



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för Psykologi

En salut till hälsan

En kvalitativ och kvantitativ studie ägnad åt dess innebörd

Arvid Holm & Helena Åberg
Psykologexamensuppsats HT 2009

Handledare: Lennart Viberg
Examinator: Roger Sages

Abstract

This thesis aims to investigate the working assumption, that sense of coherence covariates with physical- and psychological health as well as other health related areas. This working assumption is investigated through, exploring theories on the subject, quantitative questionnaires, and semi-structured interviews with people studying at the University of Lund. The working assumption is partly examined by trying our hypothesis related to sense of coherence, but also through interviews, where these hypotheses are being illustrated and further developed. The results suggest that higher sense of coherence covariates with fewer symptoms, and higher self estimated general health. Our interviews uncover social and public aspects of health. The above covariance could therefore be viewed in the light of early relationships with significant others, social network and the society in which the individual resides.

Keywords: health, sense of coherence, consciousness, mentalization

Sammanfattning

Denna uppsats prövar antagandet, att känsla av sammanhang samvarierar med fysisk och psykisk hälsa, samt andra hälsorelaterade områden. Antagandet undersöks genom en fördjupning i tillämpbar litteratur, kvantitativt enkätanvändande samt semistrukturerade intervjuer med studenter vid Lunds universitet. Ovanstående antagande undersöks dels genom att pröva våra hypoteser kring känsla av sammanhang, men också genom att illustrera, nyansera och vidareutveckla hypoteserna, via kvalitativa intervjuer. Resultatet visar att högre känsla av sammanhang samvarierar med färre fysiska och psykiska symtom, samt en högre skattad allmän hälsa. I samtal med intervjupersonerna framkommer tankar kring hälsans sociala och samhällsliga aspekter. Ovanstående samband kan således ses mot bakgrund av tidiga relationer med betydelsefulla andra, ett nuvarande socialt nätverk samt det samhälle individen vistas i.

Nyckelord: hälsa, känsla av sammanhang, medvetande, mentalisering

Innehållsförteckning

Inledning	6
Teori	8
En salutogen syn på hälsa.....	8
Känsla av sammanhang.....	9
Kasam och upplösning av spänning.....	9
Utveckling av Kasam.....	10
Kasam och vuxenlivet.....	10
Tydliga och medvetna känslor.....	11
Kasam och hälsa.....	12
Känslor ur ett neuropsykologiskt perspektiv.....	12
Känslornas neurala grund.....	13
Utan medvetenhet inga känslor.....	13
Medvetenhetens och jagets olika nivåer.....	13
Det omedvetna jaget.....	14
Medvetenhetens förtjänster.....	14
De medvetna känslornas förtjänster.....	15
Mentalisering.....	15
Utveckling av mentalisering och affektmodulering.....	16
Affektreglering på olika nivåer.....	16
Mentalisering genom livet.....	17
Från frisk till sjuk.....	17
Reaktion på stressorer.....	18
Framträdandet av symtom.....	18
Uppkomst av sjukdom.....	18
Sjukdom och uppsökande av vård.....	19
Teorisammanfattning.....	20
Våra antaganden.....	20
Syfte inklusive frågeställningar och hypoteser.....	21
Studiens avgränsningar.....	21
Metod	23
Vetenskaplig ansats.....	23
Deltagare.....	23
Motiv för urval.....	24

Mätinstrument.....	24
Kasam.....	24
Symtomlista.....	25
Påståenden gällande sjukdomstillstånd.....	25
Självupplevd hälsa.....	26
Sjukvårdsuppsökande.....	26
Semistrukturerad intervju.....	26
Procedur.....	27
Bortfall.....	27
Statistisk bearbetning.....	28
Bearbetningsmetod av intervjuerna.....	28
Etik.....	30
Resultat.....	31
Enkätresultat.....	31
Hypotestestning.....	32
Intervjuresultat.....	35
Den egna hälsan.....	35
Faktorer som knyts till den fysiska och psykiska hälsan.....	37
Hälsa i ett sammanhang.....	39
Hälsa i ett samhällsperspektiv.....	42
Deltagarnas uppfattning om enkäternas olika svarsalternativ.....	43
Diskussion.....	44
Metoddiskussion.....	44
Intern validitet.....	44
Extern validitet.....	45
Bortfallsanalys.....	45
Resultatdiskussion.....	46
Enkätresultat.....	46
Intervjuresultatet.....	48
Sammanfattande slutsatser.....	52
Avslutande reflektioner och rekommendationer.....	53
Referenser.....	55
Bilagor.....	57
Bilaga A.....	57
Bilaga B.....	58

Inledning

Genom livet kommer människan oundvikligen att konfronteras med olika former av hälsa och ohälsa. Både hos sig själv och hos människor i sin omgivning. Kunskap om denna blir därför något som inte bara berör individer som lider av sjukdom, eller vårdpersonal vars strävan är att få till stånd en läkningsprocess, utan även den som upplever sig ha hälsan intakt.

Hälsan är något som berör många aspekter av livet. Individen som drabbas av sjukdom möter utmaningar som inte enbart är knutna till själva symtomen, utan även till de konsekvenser dessa kan få för resten av livet. Hälsans betydelse blir således för många tydlig främst när den inte längre är självklar. Begreppen hälsa och ohälsa har olika innebörd beroende på kulturella, sociala och psykologiska värderingar (Engel, 1977). Landy (citerad i Karlsson, 2004) uppger att vad som menas med hälsa och sjukdom dessutom varierar i olika samhällen. Således ändras innebörden i begreppen i takt med att samhället och världsbilden förändras.

I stora drag har uppmärksamheten inom forskningen historiskt sett ägnats åt att utöka kunskapen kring sjukdom. Det finns därför oändligt många fler termer som berör ohälsa och sjukdom, till exempel hur dessa upptäcks och botas, än vad det finns för hälsa och vad som gör att denna bibehålls. Ett fokusskifte mot det senare hälsoperspektivet har sakta men säkert börjat växa fram. Delvis hämtas dock denna kunskap från observationer av beteendet hos människor som konfronterats med någon form av ohälsa. Kunskap om de faktorer som identifierats som hälso-hämmande har sedan tillämpats i strävan efter att få befolkningen att försöka undvika dessa för minimering av sjukdomsrisk och bibehållandet av hälsan. Radley (1994) menar att kunskap hämtad från individer med sjukdomsbeteende, bör med viss försiktighet – om inte alls – betraktas som konverterbar och applicerbar på resten av befolkningen. För att identifiera vilka faktorer som är hälsofrämjande, bör forskning hämta kunskap om dessa från de individer som redan besitter hälsan.

Vad som definierar hälsa och ohälsa, samt var gränsen går mellan de två begreppen, beror i högre grad på vem som gör betraktelsen och i vilken tid och rumskontext (Karlsson, 2004). En förståelse för hur individer i samhället ser på sin och andras hälsa, utgör således indirekt en beskrivning av individerna själva, samhället samt de värderingar som råder för tillfället. Denna studie kommer att belysa de prioriteringar och tankar kring hälsa som finns hos individer som huvudsakligen befinner sig i ett tidigt vuxenliv, det vill säga mellan 20 och 30 år. För människor i vår kultur kan denna period innebära att flytta hemifrån, börja att

heltidsarbete, nå ekonomiskt oberoende, bygga relationer och bilda familj. För många är detta en tid då man ställs inför olika val och får börja känna på vad det innebär att hantera livet på egen hand. Således möter individen under denna livsfas olika utmanande omställningar, som sammantaget kan utgöra en grund till olika former av stress och spänningstillstånd.

Majoriteten av studenter i Lund befinner sig någonstans i denna fas av livet. De möter, förutom ovanstående, en tillvaro som kännetecknas av ”plugg”, hemtentor, inlämningar, grupparbeten, ”tentaångest”, ”omtenta-ångest”, m.m. Alla delmoment är väsentliga för att utgöra en utbildning, men tillsammans utgör de faktorer som kan bidra till att många studenter upplever ständig stress. Studenter lever även med en begränsad ekonomi, vilket gör att många arbetar vid sidan om studierna. Detta gör givetvis att tiden som blir över till studier minskar, vilket kan vara ännu en stressor. I en undersökning på studenter i Stockholm skattade 41% sin hälsa som god, 45% som ganska god, 12% som tämligen dålig och 2% som dålig. Hur studiemiljön är, har visat sig spela roll för hur studenter skattar sin hälsa. De studenter som upplever mycket jäkt och stress kopplat till sina studier skattade sin hälsa som sämre och uppgav fler besvär så som sömnproblem, trötthet, ångest och depression, samt hade en sämre framtidstro (Undén, 1990).

Teori

Här följer en presentation av de teorier som behandlar uppsatsens centrala begrepp, med syfte att rama in författarnas perspektiv på hälsa. För att beakta hälsans komplexitet har vi valt att använda oss av teoretiska perspektiv som ger oss möjlighet att betrakta hälsa utifrån olika nivåer. Antonovskys (2001) teori om känslan av sammanhang syftar till att förstå vilka faktorer hos individn som bidrar till hälsa. Vi redogör även för Damasio (2002) neuropsykologiska teoribildning som bland annat beskriver känslornas neurala grund och medvetandets olika nivåer. Detta i syfte att belysa vilka biologiska förutsättningar som människan har att medvetandegöra sina inre tillstånd. Därefter följer en presentation av mentaliseringsbegreppet, vilket ger en beskrivning av hur individens förmåga att förstå, samt reflektera över sina inre tillstånd, utvecklas i relation till andra (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2004). Som en utveckling av människans biologiska förutsättningar, kommer vi även att presentera Währborgs (2002) teori om hur stress kan bidra till uppkomsten av fysiska och psykiska besvär. Presentationen utgår från teoretikernas egna begrepp, därefter görs en sammanfattning med syfte att förtydliga hur hälsa kan förstås utifrån de olika perspektiven. Vi presenterar även våra egna antaganden, vilka ligger till grund för vår empiriska undersökning

En salutogen syn på hälsa

Aaron Antonovsky (2001) vänder sig mot föreställningen att det skulle föreligga en dikotomi mellan friska och sjuka människor och väljer istället att se dimensionen hälsa-sjukdom utifrån ett kontinuum.

”Vi kommer alla att dö. Och vi är alla, så länge det finns minsta liv i oss, i någon bemärkelse friska. Vad den salutogenetiska infallsvinkeln betyder är att vi undersöker var varje person, vid en viss tidpunkt, befinner sig på detta kontinuum” (Antonovsky, 2001, s. 27).

Antonovsky (2001) upplevde den traditionella hälsoforskningen vara alltför orienterad kring *patogenes*, orsaker till sjukdom, och att alltför lite uppmärksamhet riktades mot *salutogenes*, orsaker till hälsa. I sammanhanget såg Antonovsky följande fråga mycket givande: Vad är det som gör att en del människor hanterar livets påfrestningar på ett sätt som inte ger de

konsekvenser som vanligen förknippas med stressorer? Antonovsky svarar på ovanstående fråga med begreppet Känslan av sammanhang, vilket förkortas *Kasam*.

De stimuli vi inte har några automatiska svar på, upplever vi som stressorer (Antonovsky, 1982). Att ställas inför en stressor skapar ett *spänningstillstånd* som måste hanteras. Om resultatet blir sjukdom, hälsa eller någonting där emellan beror enligt Antonovsky på individens hantering av detta spänningstillstånd. De *resurser* som hjälper organismen att hantera stressorer i riktning mot homeostas, kallar Antonovsky (2001) för *generella motståndsresurser*.

Känsla av sammanhang

När individen återkommande utsätts för en stressor, och de generella motståndsresurserna aktiveras, skapas livserfarenhet som återkommande säger att livet är förutsägbart, att livet är begripligt. Generella motståndsresurser bygger även upp livserfarenhet som främjar hanterbarhet, individens kapacitet att hantera olika situationer. Upplever vi livet värt att engagera oss i, upplever vi meningsfullhet. Komponenterna *Begriplighet, Hanterbarhet och Meningsfullhet* bildar tillsammans en Känsla av sammanhang (Antonovsky, 2001).

”Känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av att tillit till att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man ska kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och (3) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang”
(Antonovsky, 2001, s 41).

Kasam och upplösning av spänning.

Avgörande är inte stressorn och dess laddning, utan hur denna upplevs av individen. Stimuli som har definierats som stressorer kan hos individen upplevas positivt eller negativt, väcka gillande eller uppfattas som hot. Personer med högre Kasam kommer sannolikt uppleva stressorer mindre konfliktfyllda och mindre farliga än personer med lägre Kasam. Därutöver kommer personer med högre Kasam uppfatta stressorn mer tydligt än personer med lägre Kasam. Utmärkande för högre Kasam är förmågan att välja lämpliga motståndsresurser för ett givet problem; att det föreligger en flexibilitet i val av lämpliga strategier. Förmågan att

mobilisera adekvata motståndsresurser samt viljan att handskas med stressorn utgör således grunden för en positiv spänningsupplösning (Antonovsky, 2001).

”Den motivationella och kognitiva grunden för att hantera situationen och förebygga omvandlingen av spänning till stress skapas av förmågan att närma sig världen med den generaliserade förväntningen att stressorer är meningsfulla och begripliga.”
(Antonovsky, 2001, s. 170).

Utveckling av Kasam

Om barnets basala behov tillgodoses skapas en växande medvetenhet om kontinuitet i sociala relationer. Så småningom kan barnet se föräldrarna försvinna, och samtidigt räkna med att de kommer tillbaka. Barnet inser då att dess fysiska och sociala värld följer ett kontinuerligt mönster, stimuli blir bekanta och övergår till rutin. När detta händer börjar världen bli alltmer begriplig (Antonovsky, 2001).

Om barnet uppfattar en struktur och förutsägbarhet i stimuli och respons, så blir bemötandets kvalitet det som avgör känslan av meningsfullhet. Ett bemötande kan vara förutsägbart, utan att för den sakens skull tillgodose barnets behov. Ett barn som gråter på grund av hunger kan på ett förutsägbart sätt mötas av ignorans. Ett annat gråtande barn möts istället med varm mat, i en mjuk famn. Den kvalitativa skillnaden mellan dessa bemötanden är att barnet i det senare exemplet erfar tidiga upplevelser av medbestämmande. Barnet signalerar ett behov, vilket föräldern svarar på. Att möta barnets behov, och därigenom tydligt signalera dess värde, är enligt Antonovsky (2001) starkt bidragande till utvecklandet av meningsfullhet.

Känslan av hanterbarhet växer enligt Antonovsky (2001) fram i samma stund som barnet i neurofysiologisk bemärkelse har förmågan att hålla tillbaka, släppa efter, röra sig, utforska, manipulera och vänta. Avgörande i sammanhanget är barnets förmåga att välja, vilket inverkar på barnets förmåga att reglera belastningsbalansen. En upplevd överbelastning har negativ inverkan på utvecklandet av hanterbarhet.

