



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Självomhändertagande

**En explorativ studie av självomhändertagande hos kvinnliga studenter
inom vårdrelaterade utbildningar**

Johanna Eckberg och Therese Ekman Ehn

Psykologexamensuppsats

Handledare: Mats Fridell

Sammanfattning

Självomhändertagande; hur man tar hand om sig i vardagen, i utmanande situationer, i ett framtidsperspektiv samt i ett självbildbildsperspektiv, undersöktes hos kvinnliga studenter inom vårdrelaterade utbildningar vid Lunds universitet. Både kvantitativa och kvalitativa metoder användes i studien. Ett stickprov bestående av 123 kvinnor fyllde i en för studien konstruerad enkät gällande självomhändertagande, vilken visade att kvinnorna hade ett relativt gott självomhändertagande. Vidare genomfördes intervjuer med de kvinnor som hade det bästa ($n = 6$) respektive det sämsta ($n = 4$) självomhändertagandet i gruppen. Data analyserades med faktoranalys ($N = 123$) och tematisk analys ($n = 10$). De teman som identifierades vara av betydelse för självomhändertagande var; självkänsla, fysiskt omhändertagande, strävan, självreglering, egentid och social tid samt självdestruktivt beteende. Det som verkade hindrande för ett gott självomhändertagande var höga krav på sig själv, svårigheter att säga nej, en sträng attityd mot sig själv och bristfällig prioritering av sitt eget mående. Det som tycktes främja ett gott självomhändertagande var goda sociala relationer, att tycka om sig själv och lust. Ett gott självomhändertagande tycks snarare handla om göra mer av positiva aktiviteter än att göra mindre av negativa. Vidare fanns en statistiskt signifikant negativ korrelation mellan självomhändertagande och alexitymi, mätt med TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale) ($r = -0,517$, $p = 0,000$). En högre nivå av självomhändertagande samvarierade alltså med en lägre grad av alexitymi i studien.

Nyckelord: självomhändertagande, alexitymi, kvinnor, studenter, vårdrelaterade utbildningar

Abstract

Self-care; how you take care of yourself in everyday life, in challenging situations, in a long-term as well as in a self-image perspective, was studied in regards to female students at health profession educations at Lund University. Both quantitative and qualitative methods were used in the study. A sample of 123 women responded to a questionnaire regarding self-care designed for the purpose of the study, which showed that the women had a relatively high level of self-care. Furthermore, interviews were conducted with those of the women in the group who had the highest (n = 6) and the lowest (n = 4) level of self-care. The collected data was then analysed with factor analysis (N = 123) and thematic analysis (n = 10). The themes that were identified as being of importance for self-care were; self-esteem, physical care, endeavour, self-regulation, me-time and social time as well as self-destructive behaviour. What seemed to be obstructing a high level of self-care were setting high standards for one's self, difficulties saying no, a strict attitude towards one's self and an insufficient prioritizing of one's own well-being. What appeared to be promoting a high level of self-care were good social relations, liking one's self and pleasure. A high level of self-care seems to be more concerned with performing a higher number of positive activities, rather than performing less negative ones. Furthermore, a statistically significant negative correlation between self-care and alexithymia, as measured with TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale), was found ($r = -0,517$, $p = 0,000$). In other words, a higher level of self-care co-varied with a lower level of alexithymia in this study.

Keywords: self-care, alexithymia, women, students, health profession

Vi vill tacka alla de kvinnor som har ställt upp och svarat på vår enkät. Ett extra tack vill vi ge till de tio kvinnor som även ställde upp i intervjun och som så öppenhjärtligt delade med sig av sina tankar, känslor och erfarenheter. Utan er hade denna studie inte varit möjlig. Vi vill slutligen tacka vår handledare Mats Fridell som har följt, väglett och stöttat oss i detta arbete.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning	7
Teoretisk utgångspunkt	9
Self-care	9
Self-care vid somatisk sjukdom	10
<i>Diabetes</i>	10
<i>Hjärtsjukdomar</i>	11
<i>Stroke</i>	11
Self-care vid psykiska besvär	12
<i>Kriser</i>	12
<i>Depression</i>	12
Self-care hos behandlare	12
Self-care hos studenter	13
Närliggande begrepp	14
Self-regulation	14
Self-management	15
Coping	15
Alexitymi	16
Definition av självomhändertagande	18
Syfte	18
Frågeställning	18
Metod	19
Vetenskapsteoretisk utgångspunkt	19
Metodval	19
Förförståelse	20
Undersökningsgrupp	20
Instrument	24
Formuläret Självomhändertagande	24
TAS-20	25
Enkäten	26
Procedur	26
Förarbete	27
Konstruktion av enkät	28
Utskick	28
Bearbetning av data	29
Intervjuupplägg	30
Kontakt med intervjudeltagarna	31
Genomförande av intervju	32
Efterbearbetning och analys	32
Återkoppling	33
Resultat	34
Enkäten	34

Intervjun	40
Tema 1: Självkänsla	43
Tema 2: Fysiskt omhändertagande	46
Tema 3: Strävan	48
Tema 4: Självreglering	51
Tema 5: Egentid och social tid	54
Tema 6: Självdestruktivt beteende	56
Intervjuledarnas observationer	58
Hinder och främjare för ett gott självomhändertagande	59
Diskussion	61
Självomhändertagande	63
Metod	65
Definition av begreppet	66
Enkäten	66
Intervjun	68
Databearbetning	70
Avslutande metoddiskussion	70
Generaliseringsanspråk	71
Etiska överväganden	71
Vidare forskning och praktisk tillämpning	72
Referenser	74
BILAGA A	
BILAGA B	
BILAGA C	
BILAGA D	
BILAGA E	
BILAGA F	

Inledning

Flera indikatorer pekar på att den psykiska ohälsan ökar hos svenska folket. Ökningen gäller både kvinnor och män men det är betydligt fler kvinnor som rapporterar ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Den grupp där ökningen är kraftigast är hos de unga (Socialstyrelsen [SOS], 2009).

Oro, ängslan eller ångest har ökat hos både män och kvinnor i åldrarna 16-24 år sedan slutet på 1980-talet, och ökningen tycks bara fortsätta. Dessa besvär har blivit mycket vanligare bland studerande än tidigare, där det åter igen är kvinnorna som har mest besvär. Bland de kvinnliga studenterna 2004/2005 rapporterade 39 % ha besvär med oro, ängslan eller ångest, och 21 % av de manliga. I slutet på 1980-talet var det 9 % av kvinnorna och 8 % av männen som rapporterade dessa besvär (se Tabell 1) (Socialstyrelsen [SOS], 2009). En annan studie av högskolestuderande visar att sju av tio studenter känner sig stressade flera dagar i veckan, tre av tio har svårt att sova och en av fyra har huvudvärk eller ont i magen varje vecka, och återigen är det kvinnorna som har mest besvär (Nielsen, Hansen & Rasmussen, 2005).

Det är inte bara självrapporterade besvär som ökar. Det har också blivit allt vanligare att unga vårdas för depression och ångesttillstånd på sjukhus. Mellan 1997 och 2007 har det skett en fördubbling gällande andelen av 20-24-åringar som vårdas på sjukhus för depression och i åldersgruppen 16-19 år är det fyra gånger så vanligt med sådan vård (SOS, 2009).

Tabell 1

Oro, ängslan och ångest i olika grupper av 20-24-åringar

År	Kvinnor		Män	
	1988/89	2004/05	1988/89	2004/05
Studerande	9 %	39 %	8 %	21 %
Sysselsatta	8 %	27 %	3 %	15 %
Varken sysselsatta eller studerande	14 %	30 %	13 %	24 %
Samtliga	9 %	32 %	5 %	18 %

Källa: ULF-undersökningar, SCB (hämtad ur SOS, 2009)

Förskrivningar av läkemedel till unga är även oroväckande. Under 2009 har 27083 kvinnor och 20177 män förskrivits smärtstillande läkemedel och 23878 kvinnor och 16217 män har förskrivits sömnmedel och lugnande medel i åldersgruppen 20-29 år. I samma grupp förskrevs

31426 kvinnor och 16261 män antidepressiva läkemedel (se Tabell 2), vilket betyder att 5,5 % av kvinnorna mellan 20-29 år fick antidepressiva medel (Habul, 2010, 22 mars).

Tabell 2

Antal personer som förskrevs smärtstillande läkemedel, sömnmedel och lugnande medel samt antidepressiva läkemedel i åldergruppen 20-29 år under 2009

	Smärtstillande läkemedel	Sömnmedel och lugnande medel	Antidepressiva läkemedel
Kvinnor (20-29 år)	27083	23878	31426
Män (20-29 år)	20177	16217	16261

Dessa oroväckande siffror kräver att ungas, och framförallt då unga kvinnors, hälsa får mer uppmärksamhet, så att denna negativa trend kan brytas. Dessvärre är unga vuxna en grupp som inte har uppmärksammats tillräckligt av forskarna och det tycks i dagsläget finnas ringa forskning gjord på området.

Att öka unga kvinnors självomhändertagande, deras sätt att ta hand om sig själva i sin vardag, skulle kunna vara ett sätt att öka välmående och minska risken för exempelvis utbrändhet, depression och ångestproblem. Självomhändertagandets aktualitet för människors välmående tycks vara av vikt då det används på ett eller annat sätt genomgående i nästan alla terapier och behandlingar, och kanske räcker det att man ser till sig själv för att inse dess betydelse. Då författarna ponerar att självomhändertagande är viktigt för alla människors välmående och för att förhindra fysiskt och psykiskt illabefinnande ämnar denna studie att just utforska självomhändertagande.

Grunden för att må bra är att utföra vardagliga handlingar som syftar till att öka välmående så som att ge sig själv tillräckligt med sömn, reglera känslor eller göra saker som man finner njutning i. En förutsättning för att kunna tillfredsställa sina behov är dock att man är medveten om sina känslor och förstår de signaler som de ger. Därmed blir alexitymi intressant som ett mått på individens förmåga att känna igen, ge uttryck för och agera på sina känslor (Joukamma, 2006). En vanligt förekommande komplicerande faktor är att det ofta finns ett glapp mellan vad man borde göra och vad man faktiskt gör, att det finns en dålig kongruens mellan de kunskaper man har om olika hälsofrämjade beteenden och den faktiska efterlevnaden av dem. Det blir därmed viktigt att belysa de eventuella hinder som finns för att individen ska ta bättre hand om

sig och vad som främjar ett gott självomhändertagande. Ingen tidigare forskning på området har hittats av författarna.

Teoretisk utgångspunkt

I detta avsnitt introduceras den teoretiska utgångspunkten för studien. Då ingen tidigare forskning har funnits på självomhändertagande presenteras forskning inom det kringliggande fältet. Det begrepp som ligger närmast självomhändertagande är begreppet self-care, och dess olika användningsområden i relation till somatisk sjukdom och psykiska besvär, behandlare och studenter presenteras. Vidare tas närliggande begrepp som self-regulation, self-management och coping upp. Valet har tagits att behålla den engelska versionen av de nämnda begreppen då det existerar en begreppsförvirring inom fältet samt att det många gånger inte finns en svensk översättning. Därmed behålls det engelska begreppet genom uppsatsen för att inte förvirra läsaren än mer. Efter denna genomgång behandlas alexitymi och slutligen presenteras definitionen av självomhändertagande, studiens syfte och frågeställningar.

