	SE B	β	R <sup>2</sup>
Upplevd stress	,61	,09	,61	43,2*
Förnekande	,21	,10	,18	3,1*
Självkänsla	Utesluten	Utesluten	Utesluten	Utesluten
Aktiv coping	Utesluten	Utesluten	Utesluten	Utesluten
Uppgivenhet	Utesluten	Utesluten	Utesluten	Utesluten
Positiv omtolkning	Utesluten	Utesluten	Utesluten	Utesluten
Planering	Utesluten	Utesluten	Utesluten	Utesluten
Självkritik	Utesluten	Utesluten	Utesluten	Utesluten

Not. \*p<,05.

## Coping

Eftersom *upplevd stress* och *mental ohälsa* förklarar variansen hos varandra till en stor del ( $R^2=43,2\%$ ) försvinner effekter av flera andra variabler när dessa inkluderas i regressionsanalysen. Dessa variabler utesluts därför från kommande regressioner för att kunna se vilken betydelse övriga faktorer har för *upplevd stress* och *mental ohälsa*. En stegvis multipel regressionsanalys utfördes med *aktiv coping*, *förnekande*, *alkohol/droger*, *uppgivenhet*, *positiv omtolkning*, *planering* och *självkritik* som oberoende variabler och *upplevd stress* som beroende variabel, se tabell 6. Sammanlagt förklarar *självkritik*, *positiv omtolkning*, *aktiv coping* och *uppgivenhet* 47% av variationen i *upplevd stress*. *Självkritik* är den enskilda prediktorvariabel som har starkast beta-värde (se tabell 6) och som därmed är den copingstrategi som bäst kan förklara variansen i *upplevd stress*.

Tabell 6. Summering av stegvis multipel regressionsanalys för förklarad varians i upplevd stress utifrån prediktorvariablerna aktiv coping, förnekande, alkohol/droger, uppgivenhet, positiv omtolkning, planering och självkritik (N=77)

<u>Prediktorvariabel</u>	<u>B</u>	<u>SE B</u>	<u><math>\beta</math></u>	<u><math>R^2</math></u>
Självkritik	,27	,07	,35	23,7*
Aktiv coping	-,20	,08	-,23	11,2*
Positiv omtolkning	-,19	,06	-,26	7,7*
Uppgivenhet	,27	,11	,24	4,4*
Förnekande	Utesluten	Utesluten	Utesluten	Utesluten
Alkohol/droger	Utesluten	Utesluten	Utesluten	Utesluten
Planering	Utesluten	Utesluten	Utesluten	Utesluten

Not. \* $p < .05$ .

För att se effekterna av copingstrategierna på den *mentala ohälsan* utfördes en stegvis multipel regressionsanalys med *aktiv coping*, *förnekande*, *uppgivenhet*, *positiv omtolkning*, *planering* och *självkritik* som oberoende variabler och *mental ohälsa* som beroende variabel, se tabell 7. Sammanlagt förklarade *självkritik*, *förnekande* och *positiv omtolkning* 29% av variationen i *mental ohälsa*. *Självkritik* är den enskilda prediktorvariabel som har starkast beta-värde (se tabell 7) och som därmed bäst kan förklara *mental ohälsa* bland copingstrategierna.

Tabell 7. Summering av stegvis multipel regressionsanalys för förklarad varians i mental ohälsa utifrån prediktorvariablerna aktiv coping, förnekande, uppgivenhet, positiv omtolkning, planering och självkritik (N=77)

<u>Prediktorvariabel</u>	<u>B</u>	<u>SE B</u>	<u>β</u>	<u>R<sup>2</sup></u>
Självkritik	,29	,08	,37	17*
Förnekande	,29	,12	,25	7,9*
Positiv omtolkning	-,16	,07	-,22	4,1*
Uppgivenhet	Utesluten	Utesluten	Utesluten	Utesluten
Aktiv coping	Utesluten	Utesluten	Utesluten	Utesluten
Planering	Utesluten	Utesluten	Utesluten	Utesluten

Not. \*p<.05.

### Självkänsla

För att se i vilken utsträckning *självkänsla* förklarar variansen i olika copingstrategier, upplevd stress och mental ohälsa utfördes flera separata linjära regressionsanalyser med *självkänsla* som oberoende variabel och *aktiv coping*, *distraherande aktiviteter*, *alkohol/droger*, *uppgivenhet*, *positiv omtolkning*, *planering*, *självkritik*, *upplevd stress* respektive *mental ohälsa* som beroende variabler (se tabell 8).

Tabell 8. Summering av linjära regressionsanalyser för förklarad varians utifrån oberoende variabeln självkänsla (N=77)

<u>Beroende variabel</u>	<u>B</u>	<u>SE B</u>	<u>β</u>	<u>R<sup>2</sup></u>
Aktiv coping	,57	,15	,40	16,4*
Distraherande aktiviteter	-,54	,18	-,33	11*
Alkohol/droger	-,32	,09	-,38	14,6*
Uppgivenhet	-,44	,11	-,42	17,9*
Positiv omtolkning	,50	,18	,31	10*
Planering	,47	,16	,32	10,3*
Självkritik	-,98	,13	-,65	42,5*
Upplevd stress	-,77	,10	-,65	42,5*
Mental ohälsa	-,63	,12	-,53	28,2*

Not. \*p<.05.

De linjära regressionerna visade bl a att *självkänsla* förklarade 10% av variansen i *positiv omtolkning*, 42,5% av variansen i upplevd stress och 28,2% av variansen i *mental ohälsa*.

För att se om *självkänsla* fanns med som prediktor mot *upplevd stress* tillsammans med andra oberoende variabler genomfördes en stegvis multipel regressionsanalys. De oberoende variablerna var *självkänsla*, *mental ohälsa*, *krav*, *kontroll*, *aktiv coping*, *förnekande*, *alkohol/droger*, *uppgivenhet*, *positiv omtolkning*, *planering* och *självkritik* och *upplevd stress* var beroende variabel, se tabell 9. Sammanlagt förklarar *mental ohälsa*, *självkänsla* och *uppgivenhet* 59,3% av variationen i *upplevd stress*. *Mental ohälsa* är den enskilda prediktorvariabel som har starkast beta-värde (se tabell 9) och som därmed bäst kan förklara *upplevd stress*.

Tabell 9. Summering av stegvis multipel regressionsanalys för förklarad varians i upplevd stress utifrån prediktorvariablerna *självkänsla*, *mental ohälsa*, *krav*, *kontroll*, *aktiv coping*, *förnekande*, *alkohol/droger*, *uppgivenhet*, *positiv omtolkning*, *planering*, *självkritik* (N=77)

<u>Prediktorvariabel</u>	<u>B</u>	<u>SE B</u>	<u>β</u>	<u>R<sup>2</sup></u>
Mental ohälsa	,39	,09	,39	43,2*
Självkänsla	-37	,11	-,31	12,8*
Uppgivenhet	,22	,09	,19	3,3*
Positiv omtolkning	Utesluten	Utesluten	Utesluten	Utesluten
Krav	Utesluten	Utesluten	Utesluten	Utesluten
Kontroll	Utesluten	Utesluten	Utesluten	Utesluten
Aktiv coping	Utesluten	Utesluten	Utesluten	Utesluten
Förnekande	Utesluten	Utesluten	Utesluten	Utesluten
Alkohol/droger	Utesluten	Utesluten	Utesluten	Utesluten
Planering	Utesluten	Utesluten	Utesluten	Utesluten
Självkritik	Utesluten	Utesluten	Utesluten	Utesluten

Not. \*p<,05.

### Skillnader mellan grupper

Bakgrundsdata kring avdelningstillhörighet, ålder, utbildning, anställningstid och antal sjukdagar sammanställdes och skillnader analyserades med variansanalyser (ANOVA) i förhållande till de olika skalorna i enkäten samt upplevd krav och kontroll. Då undersökningsdeltagarna nästan uteslutande bestod av kvinnor, gjordes inga jämförelser för variabeln kön.