Kasam och vuxenlivet

Ett begränsat ansvar i kombination med en skyddande omgivning kan under barn- och ungdomsår skapa en provisorisk känsla av sammanhang. Inträdet i vuxenlivet blir för Antonovsky (2001) den punkt där erfarenheterna från barn- och ungdomsår kommer att ge

utdelning. Känslan av sammanhang kommer nu antingen förstärkas eller försvagas. I vuxenlivet förväntas man i högre utsträckning vara den som ger, kraven kommer även att öka. Tillgången till de generella motståndsresurserna kommer att spela en allt mer framträdande roll. Motståndsresurserna hos personer med lägre Kasam antas under det tidiga vuxenlivet vara få samt mindre balanserade. Det kommer helt enkelt inte räcka till för att möta de situationer och stressorer som individen nu ställs inför. Dessa individer kommer, enligt Antonovsky, att inleda en nedåtgående utveckling. Det ena problemet efter det andra kommer att sänka känslan av att livet är begripligt, hanterbart och meningsfullt. Utmärkande för individer som under tidiga vuxenlivet utvecklat en högre Kasam är att flexibelt aktivera de resurser som han eller hon förfogar över. Personer med högre Kasam lyckas, i större utsträckning, skapa ordning av omvärldens alltmer oordnade karaktär. Denna ordning skapas genom förmåga att möta stressorn med förhoppningen om ett framgångsrikt resultat.

Tydliga och medvetna känslor

Alla utifrån- och inifrån kommande krav och problem aktualiserar enligt Antonovsky (2001) någon form av känsloreglering, då individens spänningstillstånd är ett känslomässigt fenomen. Känslorna hos en person med högre Kasam framställs annorlunda och lättare att reglera än de hos en person med lägre Kasam. En person med högre Kasam upplever enligt Antonovsky mer ofta tydligt definierade känslor, riktade mot ett givet mål. Exempel på detta är ilska, man är arg på någon eller någonting. Raseriet är annorlunda, genom att dess mål kan vara livet i stort eller människor i allmänhet. Raseriets mål är således mer diffust. Skillnaden mellan dessa känslor är att den förra ger tydligare signaler om vad som ska göras. Fler exempel på känslor som skiljer sig åt beträffande fokus och mål är: ledsnad kontra förtvivlan; rädsla kontra ångest; sorg kontra känslor av övergivenhet.

Ett annat kännetecken för personer med högre Kasam är att deras känslor ofta är *medvetna*. Personer med lägre Kasam har i regel svårare att sätta ord på sina känslor, de trängs bort och upplevs mer hotande. Vidare är det mer troligt att de omedvetna känslorna skapar rigida försvar, som exempelvis projektion. Med lägre Kasam kan man omedvetet lägga orsaken till det egna spänningstillståndet på andra människor, vilket kan föranleda att man upplever sig som offer för omständigheterna (Antonovsky, 2001).

Medvetna och tydliga känslor utgör, utifrån ovanstående resonemang, en tillgång. Känsloregistret kan hos en person med högre Kasam liknas vid en lättillgänglig källa, som består av dyrbar information. Känslorna sänder tydliga signaler till hjärnan som väljer lämpliga resurser, för att möta situationen. Om känslor däremot upplevs diffusa, illa

fokuserade eller förblir omedvetna, erhåller hjärnan mindre eller kvalitativt sämre information beträffande situationen. Med knapphändig information försämras individens val av lämpliga resurser. I ett sådant exempel är det mer troligt att den spänning som situationen skapat, övergår till stress (Antonovsky, 2001).

Kasam och hälsa.

Avgörande för hälsan är för Antonovsky den tid det tar för organismen att återhämta sig, efter att den har utsatts för en stressor. Med adekvata återkopplingskretsar och regleringsprocedurer uppstår normalt inga skadliga följder av ett spänningstillstånd. Men om informationen förvrängs eller negligeras och de adekvata resurserna inte finns tillgängliga kvarstår oordning. Organismen går då in i ett tillstånd av stress, vilket påverkar hälsan (Antonovsky, 2001).

För att tydliggöra Kasam och dess koppling till hälsa refererar Antonovsky till Schwartz (1979, 1980, citerad i Antonovsky, 2001) systemteori kring den mänskliga organismen. Schwartz liknar ett fungerande system vid en kedja av komplext självreglerande processer. Dessa processer behöver individen inte alltid vara medveten om. Den yttre miljön förser systemet med stimulering. Genom sensoriska receptorer registreras och behandlas stimuli av hjärnan, varpå order skickas till perifera organ, vars huvudsakliga uppgift är att handskas med de krav som ställs på systemet. En rubbning i systemet medför att kommunikationen mellan delarna störs, eller bryts helt. Avgörande i sammanhanget är att en störning alltid medför bristfällig återhämtningstid, efter det att systemet har utsatts för en stressor.

Sammantaget kommer personer med högre Kasam mer ofta identifiera och därmed undvika stressframkallande situationer. Därutöver kommer personer med högre Kasam mindre ofta uppleva stimuli som stressorer. Om en person med högre Kasam trots allt hamnar i en stressframkallande situation, kommer den tolkas med större klarhet. Hjärnan mottar därigenom adekvat information, varpå korrekta budskap skickas till perifera organ. I ett sådant exempel får hjärnan den information som behövs för att välja lämpliga resurser för att möta och neutralisera den spänning som situationen har gett upphov till (Antonovsky, 2001).

Känslor ur ett neuropsykologiskt perspektiv

Likt Antonovsky (2001) framställer Damasio (2002) medvetna känslorna som en tillgång. Båda författarna skildrar hur tillgången till känslorna, förbättrar individens möjligheter att möta omgivningen. I följande stycken redogör Damasio dessutom för känslornas neurala

grund, medvetandets olika nivåer samt vad det, utifrån ett neurologiskt perspektiv, innebär att uppleva en känsla.

Känslornas neurala grund

Enligt Damasio (2002) består grunden för våra känslomässiga representationer av en samling neurala dispositioner. Dessa återfinns huvudsakligen i subkortikala kärnor, belägna i hjärnstammen, hypothalamus, basala framhjärnan och amygdala. Dessa dispositioner är implicita, inaktiva och således inte tillgängliga för medvetande. För att ett känslotillstånd ska bli till måste dispositionerna aktiveras. Ett känslotillstånd är således effekten av att dessa dispositioner aktiveras, i hjärnan, samt de neurala och kroppsliga förändringar denna aktivering för med sig.

Utan medvetenhet inga känslor

Damasio (2002) är tydlig med att det som ovan beskrivs enbart är de strukturella förutsättningarna för upplevandet av känslor. För att organismen ska veta att den har en upplevelse, känna känslan, måste vi lägga till en medvetenhetsprocess. Medvetandet är det som slutligen möjliggör organismens upplevande av känslor. Känsla och medvetande blir ömsesidigt beroende av varandra. Utan kropp, och de känslor den signalerar, skulle vi inte vara medvetna. Och vi skulle inte kunna uppleva vår kropp utan ett medvetande. Frånvaron av känslor är således ett säkert tecken på bristfällig medvetenhet.

Medvetenhetens och jagets olika nivåer

Medvetenheten utgörs inte av en enhet, utan delas upp i olika nivåer. Damasio (2002) särskiljer den enkla *kärnmedvetenheten* från en mer komplex *vidgad medvetenhet*. Dessa medvetandenivåer är sammankopplade med två olika jagupplevelser: *kärnjaget* och *själviografiska jaget*.

Kärnmedvetenheten rymmer inre upplevelser, som utgörs av bilder och föreställningar. Dessa upplevelser förmedlar ett icke-verbalt budskap om det som händer här-och-nu, mellan subjektet och det objekt som upplevs för stunden. Exempelvis kan kärnmedvetenheten möjliggöra upplevandet av en ond rygg. Upplevelser av yttre och inre objekt skapas utifrån ett individuellt perspektiv. Medvetenheten innebär att vi under olika lång tid upplever oss äga de tankeprocesser som skapas i relation till ett givet objekt. Varje gång hjärnan samspekar med ett inre eller yttre objekt, skapas en upplevelse av ett själv. Den upplevelse av själv som

uppstår i kärnmedvetenheten kallar Damasio (2002) för kärnjaget. Kärnjaget är således övergående, som att vara i musiken, men bara så länge den spelas.

Den vidgade medvetenheten bygger vidare på kärnmedvetenhetens grunder. Om kärnmedvetenheten möjliggör upplevandet av en ond rygg, kommer den vidgade medvetenheten göra det möjligt att sätta den onda ryggen i ett sammanhang. På denna medvetandenivå kan vi föreställa oss både framtid och dåtid. Detta gör att vi kan föreställa oss konsekvenserna av stundens smärta, likaså minnas tidigare erfarenheter av ryggbesvär. Den upplevelse av själv som uppstår i den vidgade medvetenheten kallar Damasio (2002) för självbiografiska jaget. På denna medvetenhetsnivå finns tillgång till implicita minnen av individuella erfarenheter. Tillgången av dessa är beroende av en ständig tillförsel av kärnmedvetenhet. Således är kärnmedvetenheten en förutsättning för upplevandet av ett självbiografiskt jag.

Det omedvetna jaget

Enligt Damasio (2002) har de ovan beskrivna jagupplevelserna en omedveten- biologisk föregångare, *protojaget*. Detta utgörs av en sammanhängande uppsättning neurala mönster. Protojagets uppgift är att vidmakthålla det kroppsliga tillstånd som krävs för individens överlevnad, via exempelvis hjärta, lungor och immunsystem. Protojaget är inte medvetet för individen, har inget språk, ingen kunskap och inget vetande. Protojaget är en kroppsbaserad och omedveten föregångare till de jagupplevelser som beskrivs ovan.

Medvetenhetens förtjänster

Enligt Damasio (2002) kan flertalet av våra färdigheter bli automatiserade. Våra preferenser implementeras, utan att det medvetna jaget påverkar dessa processer. Därutöver samordnas arbetet från hjärta, lungor och immunsystem av omedvetna mekanismer. Denna utveckling ställer allt mindre krav på medvetandet. Vad är då medvetandet bra för? Medvetenheten är värdefull genom att den ger organismen ytterligare redskap att uppnå homeostas. Då de omedvetna mekanismerna upprätthåller en inre homeostas, möjliggör de medvetna mekanismerna hanterandet av de problem som miljön rymmer. Det medvetna tillståndet innebär en vidgad vakenhet samt mer fokuserad uppmärksamhet, vilket främjar planerandet av adaptiva responser på situationens krav. Då de omedvetna mekanismerna upprätthåller en inre homeostas, ger den vidgade medvetenheten oss en högre beredskap och skarpare fokus. Detta möjliggör en mer adaptiv hantering av de problem som miljön rymmer, än om

tillståndet inte hade medvetandegjorts. Damasio beskriver även fördelen med att uppleva känslor på ett medvetet plan.

De medvetna känslornas förtjänster

Att uppleva känslan har enligt Damasio (2002) varit viktig för organismens överlevnad. Upplevelseprocessen gör organismen uppmärksam på de problem som känslan vill förmedla. En initial upplevelse ger viktig information att beakta inför det kommande känslospellet. Livets alla sorg- och glädjeämnen börjar med en upplevelse. Lidandet börjar med en upplevelse, även om det förstärks av ett vetande. Upplevelse av glädje, förstärks av vetskapen om att vi upplever glädje. Damasio är tydlig med följande: Först då organismen har vetskap om upplevelsen, känner känslan, kan planering av specifika och icke-stereotypa responser påbörjas. Dessa responser kommer antingen komplettera känslan eller arbeta för att den vidmakthålls över tid. Följaktligen, först då känslorna finns i medvetandet kan planering av specifika och icke-stereotypa responser påbörjas .

Mentalisering

Mentalisering är den process som sker då vi förstår att vårt mentala tillstånd påverkar sättet vi upplever världen. Det är en unikt mänsklig förmåga som bland annat är det som bidrar till vår reglering av affekter, impuls kontroll och självreglering, vilka utgör grundstommar i organiseringen av självet. Mentaliseringsförmågan hör även samman med våra interpersonella färdigheter. Dessa gör att vi kan förstå att andras beteende delvis styrs utifrån intentionella mentala tillstånd så som behov, känslor, mål, orsaker och syften. Förmågan att abstrahera fram tänkbara orsaker som förklaring till andras beteende hänger tätt samman med sättet vi skapar föreställningar om vad som kan ligga bakom våra egna inre tillstånd och beteenden.

Självmedvetenhet och medvetenhet om mentala tillstånd hos andra är tätt länkade gällande vilka områden i hjärnan som involveras. Därför är ett utforskande av andras handlingar något som parallellt utvecklar förmågan att förstå sina egna psykiska upplevelser och vad som orsakar dem. Detta gör att vi kan få tillgång till den information som finns att hämta i våra tankar, känslor och andra kroppsliga signaler. Mentalisering är således den process som möjliggör för individen att översätta inre och yttre tillstånd, samt att urskilja vilka orsaker som mest sannolikt kan ha lett till dess uppkomst. Detta är i sin tur främjande för vår förmåga att reglera våra tankar, känslor och beteende på ett effektivt sätt (Fonagy m.fl., 2004).

Utveckling av mentalisering och affektmodulering

Förmågan att mentalisera utvecklas via interpersonell erfarenhet. Denna förmåga är ingen genetisk självklarhet, utan utvecklas från spädbarnstiden och under resten av livet, i samband med att individen samlar erfarenheter av självet i relation till andra.

Via omgivningens spegling och tolkning av barnets subtila signaler, kan barnet få hjälp med att *identifiera affektiva tillstånd*. En tillräckligt inkännande omgivning utgör således en slags social feedback som detekterar de inre stimuli som barnet initialt inte har någon direkt tillgång till. Gradvis kan barnet öka sin egen känslighet för de inre signalerna. Så småningom kan barnet även organisera de inre upplevelserna och förstå dem som specifika emotioner eller behov.

Med tillräckligt intonande personer i omgivningen, sker speglingen och tolkningen av barnets affekter i kombination med tröstande aktiviteter, så som omhållande och beröring. Tillsammans *modifierar* dessa responser barnets affektiva tillstånd. Modifieringen kan innebära att det affektiva tillståndet bibehålls, reduceras eller intensifieras. Om denna modifiering sker i riktning mot att uppnå homeostas, lär sig barnet att en känslomässig stegring, samt uttryck av denna i närheten av de signifikanta andra, sannolikt leder till en återgång till en känslomässig balans. Barnet lär sig att genom att uttrycka, eller externalisera, sitt interna emotionella tillstånd, kan det ske en reglering av det. Initialt sker detta i interaktionen med signifikanta andra, vilket ofta är föräldrarna. Senare kan externaliseringen ske i barnets lek, utan föräldrarnas inblandning. Barnet får således i interaktionen med omgivningen möjlighet att lära sig identifiera affekter, modulera dem, och även uttrycka dem. Så småningom kan barnet börja använda dessa erfarenheter för att på egen hand reglera sitt tillstånd (Fonagy m.fl., 2004).

Affektreglering på olika nivåer

Fonagy m.fl. (2004) beskriver affekter som mentala tillstånd som kan vara subjektivt eller omedvetet upplevda. Reglering av affekter kan befinna sig på olika nivåer. Ju mer bekant man är med sin subjektiva upplevelse, desto mer effektivt kan affektregleringen ske. På den lägsta nivån sker affektregleringen i stort utanför medvetenheten. Affektreglering på denna nivå kan liknas vid protojagets upprätthållande av en inre homeostas, vilket också sker bortom medvetandet (Damasio, 2002). Regleringen får oss att förändra vårt tillstånd och agera på ett sätt som är till fördel för överlevnaden i just den specifika situation man befinner sig i. Detta kan exempelvis innebära en förändring av affektens intensitet, duration, eller båda. På en högre nivå sker affektreglering genom att vi identifierar, modulerar och uttrycker affekterna.