Self-care

Dorothea Orem är den person som först använde idén med self-care. Detta gjordes inom ramen för hennes arbete i att försöka förstå vad omvårdnad är, ett område vilket hon utforskade under hela sin yrkesverksamma karriär. Orem definierar self-care som "the care one gives oneself to maintain or improve life and health" (Orem, 1991, s. 117), vilket av författarna översätts till det omhändertagande man ger sig själv för att behålla och/eller förbättra liv och hälsa (Orem, 1991). Konceptet self-care formaliserades och validerades 1960 av medlemmar från Nursing Development Conference Group (NDCG, 1973).

Orem menar att self-care är ett inlärt beteende vilket lärs via interpersonella relationer. Då self-care lärs i en social kontext innebär det att self-care-handlingar skiljer sig åt beroende på individens kulturella och sociala erfarenheter. Orem menar vidare att self-care är medvetna handlingar som utförs ändamålsenligt, self-care är inte instinktiv eller reflexiv, utan utförs rationellt för att respondera på medvetna behov. För att kunna tillgodose sina behov av self-care krävs det att individen har haft tillräckligt med tid att för att interagera med andra för att lära sig ta hand om sig själv. Barn har exempelvis inte haft denna nödvändiga tid och har inte heller utvecklats tillräckligt, fysiskt och intellektuellt, för att kunna utföra olika self-care-handlingar.

Orem menar vidare att människor är påverkade av olika hinder som gör att self-care-behovet inte kan uppfyllas. Dessa begränsningar består av både inre och yttre hinder så som hälsostatus, ålder, sociokulturell orientering och livshändelser (Hartweg, 1991).

Enligt Orem består self-care av olika faser där individen först måste ha kunskaper om handlingen och hur den relaterar till välmående. Individen måste alltså först finna information, reflektera över denna information, sedan ta beslutet om handlingen skall göras eller inte, och därefter genomföra den. Individer har olika förmåga och styrka att engagera sig i self-care, vilket enligt Orem påverkas av faktorer i miljön, kunskap, färdigheter och motivation (Hartweg, 1991).

Orems teori utgör både ett praktiskt och teoretiskt ramverk för omvårdnad och Orems koncept self-care och tillhörande teorier utgör basen för all vidare self-care-forskning (Denyes, Orem, & SozWiss, 2001).

Self-care vid somatisk sjukdom. Det området som fått mest uppmärksamhet inom self-care-forskningen är somatiska sjukdomar. I synnerhet har forskning bedrivits på self-care hos patienter som drabbats av diabetes, hjärtinfarkt och stroke. Self-care blir hos dessa patienter avgörande för att hantera sjukdomen, eftersom patientens tillstånd och förutsättningar ändras i och med insjuknandet.

Diabetes. Olika perspektiv av self-care presenteras inom diabetesfältet. Exempelvis betonas vikten av kontinuerliga bedömningar av kapaciteten för och benägenheten till self-care bland framförallt ungdomar med typ 1-diabetes. Författarna utgår från Orems definition av self-care och undersöker universell self-care (vilket bland annat innefattar mat, motion och social aktivitet) respektive self-care vid ohälsa bland ungdomar med diabetes, där den senare typen bestäms av de ändrade behov som en sjukdom eller en annan funktionsnedsättning medför. Forskarna drar slutsatsen att self-care-beteenden vid ohälsa minskar med stigande ålder bland tonåringar med typ 1-diabetes (Cull, Dashiff, & McCaleb, 2006).

Faktorer som predicerar self-care bland patienter med diabetes undersöks i en rad artiklar, där self-efficacy (tilltron till sin egen förmåga, att försäkra sig om olika utfall, Nouwen, Senécal, & White, 2000), oberoende självreglering (där individen själv initierar beteenden, snarare än att agera efter måsten eller borden, Nouwen et al., 2000) samt hälsorelaterade övertygelser (Heine,

Mollem, & Snoek, 1996) har fått särskild uppmärksamhet. En högre self-efficacy har setts korrelera med högre självskattad efterföljning av medicinska rekommendationer, där interventioner som ökar self-efficacy i relation till diethållning även ökar self-care i relation till densamma. De interventioner som nämns i artikeln och som är avsedda att öka patienters self-efficacy är identifiering och uppställning av realistiska mål, problemlösning för att minska hinder för att uppnå mål, bemötande av oföränderliga omständigheter samt identifiering och främjande av socialt stöd (Nouwen et al., 2000).

Heine et al. (1996) utgår från Health Belief Model (HBM), som beskriver relationen mellan self-care och hälsorelaterade övertygelser. I linje med en av HBM:s fyra dimensioner fokuserar författarna på hinder som patienter upplever mot att följa behandlingsråd. Slutsatsen av undersökningen blir att hinder för self-care påverkar det faktiska self-care och får därmed även en effekt på kontrollen över blodsockret bland patienterna (Heine et al., 1996).

Hjärtsjukdomar. Karakteristika hos patienten, psykologisk status och kognitiv funktion som prediktorer för self-care hos patienter med kronisk hjärtsvikt har undersökts av Cameron, Lo, Riegel, Stewart och Worrall-Carter (2009). Man delar upp self-care i self-care management (hantering) och self-care maintenance (upprätthållande), där man menar att kognitiv funktion kan användas för att predicera båda faktorerna, medan depression enbart predicerar self-care management. Utifrån de här resultaten menar man att man inom sjukvården bör screena patienter med kronisk hjärtsvikt för de prediktorer man fann, i syfte att hitta de patienter som löper en större risk att drabbas av negativa hälsoeffekter (Cameron et al., 2009).

Self-care som ett hinder för uppsökande av sjukvård tas upp av Amey, Drew, Schoenberg och Stoller (2005). Studien undersöker vilka self-care-beteenden individer som drabbas av hjärtattacker tar till och hur de beteendena påverkar hur lång tid det går innan patienten uppsöker sjukvård. I det här perspektivet tar man upp self-care som självhjälp och man innefattar endast de beteenden som individen tar till för att kunna undvika att söka hjälp. Man ser i den här studien att self-care är något potentiellt negativt, i det avseendet att self-care-beteenden kan minska individens benägenhet att vända sig till och söka hjälp från sin omgivning.

Stroke. När det gäller strokepatienter har man undersökt självkänsla som modererande variabel för sambandet mellan funktionell status och depressiva symptom för patienter som

genomgår strokerehabilitering. Funktionell status delas in i self-care respektive mobilitetsfunktion, där self-care-begreppet används om förmågan att sköta sin hygien och att äta. Man finner att låg funktionell status i kombination med låg självkänsla samvarierar med en högre frekvens av självskattade depressiva symptom vid utskrivning, samt att självkänslenivån modererar förhållandet mellan self-care och kognitiv funktion och depressiva symptom (Evans, Jabeen, Sepehri, & Vicery, 2009).

Self-care vid psykiska besvär.

Kriser. Att self-care utmanas hos människor i kris undersöker Aten, Chamberlain, Madson och Rice (2008), som fokuserar på handledning av mentalhälsovårdspersonal i samband med katastrofer. Man trycker på att self-care blir särskilt viktigt för den här gruppen, eftersom de i och med sin yrkesutövning möter och tar hand om andra människors lidande tillråga på sitt eget. Bland annat rekommenderas att handledare agerar som modeller för de handledda när det gäller att ta hand om sig och att de strävar efter att lära ut positiva copingstrategier. Att normalisera och bekräfta de handleddas upplevelser av katastrofen, att förse dem med utbildning och träning om katastrofer och att uppmuntra planer för self-care rekommenderas vidare (Aten et al., 2008).

Ett annat tema inom samma ämne är missfall och hur man bemöter de drabbades sorgereaktion. Interventionerna handlar i det här fallet om att vägleda föräldrarna till att ta hand om sig själva och den andre, för att på så sätt minska risken för depression (Chen, Graham, Petras, Swanson, & Wojnar, 2009).

Depression. Vidler (2005) undersöker vad kvinnor som varit deprimerade anser bidra till att de blev deprimerade såväl som att de kom ur depressionen. Kvinnorna anser att relationer och den sociala kontext som de befann sig i påverkade depressionen, i det att medvetenheten om att vara deprimerad och negativa bedömningar påverkade kvaliteten och tillgängligheten av socialt stöd. Vad som enligt kvinnorna bidrog till deras tillfrisknande var ökad self-care samt en ökad upplevelse av att ha kontroll över sitt liv.

Self-care hos behandlare. Self-care som begrepp har studerats i relation till behandlare av olika slag. Grupper som har uppmärksammats i det här sammanhanget är bland annat terapeuter och socialarbetare. Anledningen till att de här grupperna har fått särskild uppmärksamhet är att människor i vårdrelaterade yrken ofta utsätts för sekundära trauman i sin yrkesutövning. De förväntas hjälpa och stödja behövande andra, vilket gör deras self-care särskilt viktigt (Harrison & Westwood, 2009).

En studie undersöker förekomsten av personliga problem, egenterapi och self-care-strategier bland psykoterapeuter. De vanligaste personliga problemen bland de svarande var emotionell utmattning och trötthet. Även problem med interpersonella relationer, upplevd isolering, desillusionering av yrket, ångest och depression rapporteras. De vanligaste self-care-aktiviteterna bland dessa terapeuter var motion, att läsa för nöjes skull, hobbies och semestrar (Mahoney, 1997).

Harrison och Westwood (2009) studerar terapeuters strategier för att skydda sig mot sekundära trauman. Sex terapeuter intervjuades och nio olika teman kunde hittas i deras beskrivningar. Att motverka isolering, professionellt, privat och spirituellt, att öka sin självkänedom, att medvetet vidga sitt perspektiv, att tillämpa aktiv optimism, holistiskt self-care, att sätta tydliga gränser, ett empatiskt engagemang i klienterna, försäkrande av professionell tillfredsställelse och skapande av mening var de teman som författarna menar var avgörande för att som terapeut undvika att drabbas av sekundär traumatisering (Harrison & Westwood, 2009).

Radey och Figley (2007) utgår ifrån den generellt höga förekomsten av utmattning som rapporteras bland socialarbetare. Författarna argumenterar för anammandet av en modell rotad i positiv psykologi, där positiv affekt, resurser på arbetsplatsen och self-care anses öka de yrkesverksammas välmående. Man menar att de faktorer som framförallt bidrar till utmattning inom vårdrelaterade yrken är bristande self-care, olösta trauman, oförmåga eller ovilja att kontrollera arbetsrelaterade stressorer och en bristande tillfredsställelse i arbetet (Radey & Figley, 2007).