### *Avdelningar*

Flera skillnader påvisades mellan de olika avdelningarna. Enligt en ANOVA med *självkänsla* som beroende variabel och avdelningar som oberoende variabel fanns signifikanta skillnader mellan avdelningar ( $F(3, 77) = 4,79, p < .05$ ), där Avdelning L uppmätte de högsta nivåerna av *självkänsla* och Avdelning E de lägsta nivåerna (se tabell 10). Bonferroni Post hoc-test visade att anställda på Avdelning E hade signifikant lägre *självkänsla* än anställda på avdelningarna L och O.

Tabell 10. Medelvärden och standardavvikelser för *självkänsla*, uppdelat efter avdelning (N=77)

<u>Avdelning</u>	Antal	M	SD
L	17	2,42	0,28
E	20	1,92	0,60
P	18	2,28	0,45
O	22	2,37	0,40

Tendenser till skillnader kunde påvisas i *upplevd stress* ( $F(3, 77) = 0,77, p = .07$ ) där Avdelning L (M=1,86, SD=0,55) upplevde de lägsta nivåerna av stress och Avdelning E (M=1,37, SD=0,53) de högsta nivåerna. Även den *mentala hälsan* tenderade skilja sig mellan avdelningar ( $F(3, 77) = 2,66, p = .06$ ) där Avdelning P (M=1,00, SD=0,55) uppvisade de lägsta nivåerna av symptom på *mental ohälsa*, medan Avdelning E (M=1,47, SD=0,55) uppvisade de högsta nivåerna.

Det fanns även skillnader i användande av copingstrategier mellan avdelningarna. Signifikanta skillnader i användande av copingstrategierna *självkritik* ( $F(3, 77) = 1,80, p <$

.05) och *distraherande aktiviteter* ( $F(3, 77) = 0,97, p < .05$ ) påvisades. Ett Post Hoc-test (Bonferroni) visade att undersökningsdeltagare från Avdelning E ( $M=2,70$   $SD=0,91$ ) var signifikant mer *självkritiska* än deltagare från Avdelning O ( $M=2,05, SD=0,58$ ). Skillnader i *distraherande aktiviteter* fanns, enligt Bonferroni Post Hoc-test, mellan Avdelning E ( $M=2,23, SD=0,62$ ) och Avdelning P ( $M=1,74, SD=0,55$ ), där Avdelning E använde copingstrategin oftast.

### *Ålder*

En envägs ANOVA med *upplevd stress* som beroende variabel och ålder som oberoende påvisade signifikanta skillnader ( $F(3, 77) = 3,07, p < .05$ ) mellan åldersgrupper. Som framgår i tabell 13 var de yngsta deltagarna mest stressade och de äldsta minst. Bonferroni Post Hoc-test visade att skillnaderna i upplevd stress fanns mellan anställda i åldersgruppen 20-30 år och anställda i åldern 51 år och uppåt.

Tabell 11. Medelvärden och standardavvikelser för upplevd stress, uppdelat efter åldersgrupper (N=77)

<u>Ålder</u>	Antal	M	SD
1. 20 – 30 år	26	1,85	0,53
2. 31 – 40 år	20	1,52	0,64
3. 41 – 50 år	19	1,57	0,61
4. 51 – uppåt	12	1,31	0,26

Signifikanta skillnader mellan åldersgrupper i användande av copingstrategin *instrumentellt stöd* kunde också påvisas ( $F(3, 77) = 2,14, p < .01$ ). Ett Bonferroni Post Hoc-test visade att skillnaderna fanns mellan de äldsta ( $M=2,08, SD=0,51$ ) och de yngsta ( $M=2,90, SD=0,77$ ), där de äldsta tog hjälp av andra personer i lägst grad.

### *Utbildning*

Det fanns en signifikant skillnad ( $F(1, 77) = 3,82, p < .01$ ) mellan högre och lägre utbildningsnivå när det gällde copingstrategin *ventilering*, där personer med högskoleutbildning ( $M=2,27, SD=0,63$ ) använde strategin i lägre utsträckning än de som inte var akademiskt utbildade ( $M=2,72, SD=0,75$ ). Tendens till skillnader i *instrumentellt stöd* kunde även påvisas ( $F(1, 77) = 2,06, p < .06$ ), där undersökningsdeltagare utan



högskoleutbildning ( $M=2,67$ ,  $SD=0,84$ ) tenderade söka mer *instrumentellt stöd* än högskoleutbildade ( $M=2,33$ ,  $SD=0,62$ ).

### *Anställningstid*

Anställningstiden varierade mellan två månader och 32,4 år ( $M=5,8$  år,  $SD=7,5$ ). För databearbetningen indelades anställningstiden i tre grupper: 1 = 0-1 år, 2 = 1-10 år, 3 = 10 år eller mer. Inga signifikanta skillnader kunde påvisas, men en tendens till skillnad ( $F(2, 74) = 0,63$ ,  $p = .07$ ), där personer som varit anställda lång tid tenderade ha högre *självkänsla* än personer med kortare anställningstid. Att söka *instrumentellt stöd* var, enligt en ANOVA ( $F(2, 74) = 1,82$ ,  $p < .05$ ), vanligare bland personer som varit anställda kortast tid ( $M=2,83$ ,  $SD=0,74$ ) än bland dem som varit anställda längst tid ( $M=2,10$ ,  $SD=0,57$ ). Enligt ett Post Hoc-test (Bonferroni) fanns signifikanta skillnader mellan de som varit anställda mindre än ett år och de som varit anställda över tio år. Tendenser till skillnader kunde påvisas även för copingstrategin *självkritik* ( $F(2, 74) = 1,53$ ,  $p = .06$ ) där personer som varit anställda kortast tid ( $M=2,45$ ,  $SD=0,81$ ) tenderade att vara mer självkritiska än de som varit anställda längst tid ( $M=1,80$ ,  $SD=0,54$ ). Personer som varit anställda längst tid upplevde, enligt en envägs ANOVA, de lägsta *kraven*, ( $F(2, 74) = 5,79$ ,  $p < .01$ ) (se tabell 12). Ett Bonferroni Post Hoc-test visade att deltagare som varit anställda över 10 år upplevde lägre krav än båda de som varit anställda under ett år och deltagare som varit anställda ett till tio år.

Tabell 12. Medelvärden och standardavvikelser för Krav, uppdelat efter anställningstid (N=74)

<u>Anställningstid</u>	Antal	M	SD
1. 0-1 år	19	3,51	0,60
2. 1-10 år	45	3,95	0,71
3. 10 – uppåt	10	3,30	0,48

Undersökningsdeltagare med lång anställningstid upplevde även mer kontroll över sin arbetssituation ( $F(2, 74) = 3,40$ ,  $p < .05$ ) än de som arbetat kortare tid (se tabell 13). Signifikanta skillnader fanns, enligt Bonferroni Post Hoc-test, mellan deltagare som varit anställda i ett till tio år och anställda över tio år.

Tabell 13. Medelvärden och standardavvikelser för Kontroll, uppdelat efter anställningstid (N=74)

Anställningstid	Antal	M	SD
1. 0-1 år	19	2,87	0,60
2. 1-10 år	45	2,60	0,71
3. 10 – uppåt	10	3,50	0,48

### *Sjukdagar*

Antalet sjukdagar varierade mellan 0 och 75 dagar (M=5,8, SD=12,4). 26 personer hade inga sjukdagar alls under året, men det vanligaste var att ha varit sjukskriven 2 dagar. Endast 11 deltagare hade 10 sjukdagar eller mer. För databearbetningen indelades deltagare efter antalet sjukdagar i två grupper: 1=0-7 dagar, 2=8 dagar eller mer. Den enda skillnad som påvisades mellan de som varit sjukskrivna kortare eller längre tid var i användandet av copingstrategin *religion* ( $F(1, 73) = 1,62, p < .05$ ). De som hade högre antal sjukdagar (M=1,60, SD=0,93) använde sig mer av sin religiösa tro vid hanterandet av stress än de som hade lägre antal sjukdagar (M=1,19, SD=0,41).