På denna nivå kan affekterna bli medvetandegjorda, och vi kan även välja om vi ska agera på dem eller inte. Det är en mer komplex form av affektreglering som gör att vi även kan välja *om* och *hur* vi vill kommunicera affekten till vår omgivning. Affektregleringen handlar här mer om den meningsinnehåll affekterna har för individen, snarare än hur regleringen av dessa sker. Fonagy benämner denna nivå som "mentaliserad affektivitet". Detta ses som en kapacitet hos individen som dels innefattar förmågan till affektreglering, samt en medvetenhet om sina affekter i samband med att man befinner sig i det affektiva tillståndet. Det finns en grundläggande skillnad mellan att ha en intellektuell förståelse för affekter och att ha en förmåga till mentaliserad affektivitet. Paralleller kan dras till vad som sker i terapirummet: Individen i terapi kan ha en abstrakt förståelse för sig själv och sina affektiva upplevelser, vilket är en slags insikt. Detta är dock inte samma typ av insikt som den som kan fås då individen befinner sig mitt i en affektiv upplevelse (Fonagy, m.fl, 2004).

Mentalisering genom livet

Mentaliseringsförmågan är påverkbar under livets gång. Den spegling av affekter som föräldrar gör, samt dess effekter för den psykiska strukturen hos barnet, är inte begränsad enbart till de tidiga stadierna i utvecklingen. Att försöka finna orsakssamband mellan olika stimuli och responser är sannolikt en informationsprocessande mekanism som är aktiv längs hela livsloppet. Den empatiska affektspeglings som sker i interaktionen mellan föräldern och barnet, sker även i samspelet mellan vuxna livet igenom, med samma effekter på organisering och reglering av affektiva tillstånd. Precis som barnet externaliserar sina önskningar, intentioner och behov inför sina föräldrar eller i leken, kan man se samma process gestalta sig för den vuxne individen i form av till exempel bilder, musik, konst, gester, eller via språklig kommunikation till omvärlden. Externaliseringen av ett affektivt laddat mentalt innehåll, i syfte att reglera sitt affektiva tillstånd, är därför något som inte enbart hör till de tidiga stadierna i utvecklingen. Således sker utvecklingen av mentalisering i början av livet i anknytning till signifikanta andra, ofta föräldrar till barnet. Senare i livet kan denna förmåga fortsätta utvecklas i interaktion med andra personer i omgivningen, vilka är tillräckligt inkännande och besitter en förmåga till reflektion (Fonagy, m.fl, 2004).

Från frisk till sjuk

Währborg (2002) beskriver hur processen kan se ut från det att ett stimulus uppfattas som en stressor, till uppkomsten av en fullt utvecklad sjukdom.

Reaktion på stressorer

Sättet vi reagerar på stimuli kan leda till uppkomsten av en stressreaktion. Det finns olika typer av både inre och yttre stressorer som visat sig spela roll för uppkomst av stress, till exempel fysikaliska, psykologiska, emotionella, kognitiva och sociala. Vissa stimuli, så som höga ljud, ger upphov till ungefär samma stressreaktion hos alla människor. Detta visar sig framför allt tydligt i fysiologiska reaktioner och ofta även i beteendet. Andra stimuli har effekter på vissa individer, mer än på andra. Huruvida individen upplever ett stimulus som en stressor eller ej beror dels på hur pass kraftfullt och effektivt stimuli är, samt vilken motståndskraft som finns hos den enskilda individen. En parallell kan dras till processen då smittämnen i miljön kan leda till infektionssjukdom hos individen beroende på smittämnets kraftfullhet i kombination med individens motståndskraft. Det som föranleder en stressreaktion hos individen är således en kombination av stimuliets effektivitet och individens varseblivning, tolkning och upplevelse av stimuli (Währborg, 2002).

Framträdandet av symtom

Hur stressreaktionen sedan utvecklas beror bland annat på individens biologi, sårbarhet och situationen. Registrering och tolkning av stressorn sker i neokortex. I paleokortex utformas den känslomässiga upplevelsen och den fysiologiska stressreaktionen. Stressreaktionerna ger sig till uttryck via olika fysiologiska system som leder till frisättning av hormoner, aktivering av nervsystem och muskler, samt inverkar på immunförsvaret. Således är utveckling av stress en process som sker på olika nivåer, från det att stressorn initialt registreras i hjärnan, till förändringar på organnivå vilket slutligen kan komma att visa sig i form av olika symtom så som t e x magbesvär (Währborg, 2002).

Uppkomst av sjukdom

Om reaktionen på en stressor pågår under längre tid, eller vid en hög intensitet, kan den ge upphov till omedelbara sjukliga förändringar i kroppen. Oftast leder dock den förhöjda aktiviteten i de olika fysiologiska systemen till att en successiv sjukdomsutveckling äger rum. Processen griper över då stadier där den initiala reaktionen visar sig i form av symtom, vilka inte definieras som sjukdom, men där slutresultatet är en fullt utvecklad sjukdom. Således kan en och samma reaktion på en stressor vara funktionell på kort sikt för individens överlevnad, men vara dysfunktionell på lång sikt eftersom den kan ge upphov till exempel skador eller sjukdom i vävnader. Alla kroppens organ har kopplingar till hjärnan och de stressfysiologiska system som aktiveras av stressorer, vilket innebär att stress sätter igång en process som kan

leda till sjukliga förändringar i många av dess organ. Stress är i många fall en bidragande faktor till uppkomst av sjukdom och tvärtom kan sjukdom leda till uppkomsten av stress (Währborg, 2002).

Sjukdom och uppsökande av vård

En studie av psykosociala faktorer och hälsa i Malmöhus läns landsting har visat på att ca 30 procent av populationen uppgav att de ofta eller ibland har psykiska besvär så som sömnbesvär respektive ångslan, oro, ångest samt nedstämdhet. Mest frekvent förekommande besvär uppgav både distriktsläkare och primärvårdspatienter vara allmän trötthet samt värk i axlar, nacke, rygg eller armar (Karlsson, 2004). Hur stress inverkar på dessa vanligt förekommande besvär, och vilken betydelse den har i förhållande till andra faktorer, är svårt att avgöra. Währborg beskriver dock att stressen har en "*betydelsefull roll i uppkomsten av många av våra folksjukdomar*" (Währborg 2002, s. 173).

Mångbesökare i sjukvården, det vill säga den grupp av patienter som har oproportionerligt många läkarbesök, har visat sig ha lägre känsla av sammanhang än kontrollgrupper (Berg, 2003). En högre känsla av sammanhang minskar sannolikheten för att uppleva stimuli som stressande, vilket i sin tur reducerar individens mottaglighet för de negativa effekter som kronisk stress kan ha för hälsan. Studier på socionomstuderande vid Lunds universitet har visat på att känslan av sammanhang korrelerar måttligt, signifikant med nervösa besvär, nedstämdhet samt koncentrationssvårigheter. Det förekom låga men signifikanta korrelationer med mer uttalade psykosomatiska besvär som ont i magen, dålig aptit och förstoppning (Gassne, 2008).

Långvarig stress kan leda till ett försämrat immunförsvar och i sin tur en ökad sårbarhet för sjukdomar. Berg (2003) menar att studiens resultat därför pekar i riktning mot att mångbesökare i sjukvården har en något ökad sårbarhet för olika typer av sjukdomar, då de generellt sett har en lägre känsla av sammanhang än kontrollgrupper.

Åtskilliga försök har gjorts för att utveckla modeller för att beskriva, förklara och predicera hälsa och hälsobeteende. Huruvida en individ väljer att uppsöka vård eller ej för sina symtom, kan förstås utifrån ett flertal faktorer. Exempelvis hur individen bedömer risken att drabbas av något som hotar hälsan och vilka konsekvenser detta skulle få om hotet besannades. Det krävs ofta även en utlösande faktor så som upplevelsen av en bristande kroppsfunction för att individen ska överväga att uppsöka vård. Valet påverkas av ett flertal

faktorer utöver de nämnda, exempelvis även av demografiska, sociopsykologiska och ekonomiska sådana (Andersson, 2002).

Teorisammanfattning

Antonovsky (1982, 2001), Fonagy (2002) och Damasio (2002) beskriver, från respektive perspektiv och med olika djup medvetenhetens förtjänster. Medvetandets högre nivåer samt individens möjlighet att bejaka uppkomna känslor, utgör för dessa författare den grund varpå mobilisering av adaptiva motståndsresurser skapas. Med adekvata identifierings- och hanteringsstrategier kommer individen kunna bemöta inre och/eller yttre stressorer, vilket kan leda till att spänningstillståndet övergår till homeostas. Då informationen om situationen förvrängs, eller inte når medvetandet, försämras val av lämpliga motståndsresurser. Saknar individen motståndsresurser till att möta stressorn, uppstår ett spänningstillstånd. Vid ett långvarigt sådant ökar risken för olika former av fysiska och psykiska besvär. Om spänningen inte regleras, i riktning mot homeostas, kan det i förlängningen leda till olika former av sjukdomar. På så vis är individens hälsotillstånd knutet till dennes hantering av inre och yttre stressorer. Individens tillit till de egna resurserna samt viljan att bemöta omgivningens krav, utvecklas från spädbarnstiden och under resterande livet, då individen samlar erfarenheter om sig själv i relation till betydelsefulla andra.

Våra antaganden

Utifrån ovanstående teoretiska resonemang, gör vi följande antaganden:

- En högre känsla av sammanhang innebär fler, och mer flexibla motståndsresurser för att omvandla spänningstillstånd till homeostas. Detta torde minska sannolikheten för uppkomsten av fysiska och psykiska besvär, samt bidra till en förhållandevis god upplevelse av det egna hälsotillståndet.
- Känslan av sammanhang inverkar på hanterandet av spänningstillstånd. Långvariga sådana kan leda till ett försämrat immunförsvar. Detta, i sin tur, utgör en ökad sårbarhet för uppkomsten av besvär och därmed en större sannolikhet för ökad sjukvårdsuppsökande.
- Individens känsla av sammanhang torde avspegla sig i sättet man förstår sig på sin kropp och dess reaktioner. Likaså i vilken utsträckning man känner att man kan hantera sin kropp och sitt välbefinnande. Vi tror även att känslan av sammanhang samvarierar med vilken mening individen tillskriver sina egna sjukdomstillstånd.

Syfte inklusive frågeställningar och hypoteser

Studien syftar på ett övergripande plan att erhålla en fördjupad förståelse av individers hälsa. Vårt första delsyfte är att undersöka huruvida individens känsla av sammanhang samvarierar med olika områden som är relaterade till hälsa och ohälsa. Följande hypoteser har utformats:

H 1: Det finns ett negativt samband mellan Kasam och fysiska och psykiska besvär.

H 2: Det finns ett positivt samband mellan Kasam och självskattad hälsa.

H 3: Det finns ett negativt samband mellan Kasam och sjukvårdskonsumtion.

H 4: Det finns ett positivt samband mellan Kasam och förhållningssätt sjukdomstillstånd.

Vårt andra delsyfte har sin grund i bearbetningen av datan från det första delsyftet. Vi ämnar här nå individers upplevelse av- samt tankar kring hälsa.

För att uppnå detta delsyfte, ämnar vi besvara följande frågeställningar:

- Hur beskriver individen den egna hälsan?
- Vilka faktorer beskrivs kunna inverka på hälsa?
- Vilka övriga tankar har individen kring hälsa?

Dessa två fokus tror vi kan komplettera varandra och leda till en mer komplex bild av individers hälsa.

Studiens avgränsningar

Med denna studie ämnar vi inte göra anspråk på att finna kausala samband. Vi kommer inte heller att undersöka vilka bakgrundsvariabler som inverkar på upplevelsen av hälsa, så som ekonomi, kön, ålder, etnicitet, socioekonomisk status eller civilstånd. Vi ser vår studie som en möjlighet att upptäcka förekomsten eller frånvaron av samband mellan olika psykologiska områden vi tror kan vara relaterade till hälsa. Studien syftar inte till att bringa deskriptiv fakta om frekvensen av olika besvär i populationen. Studiens syfte är inte heller att dela in, eller jämföra grupper i populationen utifrån mängd symptom; upplevd hälsa, eller känsla av sammanhang. Vi tror att Känsla av sammanhang kan fluktuera under livets gång. Därför bör termerna högre respektive lägre Kasam inte ses som definitiva, utan som begrepp som beskriver var någonstans på kontinuumet som studiens deltagare befinner sig vid tillfället för datainsamlingen, i förhållande till varandra.

I förtydligande syfte kommer vi att precisera några av de centrala begrepp som används i vår studie. *Hälsa* definieras vi som en frånvaro av fysiska och psykiska besvär. *Fysiska besvär* innefattar i denna studie somatiska reaktioner så som yrsel, huvudvärk, magbesvär, hjärtklappning, värk. Vi ämnar undersöka reaktioner som kan vara av psykosomatisk natur, vilket innebär att fysiska besvär som har åsamkats av slag/olycksfall, inte ingår i vår definition av begreppet. *Psykiska besvär* definieras som de affektiva reaktioner som individen upplever vara förskjutningar i dennes grundstämning. Dessa reaktioner inbegriper bland annat oro och nedstämdhet. *Stress* definieras vi utifrån Währborgs definition som: "*de psykologiska och fysiologiska reaktioner som uppträder vid yttre eller inre påfrestningar och som till följd därav ger upphov till funktionsförändringar av potentiellt patologisk natur*" (Währborg 2002, s 41). *Vårduppsökande* innefattar de besök som deltagaren gör hos olika vårdprofessioner i syfte att få hjälp med diagnostik och/eller bot för olika typer av besvär.

Metod

Vetenskaplig ansats

Författarna önskar ge en beskrivning av hur fenomenen hälsa och ohälsa kan gestalta sig, med utgångspunkt i individers upplevelse av det egna hälsotillståndet. Då författarna vill erhålla en mångsidig bild, kombineras enkätanvändande med semistrukturerade intervjuer.

Metodologiskt utgör studien således en kombination utav kvantitativt enkätanvändande och kvalitativ intervju. Dessa metoder förknippas vanligtvis med olika vetenskapsteoretiska paradig. Ett kvantitativt enkätanvändande förknippas med post-positivistiska antaganden, medan semistrukturerade intervjuer är mer förenligt med antaganden från det konstruktivistiska paradigmet. Vetenskapsteoretiskt utgörs studien således en kombination av post-positivism och konstruktivism (Ponterotto, 2005).

Med enkätanvändande ämnar vi pröva våra egna hypoteser kring hälsa. Vi ämnar att på en deskriptiv nivå identifiera mönster av upplevelser hos flera individer. För att illustrera och ytterligare nyansera dessa mönster använder vi semistrukturerade intervjuer. Intervjuernas huvudsakliga syfte är att erhålla ökad förståelse kring hälsa och ohälsa. Intervjuerna möjliggör även upptäckande av fler hälsorelaterade faktorer, än de som ursprungligen ingår i enkäten. Denscobe (2006) ser en kombinationen av olika metoder som mycket fruktbart, då varje metod erbjuder sitt distinkta perspektiv på fenomenet av intresse. Metoder har dock sina begränsningar. Varje metod frambringar en viss typ av data, mot bakgrund av en viss uppsättning antaganden. Alla metoder har inneboende starka och svaga sidor, i förhållande till den forskning och de praktiska restriktioner som forskaren ställs inför. Flick (2006) beskriver hur användandet av två metodologiska perspektiv kan kompensera för varandras begränsningar, vilket ligger i linje med författarnas motiv.

Deltagare

Vårt urval bestod av 122 studenter från teologiska respektive juridiska fakulteten vid Lunds universitet. Utav dessa var 75 (61,5%) kvinnor och 32 (26,2%) män. 15 (12,3%) personer uppgav inte kön. Den yngsta deltagaren var 18 år och den äldsta var 62 år. Medianåldern var 23 år. Medelåldern beräknades till 25 år ($s=7,31$). Av deltagarna läste 55 (45,1%) stycken på Juridiska fakulteten och 67 (54,9%) stycken på Teologiska fakulteten.