Self-care hos studenter. Ett nytt område inom forskningsområdet är self-care hos studenter som utbildar sig till vårdrelaterade yrken. En studie undersöker orsakerna till den ofta förekommande utbrändhet som man kan se bland läkarstudenter i USA. En del av förklaringen är

enligt författaren att den kliniska verksamheten påverkar studenterna, så att separera sig från patienter och sitt själv, ett försämrat self-care, skada av sin känsla av själv och förhindrande av att skapa en väletablerad professionell identitet förmedlas som kulturella normer. Man talar här om self-care som inkluderande att känna igen, underlätta och undvika stressande situationer, äta hälsosamt, sova, etablera stödjande relationer, be om hjälp, ta det lugnt när man är sjuk, sörja och skapa mening av sina erfarenheter. Self-care ses som ett sätt för studenterna att erkänna och försöka underlätta den press som de upplever innan det går så långt som till utbrändhet (Jennings, 2009).

Ett liknande fokus har uttryckts av Barnett och Cooper (2009) gällande psykologer och psykologstudenter, där man förespråkar etablerandet av en kultur av self-care inom psykologiprofessionen. Psykologer ägnar sig åt att ta hand om andras lidande, men ett bristande self-care ökar risken för att inte kunna utföra dessa professionella plikter. Man pekar även på self-care som ett etiskt imperativ och menar att man som psykolog är etiskt bunden att ta hand om sig själv och sitt personliga lidande för att det inte skall influera den professionella verksamheten och då påverka de klienter psykologen möter. För att motverka sådana situationer ger författarna en rad rekommendationer, bland annat att ha kontinuerliga utbildningar om self-care för psykologer, stödgrupper för psykologstudenter och införande av kunskaper om utbrändhet och self-care som moment i psykologutbildningen (Barnett & Cooper, 2009).

Närliggande begrepp

Det finns en rad olika begrepp som är närbesläktade med self-care, så som self-regulation, self-control, self-management och coping. Vad dessa olika begrepp innebär och deras relation till varandra är inte lätt att ta fasta på då det inte råder någon konsensus kring definitionerna. Begreppen förstås och används olika av forskare och ibland används de till och med som synonymer. Nedan följer en beskrivning av de ovan nämnda begreppen.

Self-regulation. Det finns som sagt lite olika definitioner av self-regulation. Begreppet kan både användas i en fysiologisk och psykologisk mening. Ur ett fysiologiskt perspektiv syftar man till olika kroppsliga regleringar för att behålla homeostasen som exempelvis gällande

kroppstemperatur. I en psykologisk mening handlar det istället om att reglera självet, som att motstå frestelser eller att minska oro (Baumeister & Vohs, 2004). Baumeister och Vohs (2004) definierar self-regulation som alla försök av självet att anpassa sig efter dess egna inre tillstånd, gällande tankar, emotioner, impulser och uppgifter, vilket både består av medvetna och omedvetna processer. Self-regulation har både teoretiska och praktiska implikationer och kan exempelvis användas för att förstå aspekter av olika psykologiska funktioner, så som underprestation i skolan, sociala svårigheter, ätstörningar, kriminalitet och olika former av missbruk. Baumeister och Vohs (2004) ser self-regulation och self-control som utbytbara mot varandra, medan andra menar att self-regulation är bredare än self-control och syftar till målinriktat beteende eller feedback-looper medan self-control gäller medveten impulskontroll.

Self-management. Det råder ingen konsensus om definitionen av self-management. Barlow et al. (2002) definierar begreppet som en individs möjlighet att hantera symtom, dess behandling, dess fysiska och psykiska konsekvenser utav sjukdomen och de livsstilsförändringar som följer med en kronisk sjukdom. Holman och Lorig (2003) definierar istället begreppet med att det består av fyra olika strategier; att behärska färdigheter, att utveckla en modell av tillståndet, att skapa relationer med yrkesverksamma och sociala nätverk samt att förvärva kunskap om symtomtolkning. Garvin och Wilde (2006) menar att self-care är en komponent av self-management, men att de ibland används som synonymer. De menar att begreppen skiljer sig i att self-care fokuserar på automatiska hälso/sjukdomsrelaterade aktiviteter. Self-care beskrivs som en strategi som syftar till att underlätta en hög nivå av self-management. En anledning till att det finns så många definitioner av begreppet menar Mawson, Mountain, Nasr, Rosser, Torsi och Wright (2010) är att det finns flera olika modeller av self-management då olika sjukdomar kräver olika handlingar och attityder.

Coping. Coping består enligt Lazarus (1991) av kognitiva och beteendemässiga försök att hantera olika krav som ställs på individen, som bedöms som utmanande eller överskridande av de resurser individen har. Coping påverkar den emotionella processen genom att antingen förändra ett faktiskt förhållande i situationen, genom problemfokuserad coping, eller genom att

förändra förhållningssättet till eller tolkningen av situationen, genom emotionsfokuserad coping. Begreppet coping avser vad individen tänker eller gör för att försöka hantera en situation, och vanligt är att coping nämns i samband med stress och stresshantering (Lazarus, 1991).

Self-care, self-control, self-regulation, self-management och coping är exempel på begrepp som tycks användas lite olika av författare och professioner. Detta gör det svårt att se hur de olika begreppen förhåller sig till varandra samtidigt då de tycks vara sammanflätade och till viss del överlappa varandra. Därmed efterlyses vidare forskning på området.

Alexitymi

Ett möjligt hinder för gott självomhändertagande är alexitymi. Alexitymi som begrepp uppkom under tidigt 1970-tal, när Sifneos (ref i Joukamma, Mattila, Nummi, & Salminen, 2006) använde ordet för att beskriva en personlighetskonstruktion bestående av tre dimensioner, dit man räknar utarmning av fantasin, bristande förmåga till symboliskt tänkande och en oförmåga att uppleva och beskriva känslor (Joukamma et al., 2006). Alexitymi har setts korrelera med psykiatriska diagnoser såsom PTSD (post-traumatic stress disorder), panikångest, social fobi och depression (Backenroth-Ohsako, Hällström, & Posse, 2002). Även kopplingen mellan alexitymi och förekomsten av socialt stöd har undersöks (Backenroth-Ohsako et al., 2002). Resultatet visar att en lägre grad av socialt stöd är relativt sett vanligare bland individer med alexitymi, samt att en hög poäng på TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale), som i studien används för att mäta graden av alexitymi bland deltagarna, samvarierar med lägre utbildningsnivå (Backenroth-Ohsako et al., 2002). Rydén och Stenström (2008) menar att de svårigheter att uppleva och hantera känslor som man kan se hos människor med alexitymi i flera fall har setts leda till bland annat droganvändning och utvecklandet av torftiga relationer (Rydén & Stenström, 2008).

Krystal (1988) tar upp den enligt hans erfarenhet ofta förekommande kopplingen mellan alexitymi och brister i förmågan till self-care. Eftersom alexityma individer har svårigheter att identifiera känslor kan de heller inte tolka de signaler som dessa känslor utgör, vilket enligt Krystal leder till ett sämre self-care (Krystal, 1988). Krystal utgår i första hand från substansberoende/missbrukande och somatiserande patienter och menar att den typen av

patienter ofta har svårt att erkänna och utföra vissa funktioner hos sig själva. Med detta menar författaren att individen upplever self-care-funktioner som tillhörande objektet, inte självet. Omedvetet upplever patienten då att han eller hon inte har förmågan att utföra den typen av handlingar, eftersom de är förbjudna för honom eller henne och istället tillhör föräldraobjektet (Krystal, 1988).

Somatisering uppmärksammas som vanligt förekommande bland individer med alexitymi. Enligt Rydén och Stenström (2008) beror kopplingen mellan alexitymi och somatisk såväl som psykisk sjukdom på en högre fysiologisk aktivering i kombination med svårigheter att skapa nära relationer med andra människor, vilket författarna menar leder till en allmänt sett mindre hälsosam livsstil (Rydén & Stenström, 2008). I en studie av Bailey och Henry (2007) undersöker man mer ingående sambandet mellan somatisering, negativ affekt och alexitymi, mätt med Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ). Man fann där att alexitymi korrelerar med somatisering, med negativ affekt som medierande variabel (Bailey & Henry, 2007).

Prevalensen av alexitymi bland normalbefolkningen i bland annat Finland och Tyskland har undersökts i flera artiklar (Braehler et al., 2008; Hintikka et al., 2009; Joukamaa, Nummi, Mattila, & Salminen, 2006). Man har även tittat på samvariationen mellan alexitymi och variabler såsom depression, ålder, kön, utbildningsnivå och inkomst. En studie gjord på finska ungdomar fastställs prevalensen av alexitymi till 7,3 %. Man finner att flickor har en högre prevalens av alexitymi än pojkar, samt att ungdomar med alexitymi rapporterar mer depressiva symptom såväl som mer internalisering respektive externalisering av problem, mätt med Youth Self-Report (YSR) självbildsprofiler (Hintikka et al., 2009).

I en annan finsk studie har man valt att undersöka prevalensen av alexitymi och fördelningen av denna över olika åldersgrupper i den vuxna finska befolkningen. Prevalensen rapporteras vara 9,9 %, där män oftare är alexityma (11,9 %) jämfört med kvinnor (8,1 %). Det åldersspann bland försökspersonerna som inkluderas i studien sträcker sig från 30-97 år och alexitymi associeras till stigande ålder, låg utbildningsnivå, upplevt dålig hälsa och depression (Joukamaa, Mattila, Nummi, & Salminen, 2006). En studie av förekomsten av alexitymi i en tysk normalpopulation hittar dock ingen koppling mellan alexitymi och stigande ålder. Tio procent av den tyska populationen i studien har alexitymi, och man kan se ett samband mellan högre utbildning och högre inkomst och lägre grad av alexitymi (Braehler et al., 2008).

Det instrument som främst används för att mäta graden av alexitymi är Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Bagby, Parker, & Taylor, 1994).

Definition av självomhändertagande

Författarnas definition av självomhändertagande utgår från Orem's definition av self-care; det omhändertagande man ger sig själv för att behålla och/eller förbättra liv och hälsa (Orem, 1991, författarnas översättning). Detta är den övergripande definitionen som författarna har använt sig av. Utifrån denna breda definition har författarna konkretiserat begreppet som följer:

Självomhändertagande är uppbyggt av två delar, det fysiska och det psykiska. Den fysiska delen består av basala behov som mat, sömn, motion och säkerhet. Den psykiska delen består av affektreglering, att hantera utmanande situationer, att utöva stimulerande aktiviteter, hur man förhåller sig till framtiden samt synen på sig själv. Självomhändertagande består således av fyra komponenter: komponent 1: självomhändertagande i vardagen, komponent 2: självomhändertagande i utmanande situationer, komponent 3: självomhändertagande i ett framtidsperspektiv samt komponent 4: självomhändertagande i ett självbildningsperspektiv.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka hur kvinnliga studenter inom vårdrelaterade utbildningar tar hand om sig själva.

Frågeställningar

- 1) Hur ser kvinnornas självomhändertagande ut?
- 2) Vad finns det för likheter och olikheter i självomhändertagandet mellan de kvinnor som har ett bättre respektive sämre självomhändertagande?
- 3) Vad finns det för hinder och vad främjar ett gott självomhändertagande?
- 4) Finns det ett samband mellan självomhändertagande och alexitymi?