### Diskussion

Ny statistik har visat att stressen och ohälsan ökar i Sverige. Statistiken har också visat att personer som är särskilt drabbade av stress ofta arbetar inom vård och omsorg, där de ofördelaktiga förhållandena höga krav och låg kontroll har blivit allt vanligare. Under det hårda förhållande som råder på arbetsmarknaden har det blivit allt viktigare att se hur stress och ohälsa kan motverkas. Då copingförmåga och självkänsla är två faktorer som visat sig ha betydelse för hur människan påverkas av stress var syftet med denna studie att se om självkänsla och val av copingstrategier kan bidra till att förklara upplevd stress och mental ohälsa. Syftet var också att analysera sambandet upplevd stress-mental ohälsa, samt att se om självkänsla även påverkade val av copingstrategi och upplevelse av krav och kontroll på arbetsplatsen. I studien som utfördes på sjukvårdspersonal gjordes också jämförelser mellan olika grupper av personal. Resultatet av studien visar att det i flera fall går att dra klara

slutsatser kring upplevd stress och mental ohälsa, samt kring självkänslans och copingstrategiers betydelse för den upplevda stressen och mentala ohälsan.

### *Upplevd stress och mental ohälsa*

Den första hypotesen bygger på antagandet att hög upplevd stress förklarar hög mental ohälsa. Detta bekräftades också i studien då det visade sig att hög upplevd stress hade starka signifikanta samband med mental ohälsa. Vidare framkom det i resultatet att upplevd stress bidrar till att förklara hela 43,2% av variansen i mental ohälsa. Sambandet är alltså väldigt starkt, vilket stöder förklaringen att det stressiga klimatet på arbetsmarknaden till stor del ligger bakom de senaste årens ökade ohälsa, vilket Arbetsmiljöverket (2001a), Lundberg (2002), Johannisson (2002), Levi (2002), m fl hävdar. Det starka sambandet mellan variablerna kan även förklaras som en ömsesidig påverkan där ohälsan också påverkar stressnivån. Det är troligt, vilket Lundberg (2002) menar, att en person som har ett hälsoskadligt beteende med låg fysisk aktivitet, dåliga kostvanor och olika former av missbruk kan få sämre motståndskraft mot stressens skadliga inverkan på kroppen.

### *Coping*

Enligt den aktuella studiens resultat går det att se att copingstrategier kan vara av stor betydelse för upplevd stress och mental ohälsa. Det har gått att påvisa att vissa copingstrategier (aktiv coping, planering och positiv omtolkning) har en positiv inverkan på upplevd stress och mental ohälsa, medan andra har en negativ inverkan (förnekande, uppgivenhet, självkritik (och för upplevd stress även alkohol/droger)) vilket stöder forskning av Carver m fl (2000), Lazarus (1990) och Ort-Gomér (2000) som pekar på att effektiva copingstrategier kan bidra till att bevara en god hälsa, medan andra strategier kan förvärra situationen.

De copingstrategier som i studien visade sig vara av betydelse för stress och ohälsa stämmer relativt väl överens med vad som framkommit i den tidigare forskningen (Carver m fl, 2000; Lazarus, 1990). Undantaget är socialt stöd som i denna studie inte visade sig ha samband med upplevd stress eller mental ohälsa. Sökande av såväl emotionellt som instrumentellt stöd var två av de vanligare copingstrategierna bland undersökningsdeltagarna, men de hade varken positiva eller negativa effekter på stressupplevelsen eller den mentala hälsan. Om dessa copingstrategier i vanliga fall är av betydelse, är det svårt att förklara varför denna studies resultat ser ut på ett annat sätt. En förklaring skulle kunna vara att deltagarna inte *får* adekvat

stöd eller den hjälp de söker vid påfrestande situationer, och därmed får strategin ingen effekt, ett annat skulle kunna vara att de använda skalorna inte fångar upp sambanden. Ett annat alternativ är att gruppen skiljer sig från andra grupper, kanske beroende av den arbetsmiljö de verkar inom, eller rent slumpmässigt.

Socialt stöd, som en buffert i sig, skilt från egenskapen av aktiv copingstrategi, har även det, enligt Theorell (2000), Alfredsson, Hammar och Johansson (1993) samt Arbetsmiljöverket (2001a), visat sig vara av betydelse för hälsan. Detta bekräftas inte heller i denna studie då den upplevda stressen och mentala hälsan inte var lägre bland dem som sökte råd eller stöd hos andra. Att aktivt söka socialt stöd vid påfrestande situationer säger dock inget om den *tillgång* till socialt nätverk som finns i omgivningen. Detta gör att det möjligtvis inte går att dra slutsatser kring detta utan kräver utökade kunskaper om det faktiska sociala nätverket kring undersökningsdeltagarna.

Flera copingstrategier bidrog till att förklara variansen i den upplevda stressen. Tre emotionsfokuserade copingstrategier (positiv omtolkning, självkritik och uppgivenhet) bidrog till att förklara stressupplevelsen vilka, enligt Guindon (2000), Greenglass (1995) samt Bhagat, Allie och Ford (1995), har samband med högre nivåer av stress och ohälsa. En problemfokuserad copingstrategi (aktiv coping) bidrog också till att förklara stressupplevelsen. Att en problemfokuserad, aktiv copingstrategi hade positiva effekter på den upplevda stressen är inte förvånande då den återkommande i ett flertal studier visat sig ha denna effekt.

Generellt kan det sägas att den aktuella studien visat att problemfokuserade copingstrategier är bättre och mer effektiva än emotionsfokuserade, liksom Guindon, (2000), Greenglass (1995) samt Bhagat, Allie och Ford (1995) hävdar, då ingen av de två problemfokuserade strategierna i denna studie visat sig bidra till att öka stress. Lazarus (1990) menar dock att det inte går att säga att emotionsfokuserad coping nödvändigtvis är sämre än problemfokuserad, vilket finner stöd i denna studie att den emotionsfokuserade strategin positiv omtolkning som liksom aktiv coping har samband med minskad upplevd stress. Det finns olika former av emotionsfokuserad coping som står långt ifrån varandra i egenskaper, där självkritik skulle kunna stå för den ena ytterligheten och positiv omtolkning för den andra. Dessa kan på grund av sina olikheter vara svårt att dra gemensamma slutsatser kring när det gäller effektivitet. Det

kan därför vara mer intressant att titta på enskilda copingstrategier och därmed undvika att gå miste om intressanta fakta som kategorisering annars kan medföra.

Ett antal copingstrategier bidrog också till att förklara variansen i mental ohälsa, självkritik, förnekande och positiv omtolkning, samtliga emotionsfokuserade. Detta innebär, enligt studiens resultat, att problemfokuserade copingstrategier inte direkt bidrar till att förklara hälsan, men indirekt via den upplevda stressnivån som till viss del kunde förklaras av aktiv coping. Förtydligat skulle val av copingstrategin aktiv coping kunna bidra till att förklara stressnivån, vilken inte blir lika hög som den kunnat vara och därmed inte har samma negativa effekt på hälsan.

Liksom vid upplevd stress fanns både självkritik och positiv omtolkning med som bidrag i förklarandet av variansen i mental ohälsa. I båda fallen har självkritik den allra största förklaringsgraden, vilket tillsammans med förnekande har stor betydelse för den mentala hälsostatusen, vilket stämmer överens med de resultat som Ort-Gomér (2000) kom fram till. Dessa resultat visar på den enorma betydelsen som val av copingstrategi innebär, då det dels har betydelse för hur en person effektivt kan hantera påfrestningar så att stressnivån inte blir för hög, långvarig och därmed skadlig för hälsan, dels då val av copingstrategi tycks kunna ha en direkt inverkan på den mentala hälsan.