Motiv för urval

Urvalet kom att baseras på en utvärdering av studenters psykosociala arbetsmiljö, vid Lunds universitet (Nilsson-Lindström, 2005). I undersökningen framkom att Juridiska fakulteten hade högst andel studenter som upplevde studiesituationen påfrestande. Studenter som på motsvarande sätt upplevde förhållandevis lite stress påträffades inom konst-, musik- och teaterutbildningar, samt på Teologiska fakulteten. Motivet för att använda ett urval bestående av studenter från både juridiska och teologiska fakulteten, är att vi önskade en heterogenitet i stickprovet avseende upplevd stress i tillvaron.

Urval till intervjuerna Efter statistisk bearbetning av enkätsvaren framställdes en lista med fjorton presumtiva intervjudeltagare. Nummer ett till sju, var personer som hade skattat förhållandevis hög känsla av sammanhang. Nummer åtta till fjorton hade skattat förhållandevis låg känsla av sammanhang. Samtliga fjorton personer tillfrågades via telefon och/eller e-post. Sju deltagare tackade ja. Fem av dessa hade relativt hög känsla av sammanhang, medan två hade relativt låg sådan.. Tre deltagare avböjde, med tidbrist som huvudsakligt skäl. Resterande fyra, presumtiva intervjudeltagare, svarade aldrig på författarnas förfrågan.

Mätinstrument

Vår kvantitativa enkät bestod av Kasam-13 och egenkonstruerade frågor. Detta utgör sammanlagt 30 items, uppdelad på fem övergripande delar. Alla utom Kasam-13 finns presenterade i Bilaga B. Nedan följer en beskrivning av enkätens avsnitt, samt hur en förundersökning kom att bidra till dess utformning.

Kasam

Den svenska versionen av Orientation to life questionnaire (Antonovsky, 2001) användes för att bedöma deltagarens känsla av sammanhang. Den ursprungliga versionen består av tjugonio frågor, uppdelade på undergrupperna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

Författarna använde en nedkortad version, vilken innehåller tretton av de ursprungliga tjugonio frågorna. I sin avhandling "Salutogenes, Kasam och socionomer" skriver Gassne (2008) att Kasam-29 sammantaget är ett formulär med hög reliabilitet. Dock bidrar vissa av frågorna på ett avvikande sätt till det globala konceptet Kasam, och synes inte sammanhängande med övriga. De frågor Gassne framställer som avvikande- och

osammanhängande, ingår inte i nerkortade versionen. Således, genom att den ursprungliga versionen inte bidrar till något mer, utan snarare innehåller frågor som inte bidrar till det globala konceptet Kasam, valde författarna Kasam-13. Frågorna är av typen: "Har du en känsla av, att du inte riktigt bryr dig om vad som händer runt omkring dig?" och "Hur ofta har du känslor som du inte är säker på, att du kan kontrollera?" Deltagarna ombeds skatta var de befinner sig, på en sjugradig Likertskala. Antonovsky (2001) är tydlig med att Kasam-skalan inte ska användas för att studera komponenternas inbördes förhållande, då komponenterna är oupplösligt sammanflätade i varandra. Följaktningen intresserade sig författarna enbart för deltagarnas totalpoäng. Enligt Antonovsky (2001) är Kasam-formuläret väl beprövat och visar sig vara valitt över kultur, sociala tillhörigheter, etniska grupper, ålder och kön.

Symtomlista

För att bedöma deltagarens fysiska och psykiska symtom utgår författarna från symtom-30, ett formulär hämtat från "Gothenburg quality of life questionnaire" (Tibblin et al. 1990). Formuläret innehåller de under 1990-talets vanligaste symtom som personer söker sig till vårdcentralerna med. I sin ursprungliga form ombeds deltagaren svara ja- eller nej på frågan om de under de senaste tre månaderna har besvärats av något eller några av formulärets, trettio symtom. Under förundersökning på åtta psykologstudenter i Lund, framkom önskemål om fler svarsalternativ än de ursprungliga svarsalternativen, ja- eller nej. Författarna införde då en femgradig Likertskala, istället för den ursprungliga Nominalskalan (Denscombe, 2006). Med införande av skalfrågor önskar författarna kunna tolka spridning, samt finna eventuella extremvärden kring olika symtom. Då författarna upplevde att antalet frågor vara för många, samlades vissa frågor kring övergripande besvärskategorier (se Bilaga B). Författarna plockade bort symtom som upplevdes diffust formulerade, exempelvis nervösa besvär. Symtom som upplevdes överlappande reducerade vi till ett, vilket ansågs kunna representera de övriga. På en femgradig Likertskala, där ett är lika med nästan aldrig och fem är lika med nästan alltid, ombeds deltagarna ange i vilken utsträckning de upplever angivna symtom.

Påståenden gällande sjukdomstillstånd

För att bedöma deltagarens förhållningssätt till sjukdomstillstånd, konstruerade författarna följande påståenden: Jag brukar ha en föreställning om vad orsaken är till mina sjukdomstillstånd, Vid sjukdomstillstånd upplever jag mig alltid kunna påverka sjukdomsförloppet, och Att vara sjuk ser jag enbart som meningslöst och onödigt. Ovanstående påståenden skapades utifrån Kasam-komponenterna: begriplighet, hanterbarhet

och meningsfullhet. Deltagaren ombeds på en femgradig Likertskala välja det svarsalternativ som stämmer bäst. Siffran ett är lika med stämmer inte alls, och siffran fem är lika med stämmer fullständigt (Se Bilaga B).

Självupplevd hälsa

Två frågor användes för att bedöma deltagarens självupplevda hälsa (Undén och Elofsson, 1998). Första frågan lyder: Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd? Och den andra frågan är: Hur tycker Du Ditt allmänna hälsotillstånd är jämfört med andra i Din egen ålder? Svarsalternativen är graderade på en femgradig Likertskala. Första frågans svarsalternativ är graderad från mycket bra till dåligt. Den andra frågans svarsalternativ är graderad från mycket bra till sämre (Se Bilaga B).

Sjukvårdsuppsökande

Fyra frågor konstruerades av författarna angående sjukvårdsuppsökande. Första frågan lyder: Hur ofta har du sökt vård det senaste året? Svarsalternativen återfinns på en femgradig Likertskala, graderade från inte alls till mer än en gång i månaden. Om deltagaren skattar sitt sjukvårdsuppsökande högre än inte alls, följer ytterligare tre frågor. På första frågan skall deltagaren ange för vilket eller vilka tillstånd den sökte vård. På nästföljande fråga ombeds deltagaren svara om han eller hon kunde se någon eller några möjliga orsaker till tillståndets/tillståndens uppkomst? Om deltagaren svarar jakande, ombeds han eller hon ange någon eller några möjliga orsaker till tillståndets/tillståndens uppkomst (Se Bilaga B).

Semistrukturerad intervju

Författarna valde att, under den kvalitativa undersökningen, arbeta utifrån en semistrukturerad intervju. Fördelen med den typen av intervju är att de förutbestämda frågorna inte behöver ställas i en viss ordningsföljd, utan kan ställas där de passar in och löper i ett sammanhang. Intervjupersonen får möjlighet att utveckla sina idéer och tala mer utförligt kring de ämnen som är av intresse (Denscombe, 2006). Ovan beskrivna hållning passade oss väl, då vi önskade komma åt studenternas upplevelse av den egna hälsan samt, tankar kring hälsa i största allmänhet. En av författarna genomförde samtliga intervjuer i ett grupprum på Psykologiska institutionen i Lund. Intervjuerna tog ca 30 minuter att genomföra. Samtliga intervjupersoner accepterade intervjuledarens förfrågan om att spela in samtalet med en MP-3-spelare. Inför intervjun hade båda författarna sammanställt tre övergripande teman av intresse: (1) Tankar kring enkätens olika svarsalternativ, (2) Upplevelsen av den egna hälsan

samt (3) Tankar kring hälsa i allmänhet. Intervjuaren kunde inleda intervjun på följande sätt: ”Som du kanske minns, så var svarsalternativen (i enkäten) graderade från nästan aldrig till nästan alltid. Vad innebär nästan aldrig, ibland samt nästan alltid för dig?” Då intervjuaren upplevde sig ha fått ett svar, övergick frågorna till att handla om intervjupersonens upplevelser av den egna hälsan samt tankar kring hälsa i allmänhet. Intervjuaren kunde exempelvis fråga: ”Jag är även intresserad av vad du har att säga om din egen hälsa, hur skulle du vilja beskriva den för mig?” Då intervjuaren upplevde sig ha fått ett svar, övergick frågorna till att handla om intervjupersonens *tankar* kring hälsa, i största allmänhet.

Procedur

Prefekter och föreläsare på Teologiska respektive Juridiska fakulteten kontaktades med en förfrågan om vi fick lov att dela ut enkäter under deras föreläsning. Inledningsvis kontaktades sex föreläsare på Teologen, respektive två föreläsare på Juridikum. Då vi förmodade att teologklasser har mindre studenter till antalet, kontaktades fler föreläsare på teologen. Vi valde att trycka upp 150 enkäter, då vi ansåg ett stickprov på minst 100 deltagare vara minimigränsen för vår möjlighet att se våra statistiska beräkningar som tillförlitliga. Vi höll en muntlig presentation vid föreläsningarnas början, där vi informerade om möjligheten att delta i vår studie. Vid föreläsningens slut infann vi oss för att samla in enkäterna. En föreläsare överlät en stund av sin föreläsning, för de som ville fylla i enkäterna. Flertalet föreläsare lät studenterna använda tiden i pausen, mellan två föreläsningstimmar. Efter att ha besökt fyra föreläsningar på Teologen och en föreläsning på Juridicum hade vi nått upp i det antal ifyllda enkäter vi ansåg vara tillräckligt för vår statistiska bearbetning.

Bortfall

Vi administrerade 79 enkäter på teologen och 64 på juridicum, totalt 143 stycken. Sammanlagt insamlades 122 ifyllda enkäter. Antalet ofullständiga enkäter uppgick till två och antalet tomma var 19, vilket ger oss en svarsfrekvens på 85 procent. 15 personer hade varken fyllt i kön eller ålder. Två personer hade inte fyllt i kön, och fyra personer hade inte fyllt ålder. Två personer svarade inte på fråga 12 respektive fråga 17 (se Bilaga B). Övriga svar från dessa personer användes i databearbetningen.

Sammanlagt sju personer hade antingen (1) lämnat tomt, (2) fyllt i två svarsalternativ eller (3) markerat sitt svar mellan två siffror, på någon av Kasam-frågorna. På dessa tog vi medelvärde av personens ifyllda Kasam-frågor, och tillförde detta värde till den saknade

och/eller den tvetydigt markerade frågan. Detta enligt det första alternativet på Kasam-formulärets rättningsmall. Efter detta användes personers data i bearbetningen.

Statistisk bearbetning

Enkätens data bearbetades med PASW statistics 17, en senare version av SPSS. Inledningsvis framställdes deskriptiv statistik och normalfördelning testades i samplet. Därefter beräknades itemens inbördes korrelationer med Cronbachs´ Alfa. De outliers som uppkom valde vi att behålla. Slutligen beräknades korrelationer med Spearmans´ Rho, eftersom detta är mindre känsligt för outliers än Pearsons´ r.

Bearbetningsmetod av intervjuerna

Intervjuerna skrevs ut av den författare som också genomfört dem. Bearbetningen av intervjumaterialet gjordes utifrån tematisk analys (Zoglowek, 1999). Analysens förarbete och förförståelse återfinns i intervjuernas övergripande syfte: upplevelsen av- samt tankar kring hälsa. Syftet med intervjuerna framkom efter det att författarna erhållit enkätsvaren. Dataanalysen kan således ses mot bakgrund av en redan pågående förståelse- och tolkningsprocess.

Inledningsvis valde författarna, slumpmässigt, en av sju transkriberade intervjuer. Vid genomläsning nedtecknades teman som spontant uppfattades i materialet. Ingen diskussion fördes nu mellan författarna. Författarna presenterade sedan uppfattade teman för varandra. Somliga teman överensstämde på rent språklig nivå. Exempelvis uppfattade båda författarna *fysisk hälsa* och *psykisk hälsa* som separata teman utifrån följande intervjudata:

Intervjuledare : *”Mm, som du kanske minns så var det på fråga tretton (i enkäten) en fråga gällande ditt allmänna hälsotillstånd och på fråga fjorton gäller det ditt allmänna hälsotillstånd, i förhållande till folk i din egen ålder. Och nu tänkte jag höra lite mer fritt, om du själv skulle vilja beskriva ditt hälsotillstånd, hur du skulle vilja beskriva ditt hälsotillstånd, hur du upplever det vara, och så...”*

Intervjuperson: *”Mitt fysiska hälsotillstånd, om jag tillåts skilja på mitt fysiska och mitt psykiska, så är jag ju fullt frisk, mm, och har väl alltid varit det. Mm, lite problem med ryggen, om jag är ute och springer för mycket, och sådana saker. Men, så jag betraktar mig själv som fullt frisk, i fysiskt hänseende, men, vad det gäller, vad är det man säger, psykisk hälsa, så är den ju inte lika bra. För jag har sömnproblem och går på antidepressiva. Men*

det har aldrig varit någon katastrof, om man säger så. Jag har sedan ett år tillbaka ätit antidepressiva och behöver insomningstabletter. Mm, men det har ju haft sin verka, så jag fungerar ju normalt, så att säga. Även om jag ibland drabbas av ångestattacker, social fobi, mm, panikattacker. Mm, så den delen av hälsan, den psykiska hälsa, skulle ju behöva förbättras.”

Andra presenterade teman uppfattades närbesläktade, exempelvis hälsa definieras av andra, jämfört med hur andra uppfattar min hälsa. Under diskussion enades författarna kring ett av alternativen. Under vidare diskussion sammanfördes teman till högre abstraktionsnivå. Exempelvis sammanfördes normal hälsa och hälsa definieras av andra till definition av hälsa. I enlighet med tematisk analys är vissa teman definierade på förhand, något som ger analysen en grundläggande struktur (Zoglowek, 1999). Dessa teman svarar mot två av intervjuens övergripande syfte, upplevelsen av den egna hälsan samt tankar kring hälsa i allmänhet. Författarna upplevde hur dessa teman samtidigt bildar olika nivåer. Till en början uppfattade författarna två nivåer: *den egna hälsan* samt *hälsa i ett sammanhang*. Följaktligen strukturerades analysen inledningsvis utifrån dessa nivåer. Senare tillfördes hälsa ur ett samhällsperspektiv, för att sortera intervjumaterial som inte kunde inordnas i redan nämnda analysnivåer. Nedan ges exempel på data som inte kunde sorteras under varken den egna hälsan eller hälsa i ett sammanhang. Istället kom följande data att inordnas under den tredje analysnivån, hälsa i ett samhällsperspektiv:

”Mm, vad jag kan uppleva, men det kanske är en skada från att jag har jobbat så mycket med sjuka människor. Men att människor mår så dåligt, kring mig eller så, i samhället. Och det har vi ju också siffror på, den psykiska ohälsan i Sverige är ju katastrofal, bland annat att den största sjukskrivningsorsaken var psykisk ohälsa, depression och så vidare, och så har vi ju många, även om det har sjunkit nu, många som är sjukskrivna, långtidssjukskrivna, och som mår dåligt. Alltså, jag kan ju se nu i min klass på X, alltså, folk är trötta, ont i huvudet, alltså, det är det här. Så jag tycker, eller det förvånar mig. För ändå lever vi ju i den bästa av världar. Utåt sett har vi det så bra i Sverige, vi har de bästa av världar, men ändå så mår vi så dåligt. Och jag brukar fundera på det, vad beror det på, varför är vi inte lyckligare?”