Metod

För att besvara de ovanstående frågeställningarna konstruerades en enkät, bestående av två delar, den första delen var ämnad att mäta självomhändertagande och den andra delen graden av alexitymi. Sammanlagt svarade 139 kvinnor på enkäten. Utav de 139 svarande exkluderades 16, då de inte besvarat alla frågor. Det totala antalet deltagare i studien blev därmed 123 kvinnor. Utifrån poäng på instrumentet Självomhändertagande (som fortsättningsvis förkortas till SOT i denna uppsats) skapades sedan två grupper, de som skattade högst respektive lägst. 31 kvinnor kontaktades med en förfrågan om att delta i en intervju om självomhändertagande, varav tio kvinnor deltog, sex kvinnor från höggruppen och fyra kvinnor från låggruppen.

Nedan följer en beskrivning utav studiens undersökningsgrupp, instrument, procedur och etiska överväganden. Först behandlas studiens vetenskapsteoretiska utgångspunkt.

Vetenskapsteoretisk utgångspunkt

Studiens ontologiska utgångspunkt ligger i den kritiska realismen. I detta antas att en yttvärld existerar oberoende av upplevelsen av den, men att en direkt tillgång till den inte är möjlig. Anledningen till detta kan tänkas vara att våra begrepp och kategoriseringar i grunden är otillräckliga för att beskriva yttvärlden. Konsekvensen blir att kunskap är en process som kräver kognitivt arbete för att komma så nära dess verkliga natur som möjligt. Detta innebär att kunskapen om yttvärlden är beroende av forskarnas förförståelse och begreppsbyggnad. Kunskapen anses då öppen för revidering och modifiering i takt med att ny data framkommer, för att man därmed ska kunna komma närmare den yttre verkligheten (Allwood & Erikson, 1999).

Metodval. Då studiens syfte var att undersöka hur bra de kvinnliga studenterna tar hand om sig och då det enbart fanns en begränsad mängd tidigare forskning på området, ansågs en explorativ ansats vara ett lämpligt val. En sådan ansats syftar snarare till att generera intressanta frågor till framtida forskning, än att generalisera informationen (Patel & Tibelius, 1987).

För att besvara studiens frågeställningar har både kvantitativa och kvalitativa metoder använts. Den datainsamlingsmetod som användes för att undersöka graden av kvinnornas självomhändertagande och alexitymi var enkäter. För att undersöka återkommande mönster

mellan två grupper gjordes semistrukturerade intervjuer, vilket rekommenderas vid en explorativ studie (Patel & Tibelius, 1987), i kombination med observationsscheman. Data analyserades sedan med faktoranalys (N = 123) och tematisk analys (n = 10). Faktoranalys användes då det är brukligt vid konstruktion av nya instrument, för att undersöka om påståendena grupperar sig i enlighet med den teoretiska konstruktionen av begreppet som enkäten är tänkt att operationalisera. Det var dessutom ett sätt att strukturera upp det omfattande materialet som hade samlats in. Tematisk analys har valts då metoden enligt Braun och Clarke (2006) ger en rik och detaljerad data och metoden ofta används för att identifiera teman, vilket passar väl till studiens frågeställningar. Metoden tillåter en större flexibilitet i genomförandet, då det inte finns generell överenskommelse för genomförandet som därmed kan variera mycket.

Förförståelse. Författarna menar att objektivitet var en reell orimlighet i denna studie, eftersom man i genomförandet av studien utgick ifrån den konstruktion av begreppet självomhändertagande som författarna från början hade gjort utifrån sin förförståelse och sina värderingar. Redan i valet av de frågor som skulle ingå i enkäten spelade författarnas subjektivitet en avgörande roll, och som en följd av detta styrdes deltagarnas svar oavsiktligt för att passa in i författarnas redan etablerade definition av begreppet.

I analysen av intervjuerna influerade även författarnas förförståelse och kunskap om materialet deras tolkning och val av teman för analysen. Sorteringen av texten efter de teman som ställdes upp i enlighet med den tematiska analys som gjordes färgades även den av författarnas subjektivitet, i vilket förfarande objektivitet blir en praktisk omöjlighet.

En del av den förförståelse som författarna tog med sig i den här studien var att deltagarna, som tillhörande normalbefolkningen, skulle ha ett relativt gott självomhändertagande. De mest grundläggande funktionerna så som att sköta blåsa och tarm samt att få i sig tillräckligt med vätska, uteslöts som ett resultat av detta resonemang ur enkäten och intervjun. Det antogs även finnas en koppling mellan ett gott självomhändertagande och ett större välmående, vilket dock inte undersöktes i studien.

Undersökningsgrupp

Studien undersökte kvinnor som studerade på vårdrelaterade utbildningar på Lunds Universitet

under våren 2010. Valet att undersöka studenter togs med anledning av att författarna var intresserade av att undersöka hur självomhändertagandet såg ut i en normalpopulation. Valet att undersöka kvinnliga studenter togs då författarna var intresserade av hur just kvinnor tar hand om sig och med anledning av rapporter om kvinnliga studenters psykiska ohälsa (SOS, 2009). Anledningen till att enbart fokusera på kvinnor var även för att föregripa ett troligt problem i form av att de utbildningar som valts har övervägande kvinnliga studenter och för att kön inte skulle bli en komplicerande variabel för studiens upplägg och slutsatser. Då Hintikka (2009) och Joukamma et al. (2006) visade att alexitymi samvarierade med kön så fattades beslutet att enbart undersöka kvinnor. Valet att undersöka vårdrelaterade utbildningar var gjort utifrån att författarna var intresserad av att undersöka hur självomhändertagandet såg ut hos studenter som har valt ett framtida yrke vilket innebär både fysisk och psykisk press i form av att ha kontakt med och ta hand om andra människor och deras problem. För att må bra och kunna göra ett gott arbete är det viktigt att den professionella kan ta god hand om sig själv (Harrison & Westwood, 2009). De två första terminerna på Läkarprogrammet, Psykologprogrammet, Sjuksköterskeprogrammet och Socionomutbildningen valdes att ingå i studien. Beslutet att fokusera enbart på dessa terminer var då studenterna då ännu inte skulle vara ute på praktik, vilket skulle ha försvårat jämförelser grupperna emellan. Det antogs att studenterna på de olika utbildningarna skulle befinna sig i en likartad situation, då de nyligen hade påbörjat en universitetsutbildning och ännu inte hade varit ute i yrkeslivet på praktik.

Totalt erbjöds 426 kvinnliga studenter att delta i studien och av dessa svarade 139 kvinnor på enkäten, vilket gav en svarsfrekvens på 32,63 %. Av dessa exkluderades 16 kvinnor på grund av ofullständiga svar och det totala antalet deltagande i studien blev därmed 123 kvinnor. Bland de svarande fanns 17 socionomstudenter (8 från termin 1 och 9 från termin 2), 20 psykologstudenter (10 från termin 1 och 10 från termin 2), 47 sjuksköterskestudenter (20 från termin 1 och 27 från termin 2) och 39 läkarstudenter (13 från termin 1 och 26 från termin 2). De svarandes åldrar sträckte sig från 19-44 år vilket gav en medelålder på 22,8 år ($SD = 4,28$). Av deltagarna hade 114 svenska som modersmål. De resterande nio hade arabiska, spanska, ryska, engelska, bengali, spanska, polska, albanska eller danska som modersmål. Då de deltagande läste en universitetsutbildning borde det därmed inte nämnvärt påverka resultatet att de hade ett annat modersmål än svenska, då man kan anta att deltagarna ändå förstod frågorna. 44 deltagare

uppgav att de hade gått i terapi tidigare och 76 uppgav att de inte hade gått i terapi tidigare, medan tre deltagare inte besvarade frågan (se Tabell 3).

Tabell 3
Svarande på enkäten

Utbildning	Socionom	Psykolog	Sjuksköterska	Läkare	Totalt
Totalt antal utskick	113	57	139	117	426
Svarande T1	8	10	20	13	51
Svarande T2	9	10	27	26	72
Exkluderade svar	5	1	6	1	(+3*)16
Totalt antal deltagare	17	20	47	39	123
Ej svarande	91	36	86	77	290
Svarsfrekvens	19,47 %	36,84 %	38,13 %	34,19 %	32,63 %

*deltagare som ej specificerat sin utbildning

Till intervjun som var den andra fasen av studien erbjöds 31 personer av de 123 som svarade på enkäten att delta. Denna grupp bestod av 21 kvinnor från gruppen med lägre poäng på formuläret SOT (17,07 % av de svarande) respektive 10 kvinnor från gruppen med högre poäng på samma skala (8,13 % av de svarande). Intervjudeltagarna valdes ut av pragmatiska skäl, då författarna inte hade någon cutoffgräns att utgå ifrån, utan bara kunde uttala sig om deltagarnas nivå av självomhändertagande i förhållande till resten av gruppen.

Av de individer som blev utvalda att delta i intervjun valde åtta från gruppen med lägre poäng och två från gruppen med högre poäng att inte lämna sina kontaktuppgifter. En förfrågan om att delta i intervjun skickades ut till de resterande deltagarna i respektive grupp, av vilka nio från låggruppen och två från höggruppen valde att inte svara, alternativt avböjde att delta.

Av de tillfrågade kvinnorna i gruppen med lägre poäng på instrumentet SOT inkluderades poäng från 69 till 91 poäng (där lägsta möjliga poäng var 28 och högsta möjliga var 140). I samma grupp fanns sex individer med en poäng på TAS-20 som överskred cutoff-gränsen för alexitymi (61 poäng eller över visar på en alexitymi, Bagby et al., 1988). I gruppen med högre poäng på SOT uppmättes poäng från 115 till 120. Samtliga i gruppen hade en poäng på TAS-20 som underskred cutoff-gränsen för alexitymi (se Tabell 4).

Tabell 4

Extremgruppernas poäng på enkäten

	Lägsta poäng på SOT	Högsta poäng på SOT	Lägsta poäng på TAS-20	Högsta poäng på TAS-20
Låggrupp (n = 21)	69	91	37	76
Höggrupp (n = 10)	115	120	31	43

Intervjuer genomfördes med fyra kvinnor från gruppen med lägre poäng och sex kvinnor från gruppen med högre poäng på SOT. Intervjudeltagarna i låggruppen var mellan 21 och 25 år och i höggruppen mellan 20 och 22 år. Majoriteten hade inte gått i terapi eller haft en kontakt med en kurator tidigare (fem av sex i höggruppen och tre av fyra i låggruppen). I låggruppen gick tre på läkarprogrammet och en på sjuksköterskeprogrammet och i höggruppen gick två på läkarprogrammet, två på psykologprogrammet och två på socionomprogrammet. En av deltagarna i låggruppen och tre i höggruppen gick första terminen och tre i låggruppen och tre i höggruppen gick andra terminen på sina respektive utbildning. Tre av deltagarna i låggruppen och fyra i höggruppen hade svenska som modersmål och en i låggruppen och två i höggruppen uppgav ett annat modersmål (se Tabell 5).