### *Självkänsla*

Som förväntat visar studiens resultat att självkänsla bidrar till att förklara valet av olika copingstrategier, dock inte alla. Resultatet visar att bland de 14 olika copingstrategierna kan självkänsla bl a bidra till att förklara de båda problemfokuserade copingstrategierna, aktiv coping och planering. Detta kan dels kopplas till att hög självkänsla ingjuter ett förtroende hos individen att effektivt handskas med hotande situationer (Rector & Roger, 1996), dels att hög självkänsla bidrar till en mängd självförhöjande reaktioner vid en hotande situation (Rector & Roger, 1997). I takt med ökad självkänsla tolkas en situation mer och mer utmanande och full av möjligheter, istället för mer och mer hotfull i takt med lägre självkänsla. En förklaring till detta kan vara att själva *mekanismen* bakom ingjutet förtroende i en hotande situation och *en* av de *självförhöjande* reaktionerna är den emotionsfokuserade copingstrategin positiv omtolkning. Positiv omtolkning påvisar också en positiv korrelation med självkänsla, precis som de båda problemfokuserade copingstrategierna.

Sjukvårdspersonalens användande av problemfokuserade copingstrategier och andra effektiva copingstrategier (positiv omtolkning) i relation till deras självkänsla stämmer bra överens med de resultat som Kling, Hyde, Showers och Buswell (1999) fick fram i sin undersökning, där de tydligt visar att självkänsla är relaterat till *effektiva* copingstrategier. Naturligt nog har också resultaten i denna studie visat att med ökad självkänsla, ökar användandet av alla de tre effektiva copingstrategierna. Utifrån perspektivet att självkänsla är en coping-tillgång så bidrar också denna studie till att bekräfta den tesen. Stein och Nyamathis (1999) forskning visade att självkänsla har en direkt påverkan på och samband med aktiv coping. Resultatet i denna studie visar också att det *starkaste sambandet* och den *högsta förklaringsgraden* mellan självkänsla och effektiva copingstrategier fanns mellan självkänsla och aktiv coping. Detta stämmer mycket väl överens med vad Carver, Scheier, och Weintraub (1989) fann; att med hög självkänsla ökade aktiv copingstrategi, medan med lägre självkänsla ökade undvikande copingstrategi.

Resultaten visar också att självkänsla bidrar till att förklara användandet av mindre effektiva emotionsfokuserade copingstrategier, som distraherande aktiviteter, alkohol/droger, uppgivenhet och självkritik. I takt med lägre självkänsla, ökade bruket av dessa emotionsfokuserade copingstrategier. Detta kan kopplas till att låg självkänsla generellt bidrar till att en individ klarar mindre och lätt ger upp därför att situationen upplevs som starkt hotande. Sämre självkänsla kan också bidra till att individen inte upplever sig som kompetent att ifrågasätta sina copingstrategier (självkritik istället för självinsikt). Ett sätt att reducera obehaget som uppstår i en hotande situation kan bli att skjuta upp problemet genom distraherande aktiviteter. Låg självkänsla och mindre effektiva copingstrategier kan också gå hand i hand genom ömsesidig verkan där båda bekräftar varandra – en ond cirkel som kan vara svår att bryta (Branden, 1994; 2001).

Att självkänsla inte har något samband med copingstrategier som fokuserar på socialt stöd kan inte helt förklaras. Coopersmith (1967) och Rosenberg (1965) påpekar båda att med låg självkänsla är individen sämre i sin sociala förmåga och har mer tvekan inför och större problem med andra människor. Detta borde rimligtvis leda till att hög självkänsla bidrar till ökad social kontakt på t ex en arbetsplats. Men dessa påståenden stämmer inte överens med resultaten i denna studie, då sambanden mellan självkänsla, emotionellt stöd och instrumentellt stöd varken påvisade signifikanta negativa eller positiva korrelationer. Det enda

denna studie visade var att självkänsla har en tendens till en positiv korrelation till dessa copingstrategier, men inget kan fastställas.

Som förväntat visar studiens resultat att självkänsla bidrar till att förklara upplevd stress. Detta kan kopplas till att vid hög självkänsla ökar, enligt ovan, användandet av effektiva copingstrategier, vilka har visat sig bidra till att dämpa upplevd stress. Resultatet kan också kopplas till att hög självkänsla *per se* kan minska både den fysiologiska och psykologiska stressupplevelsen, vilket stämmer väl överens med tidigare forskning av Guindon (1999). Brockner har påpekat att den nivå i självkänsla den anställde går in med i arbetet korrelerar med hur denne handskas med kroniska stressorer på arbetsplatsen (1988).

Att sjukvårdspersonalens upplevda stress korrelerar med deras nivå i självkänsla stämmer väl överens med de resultat som Rector och Roger (1997) kom fram till. Oavsett nivån på stressituationen har självkänsla en dämpande effekt på upplevd stress. Detta visar att oavsett vilken arbetsplatssituation den anställde hamnar i, kommer dennes självkänsla bidra till att påverka stressreaktionen.

Resultatet i denna studie bekräftar antagandet att självkänsla bidrar till att förklara mental ohälsa. Detta kan delvis bero på att mental ohälsa och stress är starkt förknippade. Som ovan nämnt kan självkänsla dämpa stressupplevelsen – och med dämpad stress följer bättre fysisk och psykisk hälsa. Detta stämmer också överens med vad Rector och Roger (1996) skriver om att självkänslan via den primära bedömningsprocessen mildrar förhållandet mellan stress och sjukdomar. Den undersökning som Wulff (1995) utförde och som pekar på att självkänsla och mental hälsa har en stark samverkande korrelation vid en given tidpunkt och ålder, stämmer väl överens med resultatet i denna studie.

Detta kan delvis förklaras av att självkänsla påverkar i vilken grad händelser och situationer ses som positiva utmaningar. Hög självkänsla bidrar till en mer välvillig syn på tillvaron, medan låg självkänsla bidrar till en mer hotfull syn på tillvaron. Dessa olika mentala attityder till livet torde rimligtvis påverka både den psykiska och somatiska hälsan. Att låg självkänsla ofta ackompanjeras med högt depressivt tillstånd påvisar flera studier (Bolognini, Plancherel, Bettschart och Halfon, 1996; Stein & Nyamathi, 1999). Men även somatiska bekymmer kommer ofta som en följd av dålig självkänsla (Rector & Roger, 1996).

Även Rosenbergs (1965) studier visar att låg självkänsla ökar ångestkänslor, samt att låg självkänsla skapar ett oroligt tillstånd. Detta kan ligga i linje med vad Rector och Roger, (1996) fann; att individer med låg självkänsla tillsammans med ett grubblande sinnelag (stor oro) påvisar sämst hälsa direkt efter en stressupplevelse. Detta ”grubblande sinnelag” kan i sig vara en konsekvens av låg självkänsla. En individ med hög självkänsla hyser större tilltro till sig själv och finner då ingen anledning till att grubbla och bli självkritisk. Resultatet i denna studie visar också, som nämnt tidigare, att självkänsla har en signifikant negativ korrelation med självkritik. Det kan antas att självkritiken i sig kan bidra till att skapa ohälsa såsom depression, ångest och till och med somatiska problem som höga hjärtslag. Om det är så att individer med låg självkänsla har svårt att handskas med obehagliga känslor (och gärna gör allt för att få bort dem) kan det tänkas att ökade känslor av ångest och depression i sig också sänker självkänslan än mer och situationen mynnar ut i ett cirkulärt negativt beteendemönster. Det är förmodligen också den här formen av beteendemönster som gör att en del hävdar att hög självkänsla bidrar till att livet levs bättre, som Branden (1994; 2001), hävdar. Även Furnham (1997) menar att det finns bevis för att hög självkänsla bidrar till ökad hälsa, lyckligare människor (som också bör ses som en hälsovariabel) och ökad produktivitet i arbetet.