Den tematiska analysmetoden blir således ”både och”, då vissa temaområden definieras på förhand medan andra växer fram, under genomläsning och reflektion.

Med utgångspunkt i ovanstående förarbete, genomfördes en övergripande analys av samtliga intervjuer. Den övergripande analysen genomfördes av den författare som utfört intervjuerna. Inledningsvis jämfördes intervjuerna i sin helhet, mot tema- och analysnivåer som hittills framkommit. Citat och utsagor som av författaren upplevdes överensstämma med befintliga teman valdes ut, och sorterades därefter under lämplig analysnivå. Därefter återgick författaren till de ursprungliga temaområdena, för ny genomläsning av det intervjumaterial som valts ut. Avslutningsvis genomfördes mindre justeringar beträffande strukturering och tematisering.

Etik

Vi utgick från de forskningsetiska principerna då vi informerade personerna som deltog i enkätstudien om vilka förutsättningar som gällde. Deltagarna fick både muntlig och skriftlig information om studiens syfte; att deltagande var på frivillig basis och att vi garanterar personens anonymitet (se Bilaga A). Vid intervjuerna fick deltagarna godkänna användandet av inspelningsteknik innan denna användes. Deltagarna blev även här informerade om att materialet behandlades konfidentiellt

Resultat

Enkätresultat

Som framgår av Tabell 1, är Kasam den variabel som har störst spridning mellan deltagarna. Det högsta möjliga värdet på variabeln Kasam är 91 och höga värden på denna skala associeras med en hög känsla av sammanhang. Symtomskalan graderas mellan 0 och 40 där höga värden indikerar en hög andel skattade besvär. Självs kattad hälsa mäts på en skala mellan 0 och 10 där höga värden indikerar en upplevelse av ett gott hälsotillstånd. Den låga spridningen tyder på att deltagarna skattar sin hälsa tämligen likartat i stickprovet. Förhållningssätt till sjukdom graderas mellan 0 och 15 där höga värden associeras med hög upplevelse av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet i förhållandet till sjukdomstillstånd.

Tabell 1

Reliabilitet beräknad med Cronbachs´alpha, medelvärde, standardavvikelse och spridning för variablerna Kasam, Symtom, Självs kattad hälsa och Förhållningssätt till sjukdom, N=122

Variabel	A	M	s	Spridning
Kasam	0,83	61	11,31	31-88
Symtom	0,81	21,8	6,20	9-37
Självs kattad hälsa	0,80	7,40	1,60	2-10
Förhållningssätt till sjukdom	0,37	8,90	2,25	4-14

Ett Chronbach´s alfa värde över 0,8 tyder på att skalan har god reliabilitet. Resultatet från mätningarna med Chronbach´s alfa visade på god reliabilitet för skalorna Kasam ($\alpha=0.83$), Symtom ($\alpha=0.81$) samt Självs kattad hälsa ($\alpha=0.80$). Den skala som avsåg mäta Förhållningssätt

till sjukdom visade på låg reliabilitet ($\alpha=0.37$). Värden under 0.8 tyder på att frågorna mäter något annat än vad skalan avser mäta (Pallant, 2007). Då skalan Förhållningssätt till sjukdom redan innehöll få items, och då alfa-värdet inte förändrades nämnvärt vid borttagande av något av dem, valde vi att behålla de tre itemen, men korrelera dem separat med Kasam. Reliabilitet, medelvärde, standardavvikelse och spännvidd för variablerna Kasam, Symtom, Självsfattad hälsa och Förhållningssätt till sjukdom visas i Tabell 1.

Hypotestestning

- H 1: Sambandet mellan totalpoäng på Kasam och totalpoäng på Symtom undersöktes med Spearman´s korrelation. Det fanns en stark, negativ korrelation mellan de två variablerna, $r = -.521$, $n=122$, $p<.0001$, med hög grad av Kasam associerat med låg andel rapporterade symtom.
- H 2: Sambandet mellan totalpoäng på Kasam och frågan om självskattad allmän hälsa visade på en måttlig positiv korrelation, $r = .371$, $n=122$, $p<.0001$, med en hög grad av Kasam associerat med höga skattningar av den egna hälsan.
- H 3: Det fanns en frånvaro av samband mellan totalpoäng på Kasam och frekvens av vårduppsökande, $r = .048$, $n=122$.
- H 4: Samband mellan totalpoäng på Kasam och variabeln förhållningssätt sjukdomstillstånd kunde ej undersökas. Även skalans tre separata items visade en frånvaro av samvariation med Kasam.

Övriga signifikanta samband, som inte involverade Kasam, var de mellan variablerna symtom och självskattad hälsa. Här associerades en hög andel rapporterade besvär med lägre skattningar av den egna hälsan, $r = -.585$, $n=122$, $p<.0001$. Likaså fanns ett måttligt positivt samband mellan hög andel skattade symtom och uppsökande av sjukvård. , $r = .329$, $n=122$, $p<.0001$. Det fanns även ett måttligt starkt negativt samband mellan självskattad allmänhälsa och uppsökande av sjukvård, $r = -.329$, $n=122$, $p<.0001$, där högt skattad självupplevd hälsa associerades med låga frekvenser i sjukvårdsuppsökande. Korrelationsberäkningarna av variablerna Kasam, Symtom, Självsfattad hälsa, Vårduppsökande, samt de tre separata frågorna om förhållningssätt till sjukdomstillstånd visas i Tabell 2.

Tabell 2

Korrelationer beräknade med Spearmans Rho, N=12

Variabel	1	2	3	4	5	6	7
1.KASAM	-	-.521**	.371**	-.048	.040	.085	-.019
2.Symtom		-	-.585**	.329**	.118	-.083	.099
3.Självskattad hälsa			-	-.329**	-.042	.102	-.073
4.Vård-uppsökande				-	.265**	.125	.027
5.Begriplighet symtom					-	.332**	.003
6.Hanterbarhet symtom						-	-.187*
7.Meningsfullhet symtom							-

*p<0.05; **p<0.01

Tillstånd som föranlett uppsökande av sjukvård

På fråga 16 (Se Bilaga B) ombeds deltagarna ange vilka tillstånd de sökt sjukvård för under det senaste året. Resultatet presenteras utifrån tre kategorier: Fysiska tillstånd, psykiska tillstånd samt stressrelaterade tillstånd. 61 deltagare (82,5 %) angav svar som tillföll kategorin Fysiska tillstånd. Exempel på svar under denna kategori är ”dåliga blodvärden”; ”långvarig förkylning”, ryggsmärta och öronbesvär . Fyra deltagare (5,5 %) angav svar som tillföll kategorin Psykiska tillstånd. Här återfinns svar som exempelvis depression och ångest. Tillstånd så som ”hudproblem som var relaterat till stress”, ”sömn och stressproblem” samt ”huvudvärk, spänningsvärk” sorterades under kategorin Stressrelaterade tillstånd. Antalet deltagare vars svar tilldelades denna kategori uppgick till nio stycken (12 %). Frekvenserna sammanfattas i tabell 3.

Tabell 3

Frekvenstabell över de tillstånd för vilka deltagarna uppsökt sjukvård det senaste året, N=74

Tillstånd för uppsökande av vård	N	%
Fysiska	61	82,5
Psykiska	4	5,5
Stressrelaterade	9	12

Orsak till tillståndets uppkomst.

På fråga 17 ombeds deltagarna ange vilken eller vilka möjliga orsaker som fanns till tillståndets uppkomst (Se Bilaga B). Resultatet presenteras utifrån kategorierna:

Fysiska/biologiska, Stressrelaterade, Psykiska samt Externa orsaker. Svar som innefattar flera orsaker som inte tillfaller enbart en kategori, återfinns under Multipla orsaker.

Tabell 4

Frekvenstabell över orsaker till tillståndets uppkomst, N=53

Orsak till tillståndets uppkomst	N	%
Fysiska/biologiska	6	11,3
Stressrelaterade	11	20,7
Psykiska	2	3,8
Externa	18	34
Multipla	16	30,2

Sex deltagare (11,3 %) angav fysiska faktorer ha orsakat tillståndets uppkomst. Denna kategori inbegriper svar som besvär med urinvägarna, allergi samt gener. Elva deltagare (20,7

%) uppgav stressrelaterade orsaker bakom tillståndets uppkomst. Exempel på svar är ”för mycket att göra under ett halvårs tid” samt ”stress/press”. Under Psykiska orsaker tillföll svaren ”Ett kränkt överjag” samt ”vill ej ha cancer”. De två deltagarna som angav svaren motsvarade 3,8 % av deltagarna som svarat. 18 deltagare (34 %) angav externa faktorer ha orsakat uppkomsten av tillståndet. Exempel på svar som föll under denna kategori är ”cyklade och trillade”, ”lyft fel”, ”virus angrep mig” samt ”en slö rakkniv”. 16 deltagare (30,2%) uppgav flera faktorer ha orsakat tillståndet. Under kategorin ”multipla faktorer” återfinns svar som ”dålig sömn, trött efter tenta perioden”; stressade extra mycket, tränade oavsett förkylning, vilade ej tillräckligt” samt ”stress, höga ljudvolym, sömnbrist”. Frekvenserna presenteras i tabell 4.

Intervjuresultat

Nedan följer en presentation av samtliga teman som framkommit i intervjumaterialet. Teman presenteras under analysnivåerna: (1) *den egna hälsan*, (2) *hälsa i ett sammanhang* och (3) *hälsa i ett samhällsperspektiv*. Under den första analysnivån, den egna hälsan, presenteras följande teman: *fysisk hälsa*, *psykisk hälsa*, *fysisk- och psykisk hälsa*, *hälsa och självet* och slutligen *faktorer som knyts till fysisk- och psykisk hälsa*. Under andra analysnivån, hälsa i ett sammanhang, presenteras: *definition av hälsa* och *det sociala nätverket*. Under tredje analysnivån, hälsa i ett samhällsperspektiv, presenteras: *ensamhet*, *att klara sig själv* samt *acceptera ohälsa*.

Den egna hälsan

Fysisk hälsa.

Majoriteten av deltagarna beskriver den egna hälsan utifrån fysiska egenskaper. Exempel på detta är närvaro- eller frånvaro av fysiska åkommor, immunförsvarets verkande samt fysisk träning.

”Ja, att må bra det är ju sällsynt kanske för att vara mig. Oftast är det någonting som ligger där, en förkylning eller om det är någonting annat. Så det är sällan det är mycket bra. Dåligt immunförsvaret kanske, att jämt bli sjuk, att vara trött, hängig, att behöva uppsöka sjukvård ganska ofta.”

”Ja, min hälsa, den kunde ha varit bättre skulle jag kunnat säga, men varken bra eller dålig, skulle jag säga, normal. Jag går på gym, så jag skulle vilja ha bättre kondition, mer styrketräning, det är väl det jag tänker i allmänhet.”

Psykisk hälsa

En deltagare framställer sin psykiska hälsa som någonting skilt från den fysiska hälsan. Den psykiska hälsan beskrivs av deltagaren utifrån medicinering samt sömnproblem.

”Vad det gäller psykisk hälsa, så är den ju inte lika bra. För jag har sömnproblem och går på antidepressiv medicinering. Men det har aldrig varit någon katastrof. Jag har sedan ett år tillbaka ätit antidepressiva och behöver insomningstabletter.”

Fysisk och psykisk hälsa.

Tre av deltagarna beskriver den egna hälsan utifrån både fysiska och psykiska egenskaper. Hälsan blir för dessa deltagare ett övergripande begrepp som består av både fysiska och psykiska egenskaper.

”Jag tror att kroppen och själen ligger väldigt nära varandra i hur man mår och att de påverkar varandra. Jag kan exempelvis säga att min morfar gick bort samma dag som jag flyttade, så det har också tärt på mig” /.../ ”Tar du hand om din kropp så tar du hand om din själ och tar du hand om din själ så tar du hand om din kropp, det går väldigt jämnt ihop. Jag skulle inte se ut som jag gör med tanke på hur lite träning jag gör. Jag tar hand om mig själv, min själ.”

”Både och tänker jag. Den fysiska hälsan skulle jag vilja säga är god. Förutom att jag ganska många gånger blir förkyld. Mitt immunförsvar är inte det bästa just nu, men, jag har inte så jättestora problem med den fysiska hälsan. Medan den psykiska hälsan, jag har OCD, det påverkar ju. Bortsett från den så skulle jag nog beskriva min hälsa som god.”

Hälsa och självet.

Flertalet av deltagarna för samman synen på den egna hälsan med uppfattningen om sig själv. Sambandet mellan hälsa och själv beskrivs olika, deltagarna emellan. En deltagare uppfattar sjukdom som en möjlighet att bli sedd av omgivningen. En annan deltagare sammanför ohälsa med identitetsbegreppet.

”Jag kommer ihåg själv från när jag var barn, vilket jag tror har att göra med att jag var tvilling, att jag behövde mer uppmärksamhet. Förmodligen upplevde jag att min tvillingbror fick mer uppmärksamhet än jag. Jag kommer ihåg att jag hade mycket ont i magen. Jag fick gå på en massa undersökningar, smärtsamma undersökningar. Som vuxen har jag insett att jag inte hade ont i magen. Utan att det för mig var ett sätt att bli sedd.

”Jag kan tänka mig att det är lätt att passiviseras helt, att man identifierar sig med sina symtom, att man omedvetet kanske försöker passa in i en sjukdomsmall. Att nu är jag deprimerad, då vet jag hur deprimerade människor beter sig, då ska jag troligen göra likadant. Även om man själv inte tänker så medvetet, så är det nog lätt hänt. Det är viktigt att förstå att man själv faktiskt bestämmer lite över situationen.”

Faktorer som knyts till den fysiska och psykiska hälsan

Nedan följer de faktorer som deltagarna förknippar med fysisk och psykisk hälsa. Majoriteten framhåller träning och kosthållning och dess positiva inverkan på hälsan. Ett övervägande antal betonar upplevelsen av stress, och hur denna upplevs inverka negativt på den egna hälsan. Flertalet deltagare beskriver hur hanteringen av livets motgångar påverkar den egna hälsan. Ett flertal deltagare ställer en gudstro i förhållande till hälsa. Slutligen benämns värdet av ett gott självomhändertagande.

Träning och kosthållning

”Det finns ju en massa grejer, vad du äter, vad du gör om dagen. Om du sitter ner mycket eller om du är ute och går mycket. Om man tar käkets till exempel. När jag gick i högstadiet så käkade jag en himla massa onyttigt, och det satte ju sina spår. När jag började i gymnasiet så började träningen, man började samtidigt äta nyttigt. Och jag har ju hållit fast vid den här husmanskostgrejen”

Stress

”Jag har ju migrän och magkatarr, men det ställer ju jag helt i relation till stress. Jag tänker, nu är det mycket, det är därför du har ont i magen, eller nu har du haft migränanfall, det skulle kunna bero på stress och så vidare. Så jag går ju aldrig till doktorn, för jag tänker

istället att det då är någonting i mitt liv som det är fel på. Det tror jag faktiskt har hjälpt mig på något sätt. Jag känner att min kropp reagerar väldigt starkt på press och så.”