Tabell 5

Bakgrundsvariabler för intervjudeltagare

	Låggrupp (n = 4)	Höggrupp (n = 6)
Ålder	21-25 år	20-22 år
Terapi	1	1
Inte terapi	3	5
Läkarstudenter	3	2
Sjuksköterskestudenter	1	-
Socionomstudenter	-	2
Psykologstudenter	-	2
Termin 1	1	3
Termin 2	3	3
Svenska som modersmål	3	4
Annat modersmål	1	2

Instrument

Formuläret Självmhäändertagande. Självmhäändertagande (vilket i detta arbete förkortas till SOT) var ett egenkonstruerat instrument som ämnade mäta självomhäändertagande och som arbetades fram i syfte att undersöka studiens frågeställningar. Formuläret var tänkt att fungera som ett screeninginstrument och ge en generell bild utav personers självomhäändertagande. Anledningen till att formuläret konstruerades var att det inte har gått att finna något instrument som mäter graden av självomhäändertagande.

Det existerar dock några få instrument som mäter self-care: Self-Care Inventory (Garcia, 2007) samt Self-Care Adherence Inventory (Cull, Dashiff, & McCaleb, 2006), som båda mäter self-care i relation till somatiska sjukdomar. Då dessa instrument inte inbegrep alla aspekter som författarna var intresserade av samt att de inte passade in i studiens sammanhang har de valts bort och beslutet togs att konstruera ett nytt.

Det egenkonstruerade instrumentet utgick från författarnas definition av självomhäändertagande, och de fyra komponenter som de ansåg att begreppet inbegrep; självomhäändertagande i vardagen, självomhäändertagande i utmanande situationer, självomhäändertagande i ett framtidsperspektiv och självomhäändertagande i ett självbildsperspektiv.

Instrumentet genomgick tre olika omgångar av pilottestning, vilka ledde till omarbetningar. Det slutgiltiga instrumentet bestod av 28 påståenden, vilka placerade sig som följer under de olika komponenterna: 16 stycken om självomhäändertagande i vardagen, 4 stycken om självomhäändertagande i utmanande situationer, 5 stycken om självomhäändertagande i ett framtidsperspektiv och slutligen 3 stycken om självomhäändertagande i ett självbildsperspektiv (se Bilaga A).

Exempel på påståenden från de fyra olika komponenterna var ”Jag sover tillräckligt mycket för att må bra” (komponent 1), ”Jag ignorerar att jag känner mig sjuk även när jag är det” (komponent 2), ”Jag ser ljust på min framtid” (komponent 3) och ”Jag tycker om mig själv” (komponent 4).

Användaren blev ombedd att kryssa för det alternativ som stämde bäst in på denna på en femgradig skala bestående av ”aldrig”, ”sällan”, ”ibland”, ”ofta” och ”alltid”. Användaren blev även informerad om att detta inte var ett test, och att det inte fanns några svar som var rätt eller fel. Deltagaren ombads att läsa igenom varje påstående noggrant och svara i enlighet med hur det

faktiskt var, inte hur denne skulle vilja att det var. Svaren överfördes sedan till poäng från 1-4 och en totalsumma räknades ut, där användaren kunde få mellan 28 och 140 poäng.

TAS-20. Toronto Alexithymia Scale (TAS) utvecklades som ett instrument för att mäta förekomsten av alexitymi. Formuläret administrerades först till 542 collegestudenter i USA bestående av 41 item. 26 item behölls och med hjälp av faktoranalys fick man fram fyra faktorer som överensstämde med begreppet (Bagby, Ryan, & Taylor, 1985), nämligen svårighet att identifiera och beskriva känslor, svårighet att skilja mellan känslor och fysiska förmimmelser, bristfälligt fantiserande och upptagenhet av externa händelser.

Skalan valideras genom att administrera formuläret till 46 patienter inom öppenvård psykiatri i Kanada, där en cutoff för var gränsen gick mellan de som hade respektive de som inte hade alexitymi sattes vid 62 poäng. Man fann att patienter som hade hög alexitymi hade en lägre IQ jämfört med patienter som inte hade alexitymi (Bagby, Doody, Keefe, Parker, Ryan, & Taylor, 1988).

En omstrukturering av skalan gjordes 1994 av Bagby, Parker och Taylor. De genomförde två studier, där den första resulterade i TAS-20, som är den version som används idag. Man valde då ut 20 items baserat på teoretiska ställningstaganden och statistiska kriterier som hade ställts upp. Den faktoranalys som gjordes av de 20 items gav tre interkorrelerade faktorer som stämde överens med den teoretiska konstruktionen av begreppet alexitymi, alltså svårighet att identifiera och beskriva känslor, svårighet att skilja mellan känslor och fysiska förmimmelser och upptagenhet av externa händelser. De item som berörde bristfälligt fantiserande eliminerades, vilka var en av de fyra faktorer som fanns med i den ursprungliga versionen av TAS, eftersom dessa item inte levde upp till de strängare statistiska kriterier som hade satts upp i studien från 1994. De tre faktorerna visade på en förklarad varians på 31 % och en god reliabilitet (Cronbach's alpha = 0,81) efter att ha provats ut på 965 kanadensiska collegestudenter.

I en andra studie som redogörs för i samma artikel tar man hjälp av ett stickprov bestående av 401 universitetsstudenter och 218 patienter inom öppenvård psykiatri. Man visade i den här studien att den trefaktorsstruktur som TAS-20 bygger på är stabil och möjlig att replikera i kliniska såväl som ickekliniska grupper (Bagby, Parker, & Taylor, 1994).

TAS-20 valdes med anledning av att det var ett väl accepterat och flitigt använt instrument i utredning och forskning, som dessutom fanns i svensk översättning. Den översättning som har valts i denna studie var gjord av Lundh, Simonsson-Sarnecki och Törestad 1998 (Bagby et al., 2000) (se Bilaga B) då författarna ansåg att denna översättning använde ett vardagsnära språk.

Enkäten. En web-enkät skapades i Google.docs av de två ovan nämnda instrumenten tillsammans med ett kodningssystem och bakgrundsvariabler. På den första sidan i enkäten presenterades författarna, studiens syfte och upplägg samt sekretess vid materialhantering. Sida två innehöll en förkortad version av informationen på sida ett samt en uppmaning att se till att besvara alla frågor och att ange eventuellt samtycke till att delta i intervjudelen. Därefter fick användaren skapa en personlig kod genom att ange första bokstaven i sin mammas förnamn och första bokstaven i sin pappas förnamn och första och sista siffran i sitt personnummer. Koden för sekretess var hämtad från Socialstyrelsen, vilken användes i deras web-enkäter (Mats Fridell, personlig kommunikation, 2 februari 2010). Denna rutin skapades med anledning av att författarna skulle kunna hålla deltagarnas individuella svar åtskilda under de olika momenten i analysen samtidigt som användarna förblev anonyma för författarna. På sida tre fick användaren uppge ålder, utbildning, termin och modersmål, och därpå, på sida fyra följde SOT och TAS-20 på sida fem. På sida sex fick användaren svara på frågor om denna hade gått i terapi och i så fall vilken inriktning och under hur lång tid terapin hade pågått. Vidare frågades användaren vad denne trodde påståendena i enkäten var ämnade att undersöka, hur det var att svara på enkäten och användaren kunde där ange om denne ville ta del av en sammanfattning av studien när den var klar. Avslutningsvis ombads användaren att kontrollera att alla frågor var besvarade. På den sista sidan, sida sju, gavs information om intervjuupplägg och användaren kunde ange sin mailadress om denna godkände att författarna tog kontakt för en intervju. Därefter gavs författarnas kontaktuppgifter och användaren tackades för sin medverkan (se Bilaga B).

Procedur

Arbetsgången i studien bestod av nio olika steg: förarbete, konstruktion av enkät, utskick,

bearbetning av data, konstruktion av intervju, kontakt med intervjudeltagarna, intervjuupplägg, efterarbetning och analys samt återkoppling.

Förarbete. För att besvara studiens frågeställningar påbörjades arbetet med att söka information via Psycnet, Psycinfo, Lunds Universitets sökmotorer Elin, Lovisa och databasen för tidigare examensuppsatser. Där användes sökorden: självomhändertagande, self-care, self-care behavior, self-care efficacy, self-regulation, self-nurturing, self-management, health psychology, self help, alexitymi, attachment, coping och diverse olika kombinationer av de nyss nämnda. En sökning på Google den 3 februari 2010 på självomhändertagande gav 356 träffar och på self-care var sökresultatet 4 090 000 träffar. Det gjordes även en litteratursökning på tryckt litteratur via Lovisa, Google books, Adlibris och Akademibokhandeln samt några av de största regionala och nationella tidningarna; Dagens Nyheter, Sydsvenska och Svenska Dagbladet. Öppna intervjuer genomfördes med studenter, vänner och yrkesverksamma inom de utbildningar som valts om självomhändertagande. Därutöver hade författarna långa diskussioner dels med varandra och dels med uppsatshandledaren för att ta vara på egen erfarenhet och upplevelser av ämnet. En konsultation gjordes med psykolog Per Johnsson som har erfarenhet inom området.

Konstruktion av enkät. I anslutning till förarbetet påbörjades även konstruktionen av enkäten, där det stora arbetet var att utarbeta instrumentet för självomhändertagande. Utifrån det tidigare nämnda förarbetet, arbetade författarna efter en top-down process, där begreppet självomhändertagande definierades och operationaliserades utifrån Orem's definition av self-care (Orem, 1991). De olika komponenter som självomhändertagande ansågs inbegripa formuleras, varefter olika påståenden arbetades fram.

Komponent 1, som omnämndes som självomhändertagande i vardagen, bestod av följande underkategorier: vad man gör för att ta hand om sin hälsa, kost, aktiviteter, motion/träning, hobbies/intressen, att göra saker som är njutningsfulla, sömn, balans mellan vila och aktivitet, egentid, tid med andra, säkerhet samt bruk av alkohol och tobak. Komponent 2, självomhändertagande i utmanande situationer, har följande huvudteman: stress, att känna sig nere, sätta gränser, sjukdom, dilemman samt separation. Självomhändertagande i ett

framtidsperspektiv, vilket var komponent 3, består av problemlösning, att formulera och genomföra mål, självförverkligande samt framtidssyn. Slutligen, komponent 4, självomhändertagande i ett självbildbildsperspektiv, handlade om synen på sig själv, att man känner ett värde för sig själv och i den kontext man befinner sig. Utifrån dessa olika underfaktorer formulerades olika påståenden. Underfaktorerna dilemman och separationer användes inte i enkäten, utan enbart i intervjun då detta forum ansågs bättre ur ett datainhämtningsperspektiv. Påståenden fick genomgå tre omgångar med pilottester, däremellan olika omarbetningar, frågor formulerades om, lades till och togs bort. Det slutgiltiga antalet påståenden blev 28 (se Bilaga A). Fem av påståendena vändes om som ”Jag ignorerar när jag känner mig sjuk även när jag är det”, där en högre siffra tydde på ett sämre självomhändertagande.