### *Skillnader mellan grupper*

De skillnader som påvisades mellan avdelningar visade att samma avdelning, Avdelning E, hade sämst värden i självkänsla, upplevd stress, mental ohälsa, självkritik och distraherande aktiviteter. Anledningen till att just Avdelning E uppvisade de sämsta värdena är svårt att sätta om, det kan vara faktorer inblandade som samarbete, arbetsrutiner, patienter, ansvarsfördelning, tempo, personalbrist o s v. Däremot är det intressant att se hur sambandet mellan variablerna ser ut. Resultatet från studien har visat att det finns starka samband mellan flera av dessa variabler. Flera tänkbara beskrivningar skulle kunna förklara dessa. En tänkbar förklaring är att det från början finns en generellt lägre självkänsla hos personalen på avdelningen. Utifrån studiens resultat skulle självkänsla kunna förklara varför den upplevda stressen är högre, den mentala hälsan är lägre samt varför copingstrategierna självkritik och distraherande aktiviteter används mer frekvent. En annan tänkbar anledning skulle kunna vara att stressnivån på avdelningen är hög, vilket påverkar hälsan negativt. Den höga stressen påverkar då även självkänslan negativt och självkritik samt distraherande aktiviteter som svar på påfrestningar blir vanligare.



Enligt en ANOVA fanns det skillnader mellan undersökningsdeltagare i upplevd stress beroende av ålder, där den upplevda stressen minskade med ökad ålder. Då stress och hälsa har visat sig ha ett starkt samband är resultatet något förvånande då statistiken enligt Arbetslivsfakta (nr 1, 2002 och nr 2, 2001), visar att ohälsan och sjukskrivningarna ökar med stigande ålder. Studien visar dock inte hur många personer på avdelningarna som är sjukskrivna för tillfället, varför det är möjligt att personer som skulle kunna påverka resultatet inte finns med i studien. En möjlig förklaring skulle annars kunna vara att stressen på arbetsplatsen *är* låg och därmed inte påverkar personalen så starkt. Då kan ökad ålder och därmed erfarenhet istället innebära att det finns en trygghet i arbetsrollen som kan leda till lägre stressnivåer vid påfrestningar. Sökande av instrumentellt stöd var också vanligare bland yngre vilket enkelt skulle kunna förklaras med mindre erfarenhet och därmed större behov av råd och hjälp från dem som är äldre och troligtvis mer vana.

Enligt Lundberg (2002) är utbildning en faktor som har samband med bättre hälsa, vilket också bekräftas i studier av Ort-Gomér (2000). I denna studie framkom inga sådana samband, vilket kan bero på att skillnaderna i utbildningsgrad kanske inte är tillräckligt stora mellan akademiskt utbildade och personer med lägre utbildning för att påverka resultatet. Det kan också bero på att de jobbar på samma arbetsplats vilket gör att arbetsmiljön inte bidrar till att skapa skillnader mellan de båda grupperna. Detta skulle dock kunna motsägas med hänvisning till den hierarki som ofta sägs vara utpräglad i sjukhusvärlden.

Enligt resultatet använde högskoleutbildade undersökningsdeltagare copingstrategin ventilering mindre än personer med lägre utbildning. Då ingen kunskap finns om hur arbetsrutinerna på arbetsplatsen ser ut är det svårt att dra några slutsatser kring skillnaderna. Det är tänkbart att undersköterskor (lägre utbildning) jobbar mer tillsammans i par eller grupp än sjuksköterskor (högskoleutbildning) varför möjligheten att ventiler sina känslor då är större. Detta påstående skulle kunna bekräftas av den tendens till skillnad i sökande av instrumentellt stöd som finns mellan grupperna. Undersköterskor tenderar att be mer om hjälp och råd från andra än sjuksköterskor vilket skulle kunna tyda på ett större samarbete.

Undersökningsdeltagare som varit anställda kortare tid skilde sig signifikant från dem som varit anställda längre tid. De upplevde högre krav och lägre kontroll över sin arbetssituation än personer med längre arbetstid, vilket skulle kunna förklaras med att de som har varit anställda längre tid och har längre erfarenhet också har mer att säga till om. Personer som

varit anställda kortare tid har troligen mer att föga sig efter de regler och rutiner som finns på arbetsplatsen och kan ha svårare att påverka sin arbetssituation än de som arbetat länge.

Även skillnaderna i instrumentellt stöd och tendenserna till skillnad i självkänsla och självkritik skulle kunna förklaras med att inte ha varit anställd länge. Detta kan möjligen medföra osäkerhetskänslor kring den egna förmågan liksom kritisk granskning av egna prestationer, samt större behov av hjälp och stöd. Sambandet låg självkänsla – hög självkritik och sambandet krav – kontroll går inte heller att bortse ifrån då det ena säkerligen bidragit till att skapa det andra.

Enligt resultatet skilde sig personer åt i användande av sin religiösa tro beroende av om de hade varit sjukskrivna kortare eller längre. En intressant skillnad som dock lämnas utan försök till tolkningar. Anmärkningsvärt är att antalet sjukdagar inte hade samband med upplevd stress, mental ohälsa eller självkänsla, vilket kan vara svårt att förklara. Den forskning om stress och ohälsa som studien bygger på pekar på samband med ökade sjukskrivningar, vilket i denna studie inte går att påvisa genom högre upplevd stress eller lägre mental hälsa hos personer som varit sjukskrivna fler dagar. En möjlig förklaring till detta kan vara att de som varit sjukskrivna inte *är* mer stressade eller *har* högre mental ohälsa än andra, och därmed inte varit sjukskrivna av den anledningen. En annan faktor som kan vara av betydelse är att det inte finns kunskaper om de som för tillfället eventuellt är sjukskrivna, vilka skulle ha kunnat påverka resultatet.

Ytterligare kan en allmän diskussion tas om dem 30% som inte fyllde i enkäten. Vilka är de? Det finns en möjlighet att det finns personer på arbetsplatsen som inte har ork eller intresse av att utföra en extra arbetsuppgift i en redan stressig tillvaro, vilket innebär att risken är stor att just dessa personer faller ifrån. Som strategi att påverka sin arbetssituation nämnde många just nödvändigheten i att prioritera mellan uppgifter, vilket kan innebära att en enkät prioriteras bort om påfrestningarna är stora. Om personer som är mest stressade eller mår sämst är bland dem som inte valt att besvara enkäten finns en möjlighet att det till viss del har påverkat resultaten.

En annan fråga för validiteten är aspekten på självskattningsformulär som metod. Då självskattningar är subjektiva mått som kan påverkas av såväl personlighetsdrag som ovilja eller oförmåga att svara uppriktigt, är frågan om tillförlitlighet givetvis relevant. Å andra

sidan kan denna metod också fånga upp även mindre svängningar i t ex hälsa eller stress som inte är tillräckliga för att leda till sjukskrivning. En metodkritik som också kan vara relevant är de uppdelningar som gjorts i åldersgrupper, anställningstid och sjukdagar. Hade indelningarna sett annorlunda ut hade resultatet under skillnader också kunnat vara annorlunda.

#### Sammanfattning och förslag till framtida forskning

Denna studie har visat att det finns inre egenskaper som bidrar till att förklara individuella skillnader i reaktioner inför påfrestningar. Den har visat att självkänsla har betydelse för såväl upplevd stress som mental hälsa. Även val av copingstrategi har visat sig vara betydelsefullt. Det går att se resultaten från denna studie i flera led, där hälsan i slutändan både direkt och indirekt påverkas av de andra variablerna. Förutom att självkänsla och copingstrategier har en direkt betydelse för den mentala hälsan, har självkänsla samband med och kan till viss del förklara val av copingstrategi. Flera copingstrategier kan vidare bidra till att förklara nivån av upplevd stress, som i sin tur till stor del förklarar den mentala ohälsan. Kunskaper om dessa samband och förklaringsgrader skulle inom organisationer kunna ligga till grund för insatser för att motverka stress och stressrelaterade sjukdomar.

Intressant förslag till framtida forskning är att titta på en mer heterogen grupp där det är möjligt att se om skillnader finns mellan könen i förhållande till de undersökta variablerna. Ytterligare skulle det vara intressant att se om det skiljer i stress och ohälsa mellan sjukvårdspersonal och andra yrkesgrupper.