”Jag har en ganska så känslig mage, IBS. Men det är ju egentligen inget bra medicinskt begrepp, för det säger ju egentligen bara att man har en känslig tarm. Men både min mage och min tarm är väldigt känsliga för stress. När stressen ökar så ökar ju även de två sakerna.”

Hantera livets motgångar

”Mina föräldrar skilde sig när jag gick i nian. Istället för att gå in i det så gick jag bort från det, gömde mig i alkohol, försökte gömma mig. Och det medgav direkt att jag gick upp väldigt mycket i vikt. Jag var glad när jag var borta. Men, att inte ha sitt hem någonstans gjorde mig väldigt nere. Det blev väldigt jobbigt. Och det syntes mycket på mig, jag fick problem med hyn och på ryggen fick jag utslag. Det blev väldigt klart för mig vad det berodde på. Och det var inte för än två år senare som det reddes ut ordentligt, och jag gick in i det.”

”Jag tror att de människor som klarar sig bäst i livet är de som klarar av att ta motgångar. Alla kommer vi att drabbas av motgångar. Men sen finns det de som bara lägger sig ner och tycker synd om sig själva. Är man för negativ så tror jag till slut att man mår dåligt av det själv”

En gudstro

”Att finna en mening i tillvaron. Jag är själv kristen, naturligtvis kan jag inte bevisa att det har påverkat mig, men det ger mening i tillvaron. Även om det inte är den primära aspekten av min tro, så känns det som att det påverkar min hälsosituation.”

”Jag har ju också en tro, en gudstro, och det kanske också är så att det ger någon form av meningsfullhet. Och en tillit, att det finns någonting som är större än jag. Jag tror också att det kan ge någon form utav hälsa, att ha en tro. Dels att vara en del av någonting större, men också att kunna vila i. För mig är tron en kärlek, alltså, att kunna vila i en kärleksfull hand. Som troende har jag en dialog med gud då livet är tyngre eller svårt.”

Självomhändertagande

”Det är viktigt att ta vara på sig själv och lyssna på kroppens signaler när den säger att den är trött eller inte orkar mer. Man måste vara lyhörd”

”Sen tror jag det är viktigt att göra andra saker, jag tror det är viktigt att röra på sig, vara i naturen, att ha kul. Jag tycker faktiskt att det är kul att springa i skogen, jag kan njuta av känslan i rörelsen, det är en frihet i det. För mig är nog kul att inte ha några måsten, inga krav, ett sätt att vara. Jag kan tycka det är jättekul att sitta och dega i ett par fula joggingbyxor framför en bra film”

Hälsa i ett sammanhang

Definition av hälsa

Nedan ges några exempel där deltagarna definierar den egna hälsan. Sättet man fastställer den egna hälsan skiljer sig, deltagarna emellan. Det stora flertalet definierar den egna hälsan genom att ställa den i relation till andra: *”Jag har ju varit ganska mycket sjuk i jämförelse med folk i min egen ålder. Det är så man får jämföra sitt eget hälsotillstånd, främst i jämförelse med andra.”*

”Hur andra människor uppfatta min hälsa. Att jag tog upp det kan bero på att jag har socialfobiska drag. Och tror därmed hela tiden att jag är bedömd av andra, varpå det blir viktigt att verka fungera normalt. Det här är en viktig poäng, för mig i alla fall. Det är ju inte nödvändigtvis så att hälsa måste synas, eller att sjukdomar måste synas, men jag har väl en tendens att tro att det syns.”

”Så vitt jag kan förstå så tillhör jag den friska halvan, i jämförelse med andra. Och det är jag givetvis mycket tacksam över. Men sen tänker jag inte att hälsan är något isolerat fenomen. Det är inte isolerat kring mig, utan det har samband med det jag gör, hur jag trivs med min omgivning, med min självbild och så vidare. Det är ett komplext fenomen.”

Andra ställer deras nuvarande hälsa i relation till tidigare upplevelser i livet:

”Jag opererades ett par gånger. Och efter det att man har blivit frisk, om man nu kan säga så, är det som att allting ska vara som vanligt igen, vilket det inte blir. Så, på grund av min

tidigare sjukdomshistoria så tror man att minsta lilla är någonting mycket större. Så att definiera hälsa rent objektivt tror jag är mycket svårt. För att definiera hälsa tror jag man behöver den subjektiva sidan, hos alla.”

”Om jag blickar tillbaka på det nu så var högstadiet ett sådant stadium som jag tror nästan alla går igenom. För mig betyder det en väldigt lat livsstil, ingenting att göra, dålig livssituation, inget syfte och man var lite smått deprimerad hela tiden. Jag tror att många har det stadiet i livet, kanske finns det vissa som inte har. Men jag såg det väl inte som något utöver det normala, det kanske drabbade mig hårdare än vad det gjorde mina kompisar under den perioden?”

Slutligen ställs den egna hälsan i relation till individuella behov: ”Sen tänker jag att vissa människor, för att ha en god hälsa, behöver en viss medicinering, och sådant, för att de ska fungera. Ända sedan jag började äta min medicin så har jag mått mycket bättre.”

”Men jag går dagligen inte och lider av någonting. Det finns en medicinering och det finns ett identifierat problem, som det ska jobbas på. Om man skulle väga ihop det fysiska och psykiska, så är jag förmodligen, tack vare antidepressiva mediciner, ganska frisk. Ja, det märks i vilket fall inte utåt att jag har några problem. Och det är inget jag dagligen märker, längre”

Det sociala nätverket

Nedan följer några exempel där deltagarna ställer den egna hälsan i relation till betydelsefulla andra. I sammanhanget lyfter deltagarna olika aspekter. Det stora flertalet berör värdet av att kunna mötas:

”I den mån man kan känna igen sig själv, och känna att man blir igenkänd. Det handlar också om bekräftelse, av den man är och den man inte är. På något sätt kan hälsoaspekten förknippas med detta. Och just det här att man kan spegla sig själv och spegla varandra, framförallt med närmare människor i min omgivning. Det kan handla om att man har varit med om något, upplevt något eller känt någonting. Att komma hem eller möta någon man känner och uppleva att den lyssnar till det jag berättar. Ja, att man känner sig bättre till

mods. Men jag har inget konkret exempel från mitt eget liv, det är en övergripande känsla eller uppfattning som jag har”

”Innan skilsmässan så visade vi inte våra känslor eller problem inom familjen, man skulle inte framställas som svag, för fem öre. Men efter att vi gick in i det och pratade om det har det blivit en totalförändring, framförallt beträffande min far. Nu är vi istället mer medvetna om hur vi mår. Vi öppnar upp mer, berättar om saker och visar oss sårbara, för att sedan växa och må bättre i det.”

Två av deltagare lyfter familjens direkta inverkan på den egna hälsan. En av dessa anser att familjen har stort inflytande i att lära barnen om hälsa. Den andre beskriver hur man inom familjen har kunnat behandla fysisk ohälsa: *”Där tror jag familjen har en stor betydelse, nu behöver det ju inte vara så för alla, men jag tror att det har varit så för mig. Jag tror man behöver lära sig sådana här saker av mamma och pappa. Jag tänker att det är många saker som grundar sig i en då när man växer upp. Att man över huvudtaget bryr sig om sin fysiska hälsa, till exempel.”*

”Sen hör väl till saken att båda mina föräldrar är läkare, så jag har aldrig behövt söka någon vård eller så, alla fysiska åkommor har kunnat få sin förklaring direkt, om man så säger.”

En av deltagarna beskriver konsekvenserna av att flytta hemifrån:

”Ska man gå in riktigt djupt på detta så kan man känna sig lite ensam när man har flyttat hemifrån. Jag är ju väldigt fäst vid min familj. I början av terminerna kunde jag känna mig ensam. Men, jag vet inte om ensamhet har med hälsa att göra, det är ju mer en känsla? Men jag tänker att man ska må bra inuti sig själv. Att man behöver ha personer i sin närhet. Frågan är om man ska räkna in det i hälsa? Men jag tycker nog ändå det. För att ha en riktigt bra hälsa så måste man nog också må bra. Och för att må bra så tror jag att det krävs mänsklig kontakt, så tänker jag.”

Slutligen berörs de hälsomässiga konsekvenserna av ett avslutat kärleksförhållande:

”Jag blev jag dumpad, en vecka efter att jag flyttade till Lund. Jag och min dåvarande sambo hade bott tillsammans en vecka. Det tärde jättemycket på mig. Man blir trött, kroppen gör försvar i form av att må dåligt, man blir ledsen. Man blir tröttare, rör inte på mig lika mycket, tappar energin.”

Hälsa i ett samhällsperspektiv

Nedan följer exempel där deltagarna reflekterar kring hälsa i förhållande till samhället. Två deltagare pratar om en ökad ensamhet i samhället. Slutligen förs ett resonemang kring huruvida en ökad ohälsa i samhället kan ses som en konsekvens av att vi förutsätts klara oss mer själva, samt en minskad samhällsacceptans för ohälsa.

Ensamhet

”På tal om allmän ohälsa så är nog folk rätt så ensamma. Jag har tidigare jobbat på en myndighet med sjukskrivna. Alltså, ibland så får jag en känsla av att folk inte har någon att prata med, att de har ett stort behov av sig att prata. Har du inget arbete, så hamnar du också i ett utanförskap, där det finns en sådan ensamhet. Och ensamhet kan vara oerhört farligt, tror jag. Exempel, en man, som var sjukskriven och närmade sig sextio. Han hade inga levande släktingar, han hade verkligen inga, inget umgänge, ingenting, han var totalt ensam, alltså, riktigt jätteensam. Och då tänker jag, han fick ju ont, högt blodtryck och allt det här, och det är ju inte så konstigt. Han ringde till mig ungefär varannan dag och ville jätte gärna komma på besök. Jag var ju en medmänniska för honom. Vissa människor har ingen att prata med, de är ensamma, läskigt alltså.”

”Det kan ju bero på väldigt mycket såklart, om man får slänga ur sig sådana här helt ofalsifierbara hypoteser, så tror jag att individualism är en stor bov i dramat. Att folk är mer ensamma, även om det idag är mer kontakt än någonsin emellan människor. Alltså, den kollektivism som fanns, kanske framförallt bland studenter här i Lund på 1970-talet existerar inte på samma sätt nu. Alla ska sköta sitt, och lyckas till varje pris. Och de som inte orkar leva upp till de kraven, som är helt meningslösa och för högt ställda, drabbas väl lätt av depressioner, eller vad man kan kalla depressioner i alla fall. Allting är väl inte depressioner, utan det får jag väl använda som någon form av samlingsbegrepp här.”

Att klara sig själv

”Sedan tror jag också, vilket kan låta som att det strider mot det som jag sade förut, att folk tror att de kan bestämma så mycket själva över sina liv, och när de sedan misslyckas, så tror de att de har förlorat sitt människovärde, eller någon slags värde på en social marknad, att de skulle förlora vänner och liknande. Jag sa ju tidigare att man kunde påverka sjukdomen själv, att man själv har lite makt i det hela. Men risken är ju att man tror att man har för stor makt. Bland annat finns det ju en uppsjö av självhjälpsböcker, som säkert kan hjälpa många,

men det kan ju också vara farligt, eftersom de lurar folk att jaget är så starkt att man kan göra precis vad man vill, och bli precis vilken människa man vill”.

Acceptera ohälsa

”Det kan leda till att människor inte accepterar ohälsa. Alltså, så fort minsta möjliga åkomma dyker upp, så ska den botas snabbt. Och att folk söker läkarhjälp för sådant som man förr visste var en del av livet, att man bara fick härda ut.” /.../ ”En del patienter ska direkt ha en snabb lösning, varpå de får svaret, ja men du är förkyld, det är bara att gå hem lägga dig och vänta. Men, det accepterar man inte, för jag hinner inte, har inte tid med att vara förkyld. Så att det finns en stress, eller prestationsångest, som inte lämnar plats åt sjukdom.” /.../ ”Det kanske kan vara så att människor har en lägre smärtröskel nu än vad de hade förr. Och sen kan vi idag bota mycket mer än vad man kunde göra för cirka 30-40 år sedan. Så då sänks hela tiden gränsen för vad man kan tolerera som ohälsa, genom att allting ska botas snabbt, antingen med värktabletter eller antidepressiva. Då minskar toleransen för ohälsa, tror jag. Ja, det var nog det sista som jag ville säga om det”

Deltagarnas uppfattning om enkäternas olika svarsalternativ

För att tydliggöra deltagarnas subjektiva uppfattning av likertskalans fem svarsalternativ, undersöktes detta vid intervjutillfället. En majoritet uppfattar de olika svarsalternativen utifrån hur ofta de upplevs på ett år, exempelvis:

”Nästan alltid skulle innebära att det är få dagar som man inte upplever de här besvären. Alltså att det oftast är dagligen. Ibland, ja varannan månad skulle jag nog säga. Nästan aldrig skulle jag nog säga är när man har haft ett besvär, men inte kan komma ihåg när. Att det skulle vara flera år emellan.”

Andra deltagare beskriver deras skattning utifrån symtomets karaktär, exempelvis:

”Vissa saker kanske man inte ser som några besvär. Svårt att slappna av, det har man nästan alltid, kanske.”

Diskussion

Metoddiskussion

Intern validitet

Då vi använder oss av korrelationsdesign i vår studie medför detta att vi inte kan uttala oss om orsakssamband. Vi riskerar också att feltolka resultatet och tro att två variabler samvarierar, när de i själva verket medieras av en eller flera andra faktorer. Kanske medieras personens skattningar på Kasam respektive upplevda besvär av faktorn socialt stöd. Andra tänkbara faktorer som vi inte kontrollerat för är sociodemografiska faktorer så som bostadssituation; eller livsstilsfaktorer så som kost, motion, fritidsaktiviteter, rökning och alkoholvanor. Kanske har testpersonen någon sjukdom eller skada/handikapp/kronisk värk som drar ner både graden av Kasam och besvärsskattningen samtidigt. Således kan vi anta att våra resultat visar på samband men mer specifikt hur dessa ser ut går inte att uttala sig om inom ramen för just denna studie.

Mätinstrumenten

Då teorin om Kasam säger att en individs nivå av Kasam kan fluktuera, kan vi alltså inte säga något om att våra resultats konstanthet över tid, även om vi hade gått tillbaka till samma stickprov med samma mätinstrument. Eventuellt hade longitudinella studier kunnat ge mer reliabla resultat, vilket således hade kunnat vara en alternativ design till den vi själva har.

Vi önskade få en skattning av olika besvär utifrån den grad de upplevs förekomma, snarare än att få en tidsangivelse för den exakta frekvens som besväret yttrar sig på. Nackdelen med detta är att vi inte kan vara säkra på att en person som skattat ”nästan aldrig” menar samma sak som en annan person med samma skattning. Detta utgör ett hot mot begreppsvaliditeten, vilket vi ämnat undanröja genom att i våra intervjuer tydliggöra innebörden av de olika svarsalternativen.

Testsituationen

Studenterna satt bredvid varandra och kan ha sett varandras svar. Då vissa av frågorna kan upplevas vara av privat karaktär, kan detta möjligtvis ha påverkat testpersonernas sätt att fylla i enkäten. Ett alternativ hade varit att dela ut enkäterna med svarskuvert bifogade, och bett testpersonerna posta sina svar. Vi tror dock att detta hade minskat svarsfrekvensen, vilket var

anledningen till att vi bad studenterna att fylla i enkäten i samband med föreläsningstillfället. Vårt resultat visade även på starka samband mellan de frågor vi trodde skulle upplevas som mer privata, nämligen Kasam och självskattade besvär. Således är det troligt att studien inte påverkats för mycket av vårt metodval gällande testpersonernas ifyllnad av enkäter.