Parallellt med detta arbete undersöktes möjligheten att mäta graden av alexitymi, där det slutgiltiga valet blev TAS-20 i Lundh, Simonssons-Sarnecki och Törestads översättning från 1998 (Bagby et al., 2000). Därefter togs bakgrundsvariabler av intresse fram, så som ålder, utbildning, termin, modersmål och terapikontakt, och ett kodningssystem för sekretess lades till så att användaren kunde skapa en egen identitet. Därefter konstruerades själva enkäten i Google.docs och de introducerande och avslutande texterna skrevs. Slutligen gjordes ett pilottest för att se att enkäten fungerade som den skulle.

Utskick. Då studien riktade sig till kvinnor på vårdrelaterade utbildningar, togs kontakt med de fyra aktuella institutionerna, där författarna fick tillåtelse att kontakta studenterna. Sjuksköterske- och läkarprogrammets mailadresser kunde enbart nås via LUVIT-avdelningen (Lund University Virtual Interactive Tool), och författarna fick där söka tillstånd för att ta del av informationen. Efter att ha fått detta tillstånd mailades enkäten ut, den 19 februari 2010, till Psykologiska institutionen och Socialhögskolan som i sin tur vidarebefordrade den till de berörda terminerna. Studenterna på de två resterande utbildningarna mailades av studiens författare. En påminnelse skickades ut fyra dagar efter att den första enkäten skickats ut. Deltagarna på socionomutbildningen fick inte denna påminnelse. Detta berodde på att rutinerna kring att skicka ut material till dessa studenter ändrades, vilket författarna inte hade möjlighet att påverka. Detta ledde till beslutet togs att inte skicka ut en påminnelse. En vecka efter att den första enkäten skickades ut togs inte fler svar emot.

Bearbetning av data. Efter att ha fått in enkäten genomfördes en analys av materialet med hjälp av SPSS (Statistical Package for Social Sciences, version 17.0). De test som användes vid bearbetningen av enkätsvaren var t-test, korrelationsanalys och variansanalys. Vidare gjordes en faktoranalys på SOTs 28 påståenden. Det totala antalet deltagare ($N = 123$) ingick i faktoranalysen som gjordes enligt en principiellkomponentmetodik med varimax rotering. Antalet faktorer begränsades till sex då detta gav den gruppering som bäst motsvarade de områden som ingick i teorin. Detta gav en god överensstämmelse med författarnas teoretiska funderingar vilket var rimligt då påståendena grupperade sig efter dessa. Den första faktorn förklarade 12,02 % av variansen inom faktorn. Vidare var den förklarade variansen för den andra faktorn 11,44 %, för den tredje faktorn 10,47, för den fjärde faktorn 7,03, för den femte faktorn 6,73 och slutligen för den sjätte faktorn 6,05. I sin helhet förklarade faktorerna i analysen 54 % av den totala variansen av svaren på påståendena. I tolkningen av faktoranalysen har författarna inkluderat laddningar i faktorerna som är 0,30 och däröver (se Bilaga C, Tabell 1). I några fall fanns det laddningar i mer än en faktor, men likväl var det stor överensstämmelse mellan den teoretiska modellen och faktorstrukturen.

Påståendena grupperades alltså i sex olika faktorer, vilka författarna definierade som självkänsla, fysiskt omhändertagande, strävan, självreglering, egentid och social tid samt självdestruktivt beteende. Dessa olika benämningar ansågs vara en gemensam nämnare för respektive faktor (se Bilaga C, Tabell 2) och användes sedan i den tematiska analysen av intervjuerna.

Av pragmatiska skäl rangordnades deltagarna efter de högsta respektive lägsta poängen i två olika listor. De personer som inte gav sitt medgivande att delta i intervjun ströks och de resterande personerna kontaktades. För att säkerställa att det fanns en skillnad mellan deltagarna i de två olika grupperna gjordes en envägs variansanalys. Denna indikerade att det fanns en signifikant skillnad ($p = 0,0001$) mellan grupperna. Däremot visar F-värdet ($F = 7,48$) på att spridningarna av medelvärden för låg- och höggruppen överlappade varandra något, vilket innebar att en viss försiktighet skall tas vid tolkningen av signifikansen. Men trots detta kunde man alltså säga att det fanns en statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna som också är teoretiskt meningsfull (se Tabell 6 och Tabell 7).

Tabell 6

Medelvärde och spridning i de två olika grupperna, de med högst respektive lägst poäng på SOT

	Låggruppen (n = 21)	Höggruppen (n = 10)
M	86,29	117
SD	5,25	1,94

Tabell 7

Variansanalys mellan de två grupperna, de med de högsta respektive lägsta poäng på SOT

t-värde diff	df	Sig.	p-värde	F-värde
-17,05	28	0,000	0,0001	7,48

Intervjuupplägg. Valet togs att tillämpa en semistrukturerad individuell intervju med en grund i instrumentet SOT. Detta var med anledning av att författarna ponerade att det annars skulle kunna bli svårt att nå svar på frågeställningarna, vilket ansågs kräva en viss frihet för intervjudaren för att kunna nå fram till värdefull data. Därmed arbetades en grund av frågor fram och därutöver var det öppet att ställa följdfrågor som kunde möjliggöra en djupare förståelse av kvinnornas självomhändertagande. Anledningen till att enbart delen gällande självomhändertagande användes och inte TAS-20 var att självomhändertagande är huvudfokus i denna studie.

Efter genomgång av intervjuens ramar och syfte fick intervjudeltagarna ge sina associationer om vad de tänkte när de hör ordet självomhändertagande. Då författarna ville få en djupare bild av deltagarnas svar på SOT författades olika fördjupande frågor. Deltagarna ombads bland annat motivera hur det kom sig att de skattade som de gjorde, vad de ansåg hindra dem från att skatta högre och vad som skulle behöva hända för att de skulle handla annorlunda. I faktor två, självomhändertagande i utmanande situationer, lades följande frågor till: "Har du under det senaste året hamnat i något dilemma?" och två scenarier målades upp för intervjupersonen; om denna fick reda på att hon hade diabetes och att det skulle ta slut med dennas partner. I relation till dessa scenarier konstruerades följdfrågor om vad intervjupersonens reaktion skulle vara, vad hon skulle göra och hur hon skulle hjälpa sig själv. Anledningen till att dessa frågor lades till var

för att ge ett konkret exempel på deltagarnas självomhändertagande i kritiska situationer. Anledningen till att diabetes valdes som scenario var att det sjukdomsbeskedet skulle kräva att kvinnorna ändrade sina vanor och rutiner och omvärderade sitt självomhändertagande. Scenariot att en kärleksrelation skulle ta slut valdes då författarna antog att merparten av deltagarna hade erfarenheter av detta och då självomhändertagandet blir centralt för att ta sig igenom en sådan kris. Den sista frågan i SOT, "Jag känner att jag är en värdefull medlem i familjen", togs bort med anledning av att författarna ansåg att detta område täcktes av tillräckligt väl med liknande frågor, så som "Jag tycker om mig själv" och "Jag är en bra vän till mig själv". I slutet av intervjun lades tre frågor till; om de ägnade sig åt något som de visste inte var bra för dem, om det var fler områden som intervjun inte hade berört som var viktiga för att de skulle må bra samt vilket område som de ansåg vara det viktigaste för att de skulle må bra. Avslutningsvis fick de frågan vad de tänkte om anledningar till att en del människor är bättre på att ta hand om sig än andra, och vad de trodde hindrade andra människor från att ta bättre hand om sig (se Bilaga D).

Ett observationsschema (se Bilaga E) konstruerades för att ta tillvara på intervjuledarens upplevelser, intryck, känslor och iakttagelser, som även skulle kunna vara en värdefull källa till information. Observationsschemat bestod av tre olika delar relaterade till intervjupersonen, relationen och intervjuledaren. Detta schema fylldes i efter varje intervju av intervjuledaren. Två provintervjuer hölls då det blev tydligt att 45 minuter var en för kort tid att hinna med alla frågor på, och därmed sattes frågor relaterade till påståenden 5, 6, 10 och 28 inom parantes. Beslutet togs att enbart ta med dessa om det fanns tid till det, om svaren på dessa frågor tycktes avvika mycket från de övriga svaren eller om intervjupersonen själv kom in på det och att intervjuledaren upplevde det som viktigt i relation till frågeställningarna.

Kontakt med intervjudeltagarna. Från listorna med de högsta respektive lägsta poängen på SOT kontaktades de som gett sitt medgivande till att delta i intervjun via mail. Mailet innehöll en förfrågan att delta i intervjun, dess upplägg, syfte och förslag på möjliga tider för att delta. Deltagarna bokades in allt eftersom de svarade på förfrågan och när någon avböjde kontaktades nästa person på listan. Den ursprungliga tanken var att genomföra sammanlagt tio intervjuer, fem ifrån höggruppen och fem ifrån låggruppen. I slutändan gjorde sex intervjuer med deltagare från

höggruppen och fyra från låggruppen.

Genomförande av intervju. De två intervjuledarna delade upp intervjuerna så att varje person höll vardera fem intervjuer. Inför varje intervju skrevs deltagarens skattning på de olika påståendena in i intervjuguiden, tillsammans med totalpoäng och gruppstillhörighet. Intervjuledarna hölls dock blinda för poängen på TAS-20 så att detta inte skulle färga observationen. Intervjuguiden bifogades tillsammans med observationsschema och en mp3-spelare till intervjurummet (se Bilaga D och Bilaga E). Alla intervjuerna ägde rum på Psykologiska institutionen från den 8 mars till den 25 mars 2010.

Efter att den första intervjun genomförts insåg författarna att förkortningen av intervjumaterialet inte var tillräcklig utan förlängde intervjun till 120 minuter, då de ansåg att det var av vikt att få med alla definierade komponenterna av självomhändertagande. Intervjudeltagarna informerades om detta, och alla utom två hade möjlighet att ställa upp 120 minuter. Dessa båda kvinnor var i höggruppen. Den ena kvinnan hade bara möjlighet att närvara under 80 minuter. För att kompensera för de frågor som inte hann ställas under den första intervjun, skickades en förfrågan till den aktuella kvinnan att träffas ännu en gång. Denna hade inte möjlighet att ställa upp men erbjöd sig att svara skriftligt på de resterande frågorna, vilka bifogades till henne.

Med den andra kvinna som inte hade möjlighet att delta under 120 minuter fick en avvägning göras i hur många följdfrågor som skulle ställas, och vilka frågor som skulle exkluderas för att ändå kunna täcka av de olika faktorerna. Denna avvägning gjordes även i några av de andra intervjuerna då deltagarna blev engagerade i ämnet och gjorde många associationer till erfarenheter och upplevelser. Under en intervju slutade mp3-spelaren att spela in, vilket först märktes när hela intervjun var över. För att försöka kompensera för förlorad data skrev intervjuledaren ner allt verbatim. När intervjudeltagarna hade lämnat rummet fyllde intervjuledaren i observationsschemat.