Tidigare forskning har visat att självkänsla kan bidra till att dämpa den fysiologiska stressresponsen (Rector & Roger, 1997; Pruessner, Hellhammer & Kirschbaum, 1999). Detta är intressant ur ett medicinskt perspektiv. Inom medicin är det vanligt att kroppsliga åkommor (t ex hög hjärthastighet) behandlas med tabletter som syftar till att sänka pulsen. Men om självkänsla påvisar ett starkt samband mellan upplevd stress och upplevd stress i sin tur med fysiologiska stressresponser skulle kanske inte tabletter alltid behövas. Tablettanvändande kan utifrån detta perspektiv ses som ett botande av symptom, inte av prediktiva egenskaper. Sambanden mellan självkänsla, upplevd stress och fysiologiska stressresponser skulle kunna undersökas i en psykologisk och medicinsk studie.

Förmodligen kan självkänsla även bidra till att förklara den anställdes prestationsförmåga, eftersom nivån på stressreaktionen och prestationsförmågan har visat sig ha ett samband, enligt Rector och Roger (1997). Pruessner, Hellhammer och Kirschbaum (1999) har också visat på ett samband mellan självkänsla och prestationsförmåga där de båda egenskaperna samvarierar. Det är rimligt att anta att självkänsla, prestationsförmåga och stressreaktion går hand i hand genom att lägre självkänsla ger intensivare stressreaktion och därmed sämre prestationsförmåga. Detta eventuella samband skulle också vara intressant att titta på i en framtida undersökning.

## REFERENSER

- Alfredsson, A., Hammar, N., Johnsson, J. V. (1993). *Psykosocialt ansträngt arbete, socialt stöd på arbetet och hjärtinfarkt. En studie baserad på befolkningen i fem län*. Karolinska institutet, Karolinska sjukhuset & John Hopkins University.
- Anderberg, U. M. (2002). Stress och smärta, könshormonella aspekter på stress. I R. Ekman & B. Arnetz. (red.), *Stress – Molekylerna, Individen, Organisationen, Samhället*. Falköping: Liber.
- Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen (2001). *Arbetslivsfakta, nr 2*, Solna: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen (2002). *Arbetslivsfakta, nr 1*, Solna: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen (2002). *Arbetslivsfakta, nr 3*, Solna: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket (2001a). *Negativ stress och ohälsa – inverkan av höga krav, låg egenkontroll och bristande socialt stöd i arbetet. Information om utbildning och arbetsmarknad 2001:2*. Solna: SCB.
- Arbetsmiljöverket (2001b). *Arbetsjukdomar och arbetsolyckor 2000*. Solna: SCB; Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket (2002a). *Systematiskt arbetsmiljöarbete mot stress*. Solna: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket (2002b). *Vad händer med våra muskler vid stress – om sambandet mellan fysisk och psykisk belastning*. Solna: Arbetsmiljöverket.
- Arnetz, B., & Ekman, I. R. (red), (2002). *Stress – Molekylerna, Individen, Organisationen, Samhället*. Falköping: Liber.
- Arnetz, B. (2002). Organisationsstress. Ledningsperspektiv på organisationer och hormoner i förändring. I R. Ekman & B. Arnetz. (red.), *Stress – Molekylerna, Individen, Organisationen, Samhället*. Falköping: Liber.
- Bernin, P. (2001). Kroppsliga signaler. I A. Perski. (red.), *Stress och sjukdom – fakta och vägledning om orsaker, konsekvenser och utvägar*. Västervik: Gabor & Co.
- Bhagat, R. S., Allie, S. M., & Ford, D. L. Jr. (1995). Coping with stressful life events: An empirical analysis. In R. Crandall, & P. L. Perrewe (Eds.), *Occupational stress: A handbook*. Washington: Taylor and Francis.
- Ben-Zur, H. (2002). Coping, affect, and aging: The roles of mastery and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 32, 357-372.

- Blascovich, J., & Tomaka, T. (1991). Measures of self-esteem. In J. P. Robinson, P.R. Shaver, & L.S. Wrightsman (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes (Vol. 1, pp.115-160)*. San Diego: Academic Press.
- Bolognini, M., Plancherel, B., Bettchart, W., & Halfon, O. (1996). Self-esteem and mental health in early adolescence: Development and gender differences. *Journal of Adolescence, 19*, 233-245.
- Branden, N. (1994). *The six pillars of self-esteem*. New York: Bantam.
- Branden, N. (1998). *Self-esteem at work*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Branden, N. (2001). *The psychology of self-esteem (32<sup>nd</sup> anniversary Ed.)*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Brockner, J. (1988). *Self-esteem at work: Research, theory and practice*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Campbell, J. D., & Lavalley, L. F. (1993). Who am I? The role of self-concept confusion in understanding the behavior of people with low self-esteem. In R. F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pp. 3-20). New York: Plenum Press.
- Carver, C. S., Scheier, M., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 267-283.
- Carver, C. S., Perczek, R., Price, A. A., Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, Mood, and aspects of personality in spanish translation and evidence of convergence with english versions. *Journal of personality assessment, 74(1)*, 63-87.
- Cooley, C. H. (1922). *Human Nature and the Social Order* (Rev. ed., with an introduction treating of the place of heredity and instinct in human life): New York: Scribner.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Fransisco: Freeman.
- DeLongis, A., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 486-495.
- Ekman, R., Lindstedt, G. (2002). Molekyler på liv och död. I R. Ekman & B. Arnetz. (red.), *Stress – Molekylerna, Individen, Organisationen, Samhället*. Falköping: Liber.
- Eriksen, H. R., Ursin H. (2002). Kognitiv stressteori. I R. Ekman & B. Arnetz. (red). *Stress – Molekylerna, Individen, Organisationen, Samhället*. Falköping: Liber.
- Furnham, A. (1997). *The psychology of behaviour at work: The individual in the organization*. Hove East Sussex: Psychology Press.
- Finnøy, O. J. (2000). Job satisfaction and stress symptoms among personnel in child psychiatry in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry, 54*, 397-403.

- Frankenhaeuser, M. (1997). *Manligt, kvinnligt, stressigt*. Stockholm: Bromberg.
- Friedman, H. S. (1990). *Personality and disease*. New York: John Wiley & Son.
- Fromm, E. (1939). Selfishness and self-love. *Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 2, 507-523.
- Ghatan, P. H. (2002). Stress och hjärnskaderehabilitering. I R. Ekman & B. Arnetz. (red.), *Stress – Molekylerna, Individiden, Organisationen, Samhället*. Falköping: Liber.
- Greenglass, E. R. (1995). Gender, workstress and coping: Theoretical implications. *Journal of social behavior and personality*, 10(6), 121-134.
- Guindon, M. H. (1994). Understanding the Role of Self-Esteem in Managing Communication Quality. *IEEE Transactions on Professional Communication*, Vol. 37, 21-27.
- James, W. (1890). *Principles of Psychology. The consciousness of self*. London: Encyclopaedia Britannica, Vol. 53, 1952.
- Jeding, K., Hägg, G. M., Marklund, S., Nygren, Å., Theorell, T., Vingård, E. (1999). Arbete och hälsa. 1999:22. *Ett friskt arbetsliv – Fysiska och psykosociala orsakssamband samt möjligheter till prevention och tidig rehabilitering*. Solna: Arbetsmiljöverket.
- Johannisson, K. (2002). När otillräckligheten byter namn: Ett idéhistoriskt perspektiv på den nya ohälsan. I R. Ekman & B. Arnetz. (red.), *Stress – Molekylerna, Individiden, Organisationen, Samhället*. Falköping: Liber.
- Johnson, M. (1997). *On the dynamics of self-esteem: Empirical validation of Basic self-esteem and Earning self-esteem*. Doctoral dissertation, Department of Psychology, Stockholm University, Sweden.
- Jonsdottir, I. H. (2002). Stress, fysisk aktivitet och immunförsvar. I R. Ekman & B. Arnetz. (red.), *Stress – Molekylerna, Individiden, Organisationen, Samhället*. Falköping: Liber.
- Kling, K. C., Hyde, J. S., Showers, C. J., & Buswell, B. N. (1999). Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 470-500.
- Krauklis, M., Schenström, O. (2002). *Utbrändhet – den nya folksjukdomen*. Södertälje: Fingraf.
- Källa/52. (2000). *Jäktad, pressad, - utbränd?* Falköping: Forskningsrådsnämnden.
- Larsson, S. K. (2000). *Stressutlösta utmattningsreaktioner och utbrändhet*. Stockholm: Liber.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1990). Stress, coping and illness. I H. S. Friedman. *Personality and disease*. New York: John Wiley & Son.