Extern validitet

Då vi i vår studies inledande skede ämnade jämföra grupper avseende fysisk och psykisk hälsa, gjorde vi vårt urval utifrån detta syfte. Vårt fokus kom att skifta till att inrikta sig på upplevelsen av fysisk och psykisk hälsa i den grupp människor som de två studentpopulationerna utgjorde. Vårt stickprov kan anses vara representativt för studenter i detta åldersspann. Vi ser den inte kunna vara representativ för normalbefolkningen då det finns en ojämn könsfördelning och då åldersspannet är begränsat till att omfatta individer i tidigt vuxenliv.

Vårt stickprov på 122 personer är förhållandevis stort, vilket gör att vi har god sannolikhet för att upptäcka relationer mellan variabler som finns i populationen. Detta eftersom stickprovet bättre kan motsvara den bakomliggande populationen. Att ha ett stort stickprov ökar dock inte validiteten i studien. Dessutom ökar risken för fel av typ ett, att vi på felaktiga grunder antar att det finns ett samband mellan variablerna.

Bortfallsanalys

En kvinna valde att inte delta på grund av att hon hade en kronisk sjukdom, vilket hon trodde kunde inverka på vårt resultat. Med undantag för denna persons muntliga förklaring till dess val av att inte delta, tillät inte vår design att vi i efterhand kunde få information om de individer som valde att inte medverka i studien. Detta begränsar studiens generaliserbarhet eftersom vi inte vet om stickprovet är representativt. Kanske är det enbart högt motiverade individer som har svarat på enkäten, medan mindre motiverade valt att inte delta. Vår svarsfrekvens var dock tämligen god (85%). Rimligtvis torde detta innebära att våra deltagare är representativa för den population vi ämnat undersöka. Vi såg en tydlig trend i att många inte hade fyllt i ålder respektive kön. Då dessa frågor befann sig överst på enkäten, tror vi att detta berott på att enkätens utformning inte var tillräckligt pedagogisk. Då vi konstruerat frågorna med syfte att få fram deskriptiv statistik, påverkar de saknade uppgifterna om kön och ålder inte våra korrelationsberäkningar.

Resultatdiskussion

Enkätresultat

Studiens övergripande syfte är att erhålla en fördjupad förståelse för individers hälsa. Ett delsyfte är att se huruvida känslan av sammanhang samvarierar med hälsorelaterade områden.

Uppkomst av symtom

Studien uppvisar en stark samvariation mellan deltagarnas känsla av sammanhang och skattning av symtom, vilket överensstämmer med studiens första hypotes. Även tidigare studier har funnit samband mellan Känsla av sammanhang och symtom (Gassne, 2008). Detta samband kan delvis förklaras utifrån tidigare beskrivna teorier. En hög känsla av sammanhang innebär ett stort förfogande av motståndsresurser, vilket ökar individens möjligheter att omvandla spänning till homeostas. En låg känsla av sammanhang innebär färre motståndsresurser att möta spänningen, vilket kan förlänga den återhämtningstid som uppstår, efter det att individen har utsatts för en stressor (Antonovsky, 2001). Den förlängda stressreaktionen, är vad som slutligen ger upphov till sjukliga förändringar i kroppen (Währborg, 2002).

Självskattad hälsa

Studien uppvisar en måttlig samvariation mellan deltagarnas känsla av sammanhang och skattning av det egna hälsotillståndet. En hög känsla av sammanhang associeras med upplevelsen av ett gott hälsotillstånd. Resultatet överensstämmer således med studiens andra hypotes. Ovanstående resultat är förenligt med tidigare forskning som visar att studenter som upplever mycket stress, också skattar sin hälsa som sämre samt uppger fler besvär (Undén, 1990). Studiens resultat kan förklaras av att en hög känsla av sammanhang minskar de förlängda stressreaktionerna. Detta torde förbättra deltagarnas allmänna uppfattning av den egna hälsan. Resultatet kan även läsas i omvänd ordning, nämligen att det finns en positiv samvariation mellan uppfattningen om den egna hälsan och känsla av sammanhang. Mer om detta under kommande rubrik.

Sjukvårdsuppsökande

Tidigare studier har visat att mångbesökare, det vill säga den grupp av patienter som utgör oproportionerligt många läkarbesök, har visat sig ha lägre känsla av sammanhang än kontrollgrupper (Berg, 2003). Denna studie visade dock ingen samvariation mellan känsla av

sammanhang och frekvens av sjukvårdsuppsökande, vilket gör att studiens tredje hypotes förkastas. Frånvaron av samvariation kan ha olika förklaringar. Denna studie görs på en population som skiljer sig från den som Berg (2003) undersökt, på så vis att vårt stickprov inte är representativt för människor som söker sjukvård. Ett rimligt antagande är att deltagarna i Bergs studie upplever en förhållandevis sämre hälsa, i jämförelse med deltagarna i denna studie. Följaktligen, skattning av det egna hälsotillståndet samt mängden symtom samvarierar med Känslan av sammanhang, vilket även framkom i författarnas studie. Men, som enskild faktor kan känslan av sammanhang inte förklara frekvensen av sjukvårdsuppsökande. Sannolikt förklaras detta av en mängd faktorer så som ekonomi, bedömning av hälsorisk, m.fl (Andersson, 2002).

Förhållningssätt till sjukdomstillstånd

I studien uppvisas inget samband mellan deltagarnas känsla av sammanhang och förhållningssätt till det egna hälsotillståndet. Studiens fjärde hypotes måste därmed förkastas. Vid ovan nämnda samband utgick författarna från antagandena att känslan av sammanhang torde avspegla sig i sättet man, (1) begriper kroppen och dess reaktioner, (2) i vilken utsträckning man upplever sig kunna hantera kropp och välbefinnande samt (3) vilken mening man tillskriver olika sjukdomstillstånd. För att mäta dessa antaganden konstruerades påståenden utifrån: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky, 2001). Vid administrering av enkäten var påståendena inte validerade, författarna kan på statistiska grunder inte säkerställa att frågorna mäter det vi avser att mäta. Vid statistisk bearbetning uppkommer ingen korrelation frågorna emellan, det förefaller som att frågorna mäter olika saker. En rimlig förklaring till ovanstående resultat är att deltagarna har uppfattat frågorna väldigt olika, vilket kan bero på skilda erfarenheter av, samt olika kunskaper om olika sjukdomstillstånd. En upplevelse av att kunna påverka sjukdomsförloppet, torde rimligtvis vara beroende av sjukdomens natur samt vilket kunskap man har om den specifika sjukdomen. Detsamma torde sannolikt kunna förklara den stora spridning som uppkommer kring möjligheterna att finna mening i sjukdomstillstånd.

Orsak till sjukdomstillstånd och sjukvårdsuppsökande

Enkätfrågorna 16 och 17 berörde dels vilka tillstånd man uppsökt sjukvård för, dels orsaken bakom detta sjukdomstillstånd. Resultatet visade på att en majoritet av deltagarna anger fysiska åkommor som orsak till uppsökandet av sjukvård. Resterande anger antingen psykiska eller stressrelaterade tillstånd. En tredjedel av samtliga deltagare anger flera möjliga orsaker

till tillståndets uppkomst, medan var femte deltagare anger stressrelaterade orsaker. Intressant i ovanstående resultat är att en majoritet av deltagarna söker vård för fysiska åkommor, medan orsaken vanligtvis tillskrivs en mängd faktorer. Man skulle kunna tolka detta som att flera, lågintensiva stimuli, tillsammans överskrider individens möjlighet att hantera det spänningstillstånd som uppstår, varpå individen upplever stress.

Intervjuresultatet

Hälsans egenskaper

Majoriteten deltagare beskriver den egna hälsan utifrån fysiska egenskaper. Dessa deltagare beskriver den egna hälsan i förhållande till exempelvis, närvaron av fysiska krämpor, mängd fysisk träning samt immunförsvarets verkande. Andra deltagare framställer den egna hälsan utifrån både fysiska och psykiska egenskaper, den egna hälsan blir för dessa ett övergripande begrepp, som täcker både kropp och själ. En deltagare gör en tydlig åtskillnad mellan sin fysiska och sin psykiska hälsa, att det är olika saker. Vissa upplever således den fysiska hälsan kunna vara god medan den psykiska är sämre, och tvärtom. Andra upplever att den fysiska och den psykiska hälsan påverkar varandra.

Tre deltagare knyter uppfattningen om den egna hälsan med uppfattningen om ett själv. Denna sammankoppling beskrivs olika, deltagarna emellan. En deltagare gör en tillbakablick över hur det symtom som i barndomen tolkats som magsmärter, har fått en annan meningsinnebörd i vuxen ålder:

”Jag kommer ihåg att jag hade mycket ont i magen. Jag fick gå på en massa undersökningar, smärtsamma undersökningar. Som vuxen har jag insett att jag inte hade ont i magen. Utan att det för mig var ett sätt att bli sedd.”

Människans förmåga till mentalisering är bland annat det som möjliggör att vi kan föreställa sig vilka behov och orsaker som kan tänkas ligga bakom våra egna och andras beteenden (Fonagy, m.fl., 2004), något som ovanstående resultat kan illustrera. Föreställningen om bakomliggande orsaker kan även komma att omprövas, vilket deltagarens reflektion visar. Möjligtvis kan detta belysas utifrån Damasio (2002) olika medvetandenivåer: som barn har vi inte samma kognitiva förutsättningar för att medvetandegöra våra behov. Dessa kan istället ge sig till uttryck i form av magont. I vuxenlivet kan behoven medvetandegöras och

symtomet kan tillskrivas en annan innebörd, än vad det hade först. Med Antonovskys (2001) termer kan detta ses som att individen har ett förhållningssätt till barndomens ohälsa som har begripliggjorts och fått en meningsinnebörd.

Att forma en uppfattning om hälsotillståndet

Deltagarna resonerar kring, samt definierar det egna hälsotillståndet utifrån dess relation till olika faktorer. Flera av deltagarna ställer det egna hälsotillståndet i relation till andra, exempelvis personer av samma ålder. En deltagares upplevelse av att "tillhöra den friska halvan" synliggörs av att den egna hälsan inte enbart kan förstås utifrån individnivå. Det självskattade hälsotillståndet förefaller även uppkomma genom att jämföra sin hälsa med andra i sin omgivning.

Andra deltagare ställer det egna hälsotillståndet i relation till tidigare erfarenheter i livet. Detta kan tala för hur minnen av tidigare sjukdomsepisoder och dess konsekvenser kan inverka på sättet vi bedömer vårt nuvarande hälsotillstånd. Således kan erfarenheter både av egna och andras hälsotillstånd påverka hur vi uppfattar vår egen hälsa.

Innebörden av en god hälsa

Av flertalet deltagare beskrivs en god hälsa som en frånvaro av symtom. Det framställs här som ett tillstånd där man *inte* har krämpor eller *inte* känner sig hängig. Hälsa betraktas här som något som är motsatsen till sjukdom. Detta är samma innebörd som författarna själva valde att utgå från då de mätte hälsa i enkäten: som en frånvaro av upplevda besvär.

Ett syfte med intervjuerna var att nyansera och fördjupa författarnas förförståelse av begreppet hälsa. Intervjudeltagarna bidrog här med kunskap om att det finns fler än ett sätt att definiera vad som kännetecknar en god hälsa, än det sätt som låg till grund för enkätens utformning. En deltagare beskrev hälsa vara "*det som gör att man kan fungera och utföra saker utan att känna sig begränsad*". Ytterligare ett sätt att beskriva en god hälsas kännetecken är i form av ett beteende; en livsstil, där man ser efter sig själv och på så vis förebygger uppkomsten av sjukdomar.

Vikten av betydelsefulla andra

Flera deltagare beskriver hur betydelsefulla andra upplevs påverka den egna hälsan. I sammanhanget betonas olika aspekter. Flera deltagare betonar värdet av kunna mötas. Andra

framställer familj och vänner som viktiga för att kunna hantera psykisk och fysisk ohälsa. Två deltagare associerar frånvaron av betydelsefulla andra med försämrad hälsa.

Sammantaget förefaller relationer människor emellan spela en viktig roll för upplevelsen av hälsotillståndet. Antonovsky (2001) menar att det är genom det kvalitativa bemötandet från andra, som saker och ting blir hanterbara och meningsfulla. Ytterligare en tänkbar förklaring till vad den främjande faktorn är skulle utifrån Fonagy m. fl. (2004) vara, att det i samspelet mellan individer, sker en empatisk affektspeglning. Den har samma effekter på organisering och reglering av det inre tillståndet i vuxen ålder, som den har för barnet i interaktionen med sin förälder. I relationen till den andre får individen, genom att uttrycka sig via språket eller på andra symboliska sätt, möjlighet att få sina affekter speglade och därmed medvetandegjorda. I det kommunikativa samspelet människor emellan, finns även möjlighet att få hjälp med att reglera dessa affekter.

Inverkande faktorer

Det stora flertalet beskriver och exemplifierar hur fysisk träning och kosthållning inverkar på den egna hälsan. Även andra faktorer nämns:

Stress

Flera av deltagarna beskriver även stressens inverkan på hälsotillståndet. Sömlöshet, känslig mage och tarm uppges vara tecken på stress. En deltagare beskriver sin migrän och magkatarr vara helt relaterat till stress, och känner att den egna kroppen reagerar starkt på press. Tankegångarna som då associeras till dessa tillstånd är ”*nu är det mycket, det är därför du har ont i magen*” samt att det ”*är någonting i mitt liv som det är fel på*”. Währborg (2002) skulle troligtvis se detta som ett exempel på hur stressorer kan leda till uppkomsten av ett spänningstillstånd, vilket i sin tur kan yttra sig i form av besvär så som migrän eller magkatarr. Fonagy m.fl. (2004) skulle möjligen beskriva det som att människans upptäckande och medvetandegörande av inre tillstånd är det som möjliggör sökandet efter sannolika orsaker bakom tillståndets uppkomst. Exemplet kan även vara illustrativt för hur känslan av sammanhang, det vill säga möjligheten att uppfatta livet som begripligt, hanterbart och meningsfullt, knyts till medvetandets övre nivåer. Först då kan individen få tillgång till fler adaptiva resurser, för att möta och reglera spänningstillståndet (Antonovsky, 2001).

Livets motgångar

Andra deltagare beskriver hur hanteringen av livets motgångar kan inverka på den egna hälsan. Somliga deltagare ger personliga erfarenheter, medan andra framför dessa tankegångar utifrån en mer generell hållning. I den senare gruppen understryks värdet av att kunna förhålla sig till sitt sjukdomstillstånd samt att motgångar inte behöver drabba hela personen. Flera nämner en positiv inställning vara avgörande för en effektiv hantering av motgången. En deltagare berättar om hur föräldrarnas skilsmässa och medföljande omständigheter bidrog till ett sämre mående, vilket märktes i form av problem med hyn av olika slag. Exemplet kan ses som målande för hur livets påfrestningar kan ge sig till uttryck i form av symtom som sätter sig i kroppen.