Efterbearbetning och analys. Allt ljudmaterial från intervjuerna transkriberades, där även pauser, suckar och skratt skrevs med. Den intervjuledare som hade genomfört intervjun var också den som transkriberade materialet. Till detta material lades även det skriftliga svaret från

en av intervjudeltagaren samt de minnesanteckningar från den intervju där det saknades ljudfil. När detta var gjort, lästes allt material igenom av båda författarna.

Därefter påbörjades den tematiska analysen (Braun & Clarke, 2006), att hitta teman i de sex olika faktorerna som framkommit i faktoranalysen: självkänsla, fysiskt omhändertagande, strävan, självreglering, egentid och social tid och självdestruktivt beteende och deras underliggande påstående i SOT. Det material som hörde till respektive faktor samlades under denna. Material från svar på de tre tillagda områdena, dilemma och scenarierna om diabetes och att en kärleksrelation tar slut, placerades i faktorn självreglering, och svaret på frågan om kvinnorna gör något som de vet inte var bra för dem placerades under självdestruktivt beteende. Därefter delades materialet i varje tema in i de två olika grupperna, svar från de med lägst respektive högst poäng på SOT. Koden på de olika svaren behölls så att det skulle vara möjligt att identifiera deltagarna. Inom vardera grupp, de med lägst poäng respektive högst poäng, identifierades sedan de olika temana med tematisk analys (Braun och Clarke, 2006). Dessa syftade till att ge en beskrivning av hur självomhändertagandet var i höggruppen respektive låggruppen bestående av semantiska (Braun & Clarke, 2006) likheter och olikheter dem emellan och inom de av faktoranalysen grupperade påståenden. Båda författarna gjorde detta arbete var för sig och sedan jämfördes de olika framvaskade temana. Vid de tillfällen då det fanns oenigheter gällande de identifierade teman, gick författarna tillbaka till den ursprungliga datan, varefter en diskussion hölls till konsensus nåtts gällande de olika temana. Ett tema definierades som gemensamma mönster som kunde ses hos minst två intervjudeltagare. Då datamängden var så omfattande lyfts bara de enligt författarna mest centrala temana fram i resultatet för att öka tydligheten och läsvänligheten. För att exemplifiera teman fördes citat in. Utöver de teman som framkom i faktoranalysen lades ytterligare två till: vad som hindrar och vad som främjar ett gott självomhändertagande. Även dessa analyserades med tematisk analys (Braun & Clarke, 2006) men materialet analyserades där i sin helhet istället för uppdelat i faktorer. Denna analys gjordes som den tidigare på en semantisk nivå (Braun & Clarke, 2006), men övergick sedan till en mer tolkande process, för att försöka förstå innebörden i större perspektiv.

Återkoppling. Enbart en person frågade efter sitt resultat på formuläret. Författarna valde att enbart delge vilken grupp hon hamnat i samt hur detta resultat kan tolkas. Denna person blev även tillfrågad huruvida hon tyckte att detta stämde in på henne, vilket hon gjorde. När studien

var färdigskriven mailades 99 sammanfattningar ut till alla av deltagare som hade fyllt i enkäten och önskade ta del av studien. Det fanns även två personer som önskade att få tillgång till hela studien, vilket de fick.

Resultat

Nedan redovisas resultatet av studien. Först presenteras resultatet av enkäten, hur självomhändertagandet såg ut i gruppen som helhet, bland de som skattade högst respektive lägst på SOT samt korrelationen mellan SOT och TAS-20. Därefter presenteras analysen av den fördjupande intervjun kring påståendena i SOT och intervjudedarnas observationer av intervjudeltagarna ges. Avslutningsvis redovisas hinder för och vad som kan främja ett gott självomhändertagande.

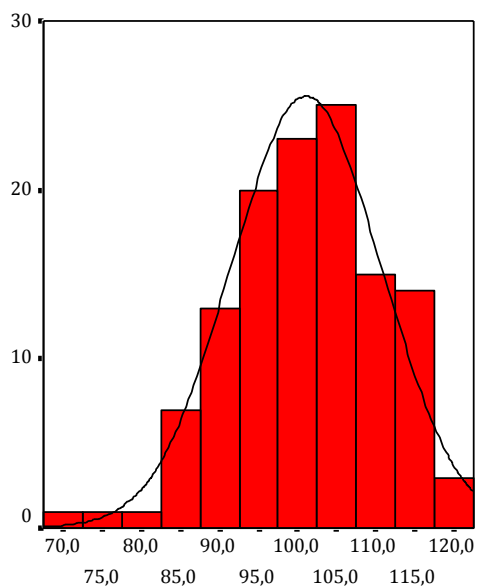
Enkäten

Lägsta uppmätta poäng på SOT var 69 och högsta uppmätta poäng var 120 (på skalan 28-140). Medelvärdet på SOT var 101,1 och standardavvikelsen var 9,59 (Se Tabell 8 och Figur 1).

Tabell 8

Medelvärde, standardavvikelse, minimum och maximum resultat av svaren på SOT

	SOT (28-140 poäng)
M	101,08
SD	9,59
Mdn	102
Minimum	69
Maximum	120



Figur 1. Fördelningen av de olika deltagarnas totalsumma på SOT.

För att ge en tydligare bild av hur kvinnorna skattade presenteras medelvärdet för varje påstående i SOT, se Tabell 9.

Tabell 9
Medelvärden för de 28 påståendena i SOT

Påstående i SOT	M	SD	Benämning i SOT
1. Jag gör saker som är bra för min hälsa	3,50	0,62	Ibland
2. Jag genomför beslut som är bra för min hälsa	3,40	0,66	Ibland
3. Jag skjuter upp att göra saker som skulle vara bra för min hälsa	2,80	0,70	Ibland
4. Jag söker information som handlar om sätt att ta bättre hand om min hälsa	3,00	0,99	Ibland
5. Jag äter en balanserad och näringsrik kost	3,70	0,84	Ofta
6. Jag trivs på min utbildning	4,29	0,60	Ofta
7. Jag får tillräckligt med motion/träning som krävs för att ha en god hälsa	3,30	0,97	Ibland
8. Jag utövar hobbies/intressen	3,40	0,94	Ibland
9. Jag gör saker som jag tycker om	3,90	0,63	Ofta
10. Jag sover tillräckligt mycket för att må bra	3,70	1,10	Ofta
11. Jag strävar efter att få tillräcklig balans mellan vila och aktivitet	3,70	0,95	Ofta
12. Jag har tillräckligt med egentid	3,50	0,99	Ibland
13. Jag har tillräcklig tid att umgås med andra	3,50	0,89	Ibland
14. Jag månar om min säkerhet (till exempel: använda preventivmedel, låsa dörren om mig, ej gå ensam på farliga platser när det är mörkt)	4,20	0,74	Ofta
15. Jag röker och/eller snusar	1,60	0,80	Sällan
16. Jag dricker mer än nio glas alkohol per vecka (ett glas = 15 cl vin eller 33 cl starköl)	2,00	1,06	Sällan
17. Jag gör saker för att känna mig mindre stressad	2,90	0,82	Ibland
18. När jag känner mig nere gör jag saker för att känna mig bättre	3,60	0,91	Ofta
19. Jag ignorerar när jag känner mig sjuk även när jag är det	3,10	0,96	Ibland
20. Jag klarar av att säga "nej" och sätta gränser	3,50	0,82	Ofta
21. Jag sätter upp mål för mig själv	3,80	0,85	Ofta
22. Jag strävar efter att nå mina uppsatta mål	4,10	0,80	Ofta
23. Jag skjuter upp att ta tag i problem	3,00	0,83	Ibland
24. Jag gör sådant som är viktigt för att förverkliga mig själv	3,50	0,83	Ofta
25. Jag ser ljust på min framtid	4,10	1,74	Ofta
26. Jag tycker om mig själv	3,90	0,82	Ofta
27. Jag är en bra vän till mig själv	3,80	0,91	Ofta
28. Jag känner att jag är en värdefull medlem i familjen	3,70	0,74	Ofta

Svaren på SOT var i det närmaste normalfördelade (se Bilaga F). Det totala medelvärdet för alla påståendena var 3,45 och majoriteten av skattningarna på påståendena låg mellan tre och fyra på den femgradiga skalan. Detta betydde att kvinnorna skattade ”ibland” och ”ofta” på de flesta påståendena. Några frågor fick dock en positiv snedfördelning, såsom ”Jag trivs på min utbildning” (M = 4,29, SD = 0,60), ”Jag månar om min säkerhet” (M = 4,20, SD = 0,74), ”Jag strävar efter att nå mina uppsatta mål” (M = 4,10, SD = 0,80), ”Jag ser ljusst på min framtid” (M = 4,10, SD = 1,74), ”Jag röker och/eller snusar” (M = 1,60, SD = 0,80) och ”Jag dricker mer än nio glas alkohol per vecka” (M = 2,00, SD = 1,06). På de fyra första påståendena samlades svaren på den högre delen av skalan och gav ett svarsmedelvärde på över fyra, vilket innebar att de svarande ofta gjorde detta. På de två senare påståendena samlades svaren på den lägre delen av skalan, vilket innebar att kvinnorna sällan rökte alternativt snusade och att de sällan drack mer än nio glas alkohol per vecka. De påståenden som kvinnorna annars skattade lägst på var ”Jag skjuter upp att göra saker som skulle vara bra för min hälsa” (M = 2,80, SD = 0,70) och ”Jag gör saker för att känna mig mindre stressad” (M = 2,90, SD = 0,82).

Resultatet på SOT tyder på att kvinnorna på gruppnivå har en relativt god förmåga att ta hand om sig själva.

För att undersöka självomhändertagandet närmare, valdes de kvinnor ut som skattat högst (n = 21) respektive lägst (n = 10) på SOT, alltså de som hade det bästa respektive det sämsta självomhändertagande i gruppen. Skattningen för de två olika grupperna presenteras i Tabell 10.