- Leander, G. (2000). Viktigt att låta alla parter komma till tals. I *Jäktad, pressad, - utbränd?* Falköping: Forskningsrådsnämnden.
- Levi, L. (2002). Stress – en översikt. Internationella och folkhälsoperspektiv. I R. Ekman & B. Arnetz. (red.), *Stress – Molekylerna, Individen, Organisationen, Samhället*. Falköping: Liber.
- Lovallo. (1997). *Stress and Health, biological and psychological interactions*. United Kingdom: Sage Publications.
- Lundberg, U. (2002). Samspelet individ, samhälle, livsstil och biologi. I R. Ekman & B. Arnetz. (red.), *Stress – Molekylerna, Individen, Organisationen, Samhället*. Falköping: Liber.
- Maslach, C. (1982). Utbränd. Om omsorgens personliga pris och hur man kan förebygga utbränning. New Jersey: Prentice-Hall.
- Maslow, A. (1937). Dominance-feeling, behavior, and status. *Psychological Review*, 44, 404-429.
- Maslow, A. (1942). Self-esteem (dominance-feeling) and sexuality in women. *Journal of Social Psychology*, 16, 259-294.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self, and Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Menaghan, E. G. (1983). Individual coping efforts: moderators of the relationship between life stress and mental health outcomes. In Kaplan, H. B. (Ed.). *Psychosocial stress: Trends in theory and research*. Academic Press.
- Ohlsson, C-G., Söderfeldt, M., Söderfeldt, B., Jones, I. & Theorell, T. (2001). Stress markers in relation to job strain in human service organizations, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 268-275.
- Olin, R. (2001). Fibromyalgi. I A. Perski. (red.), *Stress och sjukdom – fakta och vägledning om orsaker, konsekvenser och utvägar*. Västermik: Gabor & Co.
- Orth-Gomér, K. (2000). Kvinnohjärtan reagerar annorlunda. I *Jäktad, pressad, - utbränd?* Falköping: Forskningsrådsnämnden.
- 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*, 33, 39-48.
- Perski, A. (2000). Utbrändhet. I *Jäktad, pressad, - utbränd?* Falköping: Forskningsrådsnämnden.
- Perski, A. (red.), (2001). *Stress och sjukdom – fakta och vägledning om orsaker, konsekvenser och utvägar*. Västermik: Gabor & Co.



- Pruessner, J. C., Hellhammer, D. H., & Kirschbaum, C. (1999). Low self-esteem, induced failure and the adrenocortical stress response. *Personality and Individual Differences*, 27, 477-489.
- Rector, N. A., & Roger, D. (1996). Cognitive style and well-being: A prospective examination. *Personality and Individual Differences*, 21, 663-674.
- Rector, N. A., & Roger, D. (1997). The stress buffering effects of self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 23, 799-808.
- Robinson, J. P., Shaver, P. R., & Wrightsman, L. S. (Eds) (1991). *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes: Volume 1 in Social Psychological Attitudes Series*. San Diego: Academic Press.
- Rogers, C. (1950). The significance of the self-regarding attitudes and perceptions. In Reymert, M. L. (Ed.), *Feeling and Emotion: The Mooseheart Symposium*, (pp. 374-382). New York: McGraw-Hill.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Stein, J. A., & Nyamathi, A. (1999). Gender differences in relationships among stress, coping, and health risk behaviors in impoverished, minority populations. *Personality and Individual Differences*, 26, 141-157.
- Sullivan, H. S. (1953). *Conceptions of modern psychiatry: The first William Alanson White Memorial lectures*. New York: W.W. Norton.
- Söderlund, B. (2001). *Den mentala miljöns betydelse: Företag, individ, verksamhet*. Halmstad: PrintOne.
- Theorell, T. (2000). Stress – en vetenskaplig utmaning. I *Jäktad, pressad, - utbränd?* Falköping: Forskningsrådsnämnden.
- Theorell, T. (2001). Kroppens reaktioner vid långvarig stress. I A. Perski. (red.), *Stress och sjukdom – fakta och vägledning om orsaker, konsekvenser och utvägar*. Västermik: Gabor & Co.
- Wells, L., & Marwell, G. (1976). *Self-esteem: Its conceptualization and Measurement*. Beverly Hills, California: Sage Publications.
- Wenglert, L. (2000). *On the relation of optimism and self-esteem to sensual-aesthetic capacity and subjective health*. Doctoral Dissertation, Department of Psychology, Stockholm University, Sweden.
- Wulff, C. (1995). *The role of self-esteem for mental health in midlife: A longitudinal study*. Magisteruppsats, Psykologiska Institutionen, Stockholms Universitet.

Währborg, P., Friberg, P. (2002). Tidig utveckling av hjärt- och kärlsjukdom. I R. Ekman & B. Arnetz. (red). *Stress – Molekylerna, Individen, Organisationen, Samhället*. Falköping: Liber.

Ziller, R., Hagey, J., Smith, M., & Long, B. (1969). Self-esteem: a self-social construct. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 84-95.

Åsberg, M., Nygren, Å., Rylander, G., Rydmark, I. (2001). Utmattningsdepression. I A. Perski. (red.), (2001). *Stress och sjukdom – fakta och vägledning om orsaker, konsekvenser och utvägar*. Västervik: Gabor & Co.

## Bilaga 1

Frågorna i detta formulär handlar om Dina upplevelser, känslor och tankar under den senaste månaden. För varje fråga kommer Du ange hur ofta Du har upplevt, känt eller tyckt på ett speciellt sätt. Vissa frågor kan verka likartade men Du ska ändå behandla varje fråga för sig. Besvara varje fråga utan någon längre betänketid. Försök inte att räkna ut hur ofta Du har känt Dig på ett visst sätt, försök i stället uppskatta det som verkar vara det rimligaste för Dig enligt svarsalternativen. Det finns inga riktiga eller felaktiga svar på frågorna nedan. Ta ställning till varje alternativ och ringa in Ditt svar.

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ganska ofta	Mycket ofta
1. Hur ofta har Du under den senaste månaden blivit upprörd över något som skett helt oväntat?	0	1	2	3	4
2. Hur ofta har Du under den senaste månaden känt att Du inte haft kontroll över de viktiga faktorerna i Ditt liv?	0	1	2	3	4
3. Hur ofta har Du under den senaste månaden känt Dig nervös och stressad?	0	1	2	3	4
4. Hur ofta har Du under den senaste månaden tagit itu med dagliga förtret på ett tillfredsställande sätt?	0	1	2	3	4
5. Hur ofta har Du under den senaste månaden effektivt hanterat avgörande förändringar i Ditt liv?	0	1	2	3	4
6. Hur ofta har Du under den senaste månaden känt Dig säker på Din förmåga att hantera personliga problem?	0	1	2	3	4
7. Hur ofta har Du under den senaste månaden tyckt att saker och ting har utvecklat sig som Du velat?	0	1	2	3	4

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ganska ofta	Mycket ofta
8. Hur ofta har Du under den senaste månaden känt att Du inte kunde hantera allt som måste göras?	0	1	2	3	4
9. Hur ofta har Du under den senaste månaden känt att Du har haft kontroll över irriterande moment i Ditt liv?	0	1	2	3	4
10. Hur ofta har Du under den senaste månaden känt att Du har haft kontroll över saker och ting?	0	1	2	3	4
11. Hur ofta har Du under den senaste månaden blivit arg över saker som har hänt och som låg utanför Din kontroll?	0	1	2	3	4
12. Hur ofta har Du under den senaste månaden kommit på Dig själv med att fundera över saker Du måste utföra?	0	1	2	3	4
13. Hur ofta har Du under den senaste månaden kunnat bestämma hur Du skulle använda Din tid?	0	1	2	3	4
14. Hur ofta har Du under den senaste månaden känt att problemen blivit så många att Du inte kunnat bemästra dem?	0	1	2	3	4

## Bilaga 2

Har Du under det senaste halvåret haft något av följande besvär. Ringa in ditt svar!