En Gudstro

Några deltagare beskriver och exemplifierar en gudstro, som något som bidrar till god hälsa eftersom det bland annat ger en mening i tillvaron. En gudstro beskrivs också innebära att det finns någon att ha en dialog med då livet är tyngre eller svårt. Det är möjligt att denna dialog kan fylla en affektreglerande funktion. Då människan medvetandegör sina affektiva tillstånd, kan ett externaliserande av dessa fylla en känsloreglerande funktion. Externaliseringen kan för barnet ske genom interaktion med föräldrar, eller symboliseras i leken. För den vuxne individen kan externaliseringen av innehållet ske exempelvis via konst eller musik. Det kan även ske via en språklig kommunikation till omvärlden (Fonagy, m.fl., 2004). Denna kommunikation kan troligtvis ha liknande reglerande effekter vare sig den är riktad mot en vän, en terapeut, eller sker i dialogen med en gud.

Lyhördhet

Slutligen framhålls värdet av ett gott självomhändertagande. ”Att vara lyhörd för kroppens signaler och lyssna på den när den säger att den är trött och inte orkar mer”. Så beskriver en deltagare självomhändertagandet. Denna lyhördhet kan ses som ytterligare ett exempel på förmågan att medvetandegöra och bejaka inre tillstånd innan dessa leder till uppkomsten av de tillstånd som på sikt kan vara sjukdomsalstrande.

Samhällets inverkan

Somliga deltagare har funderingar kring vilka samhällsfaktorer som inverkar på hälsan. Två deltagare ställer ohälsa i relation till en ökad ensamhet i samhället. Detta trots att det ”idag är

mer kontakt än någonsin emellan människor". Ohälsa förknippas med att vi *"förutsätts klara oss alltmer själva; sköta sitt och lyckas till varje pris"*. Det upplevs finnas *"en stress, eller prestationsångest, som inte lämnar plats åt sjukdom"*, vilket visar sig i form av ohälsa för de som inte *"orkar leva upp till de kraven"*.

Tendenserna i dagens samhälle sätts även i relation till vår historia. En deltagare har tankar kring att människans acceptans av ohälsa minskar i takt med att våra botemedel effektiviseras. En annan deltagare förknippar den ökade ensamheten med möjliga individualistiska tendenser i dagens samhälle, och sätter detta i kontrast till den kollektivism som funnits tidigare.

Deltagarnas beskrivningar av samhället idag förefaller sammantaget ge bilden av att det finns tendenser som oundvikligen bidrar till ohälsa. Möjligtvis finns en bakomliggande känsla av att samhället inte besitter några goda och stöttande krafter. Detta stöd beskrivs dock finnas hos personer i den närmaste omgivningen.

Möjligtvis går dessa tankegångar att finna hos fler individer än de i vårt stickprov, och man kan spekulera i dess effekter. En möjlig konsekvens är att individen själv får ansvaret för den egna hälsan. På motsvarande vis, kan orsakerna bakom enskilda individers ohälsa felaktigt tillskrivas denne själv, trots att orsakerna går att finna bortom individens kontroll. Exempel på detta kan vara hur uppkomsten till utbrändhet hos individen på en arbetsplats till stor del kan förklaras utifrån organisatoriska brister, snarare än individuella sådana.

Sammanfattande slutsatser

Studiens syfte är att erhålla en fördjupad förståelse av individers upplevelse av hälsa. Studiens första delsyfte var att undersöka huruvida individens känsla av sammanhang samvarierar med olika områden som är relaterade till hälsa och ohälsa.

Resultaten visar att en högre känsla av sammanhang samvarierar med lägre skattning av fysiska och psykiska besvär. En högre mängd fysiska och psykiska besvär visade sig samvariera med högre frekvens av sjukvårdsuppsökande. Studiens resultat visade dock inga direkta samband mellan känsla av sammanhang och frekvens av sjukvårdsuppsökande. Detta samband förklaras troligtvis av en mängd faktorer, som ligger utanför ramen för denna studie. Huruvida känslan av sammanhang även avspeglar sig i sättet man förhåller sig till olika sjukdomstillstånd, har inte kunnat fastställas i denna studie. Däremot skattas det egna hälsotillståndet som bättre desto högre känsla av sammanhang individen upplever.

Vårt andra delsyfte var att via intervjuer närma oss individers upplevelse av- samt tankar kring hälsa i allmänhet. Intervjupersonerna lägger olika stor vikt vid psykiska och fysiska egenskaper för att beskriva den egna hälsan. En god hälsa framställs som: *frånvaron av symtom; att kunna använda sin kropp på det sätt man vill, eller att ha en livsstil som förebygger uppkomsten av sjukdomar*. Hälsa sammankopplas även med identitet och självbild.

Hälsotillståndet definieras i förhållande till: andra, tidigare upplevelser samt individuella behov och livsföring. Betydelsefulla andra upplevs även kunna påverka den egna hälsan. Andra exempel på faktorer som inverkar på den egna hälsan är: träning, stress, förhållningssätt till livets motgångar, en gudstro samt ett självomhändertagande.

Hälsan upplevs även kunna påverkas av det samhälle vi lever i. I sammanhanget nämns tendenser till ökade krav på individen, en ökad ensamhet samt minskad acceptans för sjukdomar.

Avslutande reflektioner och rekommendationer

I enkäten associeras en högre känsla av sammanhang med en förhållandevis god hälsa samt minskad mängd fysiska och psykiska symtom. Ovanstående förhållande förklaras av individens förmåga att omvandla spänning till homeostas. Denna omvandling är beroende av medvetandets olika nivåer, då personer med högre känsla av sammanhang mer ofta väljer sina motståndsresurser på ett medvetet plan. Ovanstående förhållande ses även som en effekt av att känslorna, hos personer med högre känsla av sammanhang, mer ofta upplevs på ett medvetet plan. Medvetna och tydligt definierade känslor utgör en viktig resurs i återupprättandet av homeostas, då de ger individen viktig information att beakta inför val av lämpliga motståndsresurser.

I samtal med intervjupersonerna tydliggörs hur ovanstående färdigheter byggs upp- och bevaras i relation till betydelsefulla andra. En majoritet av intervjupersonerna upplever att möten med- eller närvaron av familj, vänner och kärlekspartner är något som ger dem hälsa. Flera deltagare ställer ohälsa i relation till ökad ensamhet i samhället, allt högre krav på individen samt en minskad samhällslig acceptans för fysisk och psykisk ohälsa. Med detta tydliggörs hur individens förmåga att omvandla spänning till homeostas, inte är någon genetisk självklarhet. Individens tillit till de egna resurserna samt viljan att möta omgivningens krav, är någonting som utvecklas från spädbarnstiden och framåt, då individen samlar erfarenheter om sig själv i relation till betydelsefulla andra.

Författarna ser en parallell till det psykoterapeutiska samtalets medvetandegörande kraft. Att via samtal närma sig, vanligtvis smärtsamma, känslor ger dem form. Och när känslorna har tagit form, finns de i medvetandet. Då känslorna finns i medvetandet, kan vi ge oss i kast med de problem, som känslorna börjat lösa. Exempel på detta är hur sorgebearbetning inleds, i samma stund som känslor av sorg finns i medvetande. Att via psykoterapeutiska samtal vidga bekantskapen om känsloregistret, att få upp känslorna i medvetandets övre skikt, torde förbättra individens möjligheter att omvandla spänning till homeostas.

Sammantaget förefaller hälsa vara ett fenomen som inte låter sig reduceras till en given uppsättning egenskaper hos individen. Annorlunda uttryckt, de färdigheter som enligt Antonovsky (2001) bringar hälsa, förefaller oupplösligt sammanflätade med individens sociala nätverk, individens livssituation samt det samhälle individen vistas i. Vad som framkommit i denna studie, skulle troligtvis skilja sig om studien gjorts på ett stickprov med annan socioekonomisk tillhörighet, kultur eller nationalitet. Som exempel har deltagarna beskrivit hur familj och vänner inverkar på hälsan. Eftersom studien utgått från studenter, kan detta resultat ses som uttryck för att våra deltagare befinner sig i en fas i livet som för många innebär att man har flyttat från sin familj och gamla vänner. Således kan studien spegla vilka prioriteringar som anses vara viktiga för deltagarna i just denna kontext. Vår studie har inriktat sig på en specifik grupp vid en viss tids- och rumskontext. Vi har inom ramen för detta arbete inte ämnat se om, och i så fall vilka, kulturspecifika faktorer inverkar på hälsan. Framtida studier kan dock med fördel göras på människor i andra livsstadier och i andra kulturer. Detta skulle ytterligare kunna nyansera synen på hälsa och de faktorer som anses inverka på den. Då vår studie undersökt närvaron av samband mellan olika variabler, kan dessa samband utgöra underlag för studier som syftar till att finna orsaksrelationer. Huruvida känslan av sammanhang hos studenter i Lund predicerar uppkomsten av symtom, eller tvärtom, kvarstår att undersöka. Likaså huruvida personens skattningar på Kasam respektive upplevda besvär medieras av en tredje faktor, exempelvis socialt stöd. Framtida studier kan även belysa vilken betydelse bakgrundsfaktorer, så som närvaron av ett socialt nätverk, har för den egna hälsan. Longitudinella studier på samma stickprov kan nyansera bilden av hur synen på den egna hälsan ser ut över tid, vilket kan ge information om huruvida det finns olika livsfaser som är förknippade med ökad ohälsa. Denna information kan i sin tur användas i preventivt syfte både på individ- och samhällsnivå.

Referenser

- Andersson, S. I. (2002). *Hälsopsykologi. En introduktion*. Lund: Wallin & Dalholm.
- Antonovsky, A. (1982). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (2001). *Hälsans Mystorium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Berg, H., Marklund, B. (2003). Characteristics of frequent attenders in different age and sex group in primary health care. *Scand J Prim Health Care*. 21:171-7.
- Damasio, A. (2002). *Känslan av att leva. Kroppen och känslornas betydelse för medvetenheten*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Denscombe, M. (2006). *Forskningshandboken - för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Engel, G. L. (1977) The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Flick, U. (2006). *An introduction to qualitative research*. London: Sage.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press LLC.
- Gassne, J. (2008). *Salutogenes, Kasam och socionomer*. Lunds universitet: Mediatryck
- Karlsson, K. (2004) . *Psykosocial ohälsa.. Samhälls-,primärvårds- och individperspektiv*. Lund: Media-Tryck
- Karlsson, K. (1997). *Psykosociala faktorer och hälsa: En befolkningsstudie i Malmöhus läns landsting*. Lund: Malmöhus läns landsting.
- Nilsson Lindström, M., (2005). *Studiemiljöer vid Lunds universitet - en undersökning ur ett psykosocialt perspektiv*. Rapport nr 236. Utvärderingsenheten Lunds universitet, Lund.
Hämtat 2009-09-05 från <http://www.evaluat.lu.se/publ/RappStudiemiljo.pdf>
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual*. Glasgow, Bell & Bain Ltd.

Ponterotto, J. (2005). Qualitative research in Counseling Psychology: A Primer on Research Paradigms and Philosophy of Science. *Journal of Counseling Psychology*, 2, 126-136.

Radley, A. (1994). *Making sense of illness. The social psychology of health and disease*. Cambridge: University press.

Tibblin, G., Tibblin, B., Peciva, S., Kullman, S. & Svärdsudd, K. (1990). The Göteborg Quality of Life Instrument - An Assessment of Well-being and Symptoms Among Men born 1913 and 1923. *Scandinavian Journal Primary Health Care Suppl* 1, 39-45.

Undén, A., Elofsson, S. (1998) *Självupplevd hälsa. Faktorer som påverkar människors egen bedömning*. Uppsala: Ord & Form AB.

Undén, A., Orth-Gomér, K. (1990). *Studenters hälsa och studiemiljö, hälsa och livskvalitet*. Stressforskningsrapport nr 222. Statens institut för psykosocial miljömedicin, Stockholm.

Währborg, P. (2002). *Stress och den nya ohälsan*. Natur och Kultur, Smedjebacken.

Zoglowek, H. (1999). Tematisk Analyse. En framgångsmåte for å analysere kvalitative intervju. *Nordisk pedagogik*, 19(3), 156-167.

Bilagor

Bilaga A



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Information om deltagande i studie

Vi tillfrågar dig härmed om du vill medverka i en studie med syfte att undersöka studenters fysiska och psykiska hälsotillstånd. För att göra detta har vi tagit fram en enkät. Vi vore tacksamma om du hjälpte oss med att fylla i den, vilket tar ca 10 min. Du kommer få svara på frågor som berör olika kroppssymtom, samt hur du upplever dessa. Du kommer även att få svara på frågor kring hur du uppfattar livet i allmänhet.

All information du ger kommer att behandlas konfidentiellt och enbart i forskningssyfte. Resultaten i studien kommer att presenteras på ett sätt som inte gör det möjligt att identifiera enskilda personer. Deltagande är helt frivilligt och du kan välja att hoppa av studien vid vilken tidpunkt som helst.

Vi som utför studien läser sista terminen på psykologprogrammet vid Lunds universitet. Studien ingår i vår examensuppsats i psykologi, som beräknas vara klar i januari 2010. Uppsatsen kommer därefter att finnas tillgänglig på Lunds universitets bibliotek, samt på universitetets uppsatsdatabas LUP Student Papers.

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

Helena och Arvid

Bilaga B

Kön:.....Ålder:..... Fakultet:.....

Nedan följer ett antal frågor. Kryssa för den ruta som bäst stämmer in på dig.

I vilken utsträckning upplever du dig:

	Nästan aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
1. <i>Ha besvär med muskler och skelett?</i> T.ex. ont i ryggen/benen; ledbesvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <i>Ha hjärt- lungbesvär?</i> T.ex. ont i bröstet, hosta eller andfåddhet (ej orsakad av fysisk träning)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <i>Ha besvär med magen?</i> T.ex. ont, illamående, diarré, förstoppning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <i>Ha besvär som rör huvud och sinnesorgan?</i> T.ex. yrsel, ögonbesvär, hörselnedsättning, huvudvärk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <i>Vara allmänt trött?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <i>Ha sömnbesvär?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <i>Vara nedstämd?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <i>Känna oro och ångest?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. <i>Ha svårt att slappna av?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Svara på nedanstående påståenden enligt det alternativ du tycker passar bäst in på dig.

	Stämmer inte alls	Stämmer nästan inte alls	Varken eller	Stämmer i huvudsak	Stämmer fullständigt
10. Jag brukar ha en föreställning om vad orsaken är till mina sjukdomstillstånd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vid sjukdomstillstånd upplever jag mig alltid kunna påverka sjukdomsförloppet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Att vara sjuk ser jag enbart som meningslöst och onödigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Mycket bra	Ganska bra	Varken bra eller dåligt	Ganska dåligt	Dåligt
13. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd vara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Mycket bra	Något bättre	Varken bättre eller sämre	Något sämre	Mycket sämre
14. Hur tycker du ditt allmänna hälsotillstånd är i jämförelse med folk i din egen ålder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Hur ofta har du sökt vård det senaste året?

Inte alls

**En till två
gånger**

**Tre till fyra
gånger**

**Ca en gång i
månaden**

**Mer än en gång i
månaden**

Om du kryssade i "inte alls" på ovanstående fråga, gå direkt till nästa sida.

16. För vilket/vilka tillstånd uppsökte du vård?

17. Kunde du se någon eller flera möjliga orsaker till tillståndets/tillståndens uppkomst?

Nej

Ja

18. Om ja, vilken/vilka orsaker?

Tack för att du fyllde i formuläret!

Vill du även medverka i en intervju?

Vill du även medverka i en intervju à 45 minuter för att prata vidare om dina tankar kring hälsa och sjukdom? Om du är intresserad, ange uppgifter nedan så blir du kontaktad av någon av oss. Som tack för att du ställer upp på en intervju erbjuder vi dig en biocheck.

Namn.....

Telefon.....

Email.....

Arvid och Helena