---

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ganska ofta	Mycket ofta
1. Sura uppstötningar, obehagskänsla och/eller värk i övre delen av magen	0	1	2	3	4
2. Gaser, magknip, diarré	0	1	2	3	4
3. Värk i nedre delen av ryggen	0	1	2	3	4
4. Värk i övre delen av ryggen eller nacken	0	1	2	3	4
5. Värk i andra leder (t.ex. armar, ben knän och fötter)	0	1	2	3	4
6. Muskelvärk	0	1	2	3	4
7. Förkylningar	0	1	2	3	4
8. Hosta eller heshet	0	1	2	3	4
9. Illamående	0	1	2	3	4
10. Yrsel	0	1	2	3	4
11. Huvudvärk	0	1	2	3	4
12. Sömnsvårigheter	0	1	2	3	4
13. Känt dig tröttare än du brukat göra tidigare	0	1	2	3	4
14. Känt dig ledsen eller nedstämd	0	1	2	3	4
15. Smärta eller trånghetskänsla i bröstet eller hjärttrakten	0	1	2	3	4
16. Anfall av snabb eller oregelbunden hjärtklappning (extraslag)	0	1	2	3	4
17. Andfåddhet (svårt att få luft eller trånghetskänsla i halsen)	0	1	2	3	4

---

### Bilaga 3

Här följer tio påståenden i vilka Du kan instämma eller inte. Markera med ett kryss det alternativ som bäst stämmer med Din uppfattning.

---

	Instämmer helt	Instämmer	Instämmer inte	Instämmer inte alls
1. Jag tycker att jag är en värdefull person, minst lika värdefull som andra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag tycker att jag har en rad goda egenskaper.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Överlag är jag benägen att betrakta mig som misslyckad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jag kan uträtta saker lika bra som de flesta människor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jag tycker att jag inte har så mycket att vara stolt över.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jag intar en positiv attityd gentemot mig själv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. På det hela taget är jag nöjd med mig själv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jag önskar jag kunde ha mer respekt för mig själv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Visst känner jag mig värdelös ibland.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ibland tycker jag att jag inte alls är bra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

## Bilaga 4

Här följer ett antal frågor rörande stress och hantering av stress. Ringa in det alternativ som bäst stämmer med Dig. Hur brukar du i allmänhet göra när du stressas av problem i arbetet?

---

	Aldrig	Ibland	Ganska ofta	Mycket ofta
1. Jag arbetar eller gör andra saker för att inte tänka på problemet	1	2	3	4
2. Jag anstränger mig för att göra något åt min situation	1	2	3	4
3. Jag säger till mig själv "detta är inte sant"	1	2	3	4
4. Jag använder alkohol eller andra droger för att må bättre	1	2	3	4
5. Jag får känslomässigt stöd från andra	1	2	3	4
6. Jag ger upp mina försök att klara av det	1	2	3	4
7. Jag agerar för att försöka förbättra situationen	1	2	3	4
8. Jag vägrar inse att det har hänt	1	2	3	4
9. Jag uttrycker mig verbalt för att ge utlopp för mina obehagliga känslor	1	2	3	4
10. Jag försöker få råd eller hjälp från andra om vad jag ska göra	1	2	3	4
11. Jag använder alkohol eller andra droger som hjälp att ta mig igenom det	1	2	3	4
12. Jag försöker se det i ett annat ljus för att få det att verka mer positivt	1	2	3	4
13. Jag är kritisk mot mig själv	1	2	3	4

	Aldrig	Ibland	Ganska ofta	Mycket ofta
14. Jag försöker lägga upp en strategi för vad jag ska göra	1	2	3	4
15. Jag får tröst och förståelse från någon annan person	1	2	3	4
16. Jag ger upp mina försök att hantera situationen	1	2	3	4
17. Jag försöker finna något bra i det som sker	1	2	3	4
18. Jag skämtar om det	1	2	3	4
19. Jag går på bio, tittar på TV, läser, dagdrömmar, sover, handlar eller gör något annat för att slippa tänka på situationen	1	2	3	4
20. Jag accepterar det faktum att det hänt	1	2	3	4
21. Jag ger uttryck för mina negativa känslor	1	2	3	4
22. Jag försöker finna stöd i min religiösa tro, eller andliga övertygelse	1	2	3	4
23. Jag får hjälp och råd av andra människor	1	2	3	4
24. Jag lär mig leva med det	1	2	3	4
25. Jag tänker noga på vilka åtgärder jag kan vidta	1	2	3	4
26. Jag anklagar mig själv för saker som hänt	1	2	3	4
27. Jag har bätt till Gud eller mediterat	1	2	3	4
28. Jag skojar om min situation	1	2	3	4



## Bilaga 5

Här följer ett antal öppna frågor.

- |  | Väldigt låga krav        | Låga krav                | Lagom krav               | Höga krav                | Mycket höga krav         |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hur höga krav tycker Du att Ditt arbete ställer på Dig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1b. Om Du tycker att ditt arbete ställer höga krav på Dig, på vilket sätt? \_\_\_\_\_

---

---

---

- |   | Väldigt låg grad         | Låg grad                 | Lagom grad               | Hög grad                 | Mycket hög grad          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2. I hur hög grad tycker Du att Du kan påverka Din arbetssituation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2b. Om Du kan påverka Din arbetssituation, ge något exempel på hur Du kan påverka Din arbetssituation: \_\_\_\_\_

---

---

---

- |  | Väldigt låg grad         | Låg grad                 | Lagom grad               | Hög grad                 | Mycket hög grad          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. I hur hög grad upplever Du Ditt arbete som stressigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3b. Om Du upplever Du Ditt arbete som stressigt, ge något exempel på hur stressigt Ditt arbete kan vara: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

4. I hur hög grad upplever Du Ditt arbete som påfrestande?

Väldigt låg grad	Låg grad	Lagom grad	Hög grad	Mycket hög grad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4b. Om Du upplever Ditt arbete som påfrestande, ge något exempel på hur påfrestande Ditt arbete kan vara: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Tack för att Du har fyllt i enkäterna!**

## Bilaga 6

Id-nummer: Z-602

Denna undersökning tar cirka 10-15 minuter och består av fem olika enkäter utöver de allmänna uppgifterna nedan. Kontrollera gärna att Du svarat på samtliga frågor innan Du lämnar in enkäten.

Vill Du ta del av Ditt individuella resultat ska Du lägga Din enkäts id-nummer på minnet. Id-numret finns längst uppe i högra hörnet på denna sida.

*Kom ihåg att enkätsvaren är anonyma och behandlas konfidentiellt*

**Tack för Din medverkan!**

**Kön:**  Kvinna  Man

**Civilstånd:**  Gift/sambo  Ensamstående

1. Jag är \_\_\_\_\_ år gammal
2. Jag har \_\_\_\_ antal barn i mitt hushåll
3. Jag har varit anställd på min nuvarande arbetsplats i: \_\_\_\_\_ år \_\_\_\_\_ månader
4. Det senaste året har jag varit sjukskriven: \_\_\_\_\_ dagar/veckor/månader (skriv antal och stryk under vad Du avser)
5. Mitt yrke är: \_\_\_\_\_
6. Min befattning är: \_\_\_\_\_
7. Min utbildning är: \_\_\_\_\_
8. Mitt examensår: \_\_\_\_\_

Bakgrundsfrågorna på den här sidan är enbart till för att kunna jämföra olika grupper, ingen enskild individ kommer att identifieras.  
De individer som vill ta del av sitt egna resultat kommer att informeras en och en, inte offentligt.