Tabell 10
Medelvärden för de 28 påståendena i SOT för hög- och lågruppen

Påstående i SOT	Höggruppen			Låggruppen			Sig. (2-tailed)
	M	SD	Benämning i SOT	M	SD	Benämning i SOT	
1. Jag gör saker som är bra för min hälsa	4,10	0,32	Ofta	2,95	0,69	Ibland	0,000*
2. Jag genomför beslut som är bra för min hälsa	4,00	0,00	Ofta	2,95	0,51	Ibland	0,000*
3. Jag skjuter upp att göra saker som skulle vara bra för min hälsa	3,65	0,75	Ofta	2,60	0,52	Ibland	0,000*
4. Jag söker information som handlar om sätt att ta bättre händ om min hälsa	3,50	1,18	Ofta	2,85	0,93	Ibland	0,111
5. Jag äter en balanserad och näringsrik kost	4,40	0,70	Ofta	3,30	1,03	Ibland	0,005*
6. Jag trivs på min utbildning	4,40	0,52	Ofta	3,95	0,69	Ofta	0,079
7. Jag får tillräckligt med motion/träning som krävs för att ha en god hälsa	4,30	0,48	Ofta	2,65	0,99	Ibland	0,000*
8. Jag utövar hobbies/intressen	4,10	0,88	Ofta	2,40	0,60	Sällan	0,000*
9. Jag gör saker som jag tycker om	4,20	0,42	Ofta	3,25	0,64	Ibland	0,000*
10. Jag sover tillräckligt mycket för att må bra	3,50	0,85	Ibland	3,15	1,09	Ibland	0,383
11. Jag strävar efter att få tillräcklig balans mellan vila och aktivitet	4,30	0,82	Ofta	3,20	1,15	Ibland	0,012*
12. Jag har tillräckligt med egentid	4,20	0,79	Ofta	2,80	1,15	Ibland	0,002*
13. Jag har tillräcklig tid att umgås med andra	4,20	0,63	Ofta	2,95	1,05	Ibland	0,002*
14. Jag månar om min säkerhet (till exempel: använda preventivmedel, låsa dörren om mig, ej gå ensam på farliga platser när det är mörkt)	4,20	0,63	Ofta	4,00	0,79	Ofta	0,495
15. Jag röker och/eller snusar	1,10	0,31	Aldrig	3,95	1,43	Ofta	0,000*
16. Jag dricker mer än nio glas alkohol per vecka (ett glas = 15 cl vin eller 33 cl starköl)	1,70	0,82	Sällan	2,15	1,23	Sällan	0,305
17. Jag gör saker för att känna mig mindre stressad	3,60	0,70	Ofta	2,50	0,95	Ibland	0,003*
18. När jag känner mig nere gör jag saker för att känna mig bättre	3,60	0,84	Ofta	3,10	0,85	Ibland	0,140
19. Jag ignorerar när jag känner mig sjuk även när jag är det	3,05	0,89	Ibland	2,70	0,82	Ibland	0,463
20. Jag klarar av att säga "nej" och sätta gränser	3,90	0,88	Ofta	3,05	0,76	Ibland	0,010*
21. Jag sätter upp mål för mig själv	4,20	0,92	Ofta	3,25	0,97	Ibland	0,015*
22. Jag strävar efter att nå mina uppsatta mål	4,40	0,51	Ofta	3,65	0,86	Ofta	0,019*
23. Jag skjuter upp att ta tag i problem	3,85	0,67	Ofta	2,70	0,82	Ibland	0,000*
24. Jag gör sådant som är viktigt för att förverkliga mig själv	4,20	0,79	Ofta	2,75	0,85	Ibland	0,000*
25. Jag ser ljus på min framtid	4,60	0,70	Alltid	3,50	0,89	Ibland	0,002*
26. Jag tycker om mig själv	4,40	0,84	Ofta	3,25	0,85	Ibland	0,002*
27. Jag är en bra vän till mig själv	4,30	0,95	Ofta	2,85	0,81	Ibland	0,000*
28. Jag känner att jag är en värdefull medlem i familjen	4,20	0,42	Ofta	2,70	0,66	Ibland	0,000*

* $p < 0,05$

Tabellen visar på att det fanns vissa likheter mellan grupperna, men framförallt skillnader. Medelvärde på SOTs 28 påståenden var för höggruppen 4,07 (SD = 0,80) och för låggruppen 3,09 (SD = 1,00) på skalan 1-5. Höggruppens vanligaste svarsalternativ var ”ofta” medan låggruppens var ”ibland”.

De påståenden som grupperna svarade likartat på var att de ibland ignorerade att de kände sig sjuka även ifall de var det ($M_H = 3,05$, $SD_H = 0,89$, $M_L = 2,70$, $SD_L = 0,82$, $p > 0,05$), och båda grupperna svarade ofta på påståendet att de trivdes på sin utbildning ($M_H = 4,40$, $SD_H = 0,52$, $M_L = 3,95$, $SD_L = 0,69$, $p > 0,05$) samt att de månade om sin säkerhet ($M_H = 4,20$, $SD_H = 0,63$, $M_L = 4,00$, $SD_L = 0,79$, $p > 0,05$). Båda grupperna sade sig sällan dricka mer än 9 glas alkohol per vecka ($M_H = 1,70$, $SD_H = 0,82$, $M_L = 2,15$, $SD_L = 1,23$, $p > 0,05$). Det fanns heller ingen signifikant skillnad mellan grupperna på påståendena ”Jag söker information som handlar om sätt att ta bättre hand om min hälsa” ($M_H = 3,50$, $SD_H = 1,18$, $M_L = 0,85$, $SD_L = 0,93$, $p > 0,05$), ”Jag sover tillräckligt mycket för att må bra” ($M_H = 3,50$, $SD_H = 0,85$, $M_L = 3,15$, $SD_L = 1,09$, $p > 0,05$) samt ”När jag känner mig nere gör jag saker för att känna mig bättre” ($M_H = 3,60$, $SD_H = 0,84$, $M_L = 3,10$, $SD_L = 0,85$, $p > 0,05$).

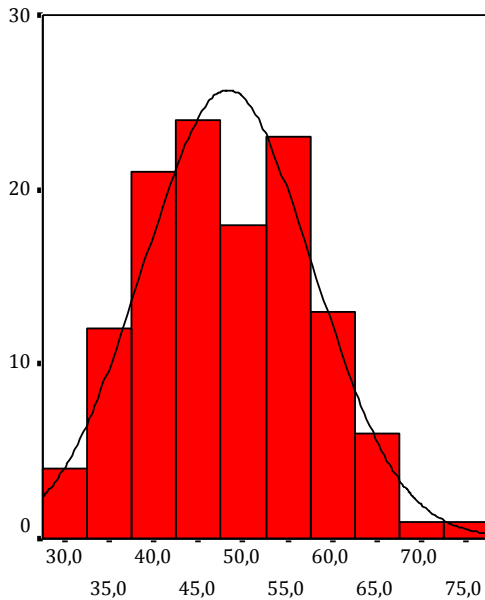
På alla de övriga påståendena fanns det en signifikant skillnad mellan grupperna ($p < 0,05$), se Tabell 10.

Det andra formuläret som bifogades i enkäten var TAS-20. Lägsta uppmätta poäng på detta var 30 och högsta uppmätta poäng var 76 (på skalan 20-100 poäng). Medelvärde på TAS-20 var 48,3 och standardavvikelsen var 9,53 (Se Tabell 11 och Figur 2).

Tabell 11

Medelvärde, standardavvikelse, minimum och maximum resultat av svaren på TAS-20

	TAS-20 (20-100 poäng)
M	48,30
SD	9,53
Mdn	48
Minimum	30
Maximum	76



Figur 2. Fördelningen av de olika deltagarnas totalsumma på TAS-20.

Det fanns en signifikant negativ korrelation mellan deltagarnas poäng på SOT och deras poäng på TAS-20 ($r = -0,517$, $p = 0,000$, 2-tailed). En högre poäng på SOT var alltså signifikant korrelerad med en lägre poäng på TAS-20. Detta betydde att ett bättre självomhändertagande var kopplat till en lägre grad av alexitymi.

Ingen signifikant korrelation kunde ses mellan poängen på SOT och ålder ($r = -0,094$, $p > 0,05$), utbildning ($r = -0,176$, $p > 0,05$) eller egen genomgången terapi ($r = -0,027$, $p > 0,05$).

Intervjun

Den tematiska analys som gjordes utifrån intervjuerna med utgångspunkt i de identifierade temana från faktoranalysen redovisas nedan. Syftet med analysen var att identifiera likheter och olikheter mellan de två grupperna. De sex teman som identifierades i analysen var självkänsla, fysiskt omhändertagande, strävan, självreglering, egentid och social tid samt självdestruktivt beteende. Slutligen redovisas de hinder som ansågs påverka kvinnornas självomhändertagande samt vad som tycktes underlätta ett gott självomhändertagande.

För att exemplifiera de olika teman används citat, vilka har redigerats så att de ska bli mer läsvänliga. Namnen som används i relation till dessa är fingerade och efter varje namn anges om kvinnan tillhörde hög- respektive låggruppen, vilket anges med ”H” och ”L”.

Tabell 12 och Tabell 13 ger en sammanfattande överblick av de likheter och olikheter som identifierades mellan grupperna i analysen, vilka därefter beskrivs mer ingående.

Tabell 12

Likheter mellan gruppen som skattade högst respektive lägst på SOT

	Självkänsla	Fysiskt omhändertagande	Strävan	Självreglering	Egentid och socialtid	Självdestruktivt beteende
Likheter	- Svårast att säga nej till andra - Skjuter främst upp personkonflikter	- Fysiskt omhändertagande ges mycket uppmärksamhet - Beslut de tar gällande hälsan är framförallt träning och kosthållning	- Stor framtidstro - Stort intresse för sin utbildning - Lång/kortsiktiga mål relaterat till utbildning - Stort intresse för hälsorelaterad info - Anpassar sällan aktivitet efter dagsform	- Tar semester och åker bort	- Sociala relationer är viktigt område - Viktigt att finnas till för andra / tar stort socialt ansvar	- Få som röker/snusar - Alkohol är en stor del av det sociala livet, även om de vet att det inte är bra för dem

Tabell 13

Olikheter mellan gruppen som skattade högst respektive lägst på SOT

Grupp	Självkänsla	Fysiskt omhändertagande	Strävan	Självreglering	Egentid och socialtid	Självdestruktivt beteende
Höggruppen	<ul style="list-style-type: none"> - Tycker om sig själv och ser vinsterna med detta - Tänker medvetet positiva tankar om sig själv och gör saker för att öka självkänslan - Tycker om sig själv för sina egenskaper och intar en mer accepterande inställning till sig själv - Utför fler njutningsfulla aktiviteter - Har lättare för att säga nej och sätta gränser 	<ul style="list-style-type: none"> - Förbättrar hälsan genom att umgås och strukturera - Beslut: minimera press, minska antalet aktiviteter - Ser träning som en del i vardagen och centralt för deras välmående 	<ul style="list-style-type: none"> - Större intresse för och använder information om träning och mat - Strävar efter självförverkligande genom att ge sig själv tid för och tar hand om egna behov - Konkreta belöningar - Prioriterar njutningsfulla aktiviteter - Utövar hobbies/intressen - Fler strategier att ta till vid stress 	<ul style="list-style-type: none"> - Prioriterar sömn - Håller 5 dagars arbetsvecka - Söker socialt stöd vid kriser - Tar ledigt vid sjukdom - Söker socialt stöd vid negativa känslor 	<ul style="list-style-type: none"> - Ger sig själv egentid och prioriterar egna behov - Har fler sociala kontakter - Har en bättre relation till sin familj och kan uttrycka behov och få emotionellt stöd - Sociala kontakter ger positiv spegling och emotionellt stöd - Ser sina sociala relationer som den viktigaste biten för ett gott självomhändertagande 	<ul style="list-style-type: none"> - Dricker alkohol för att det är kul och socialt - Det de gör som de vet inte är bra för dem är att de dricker för mycket alkohol, äter för mycket godis och har svårt att säga nej
Låggruppen	<ul style="list-style-type: none"> - Jämför sig i högre grad med andra och försöker leva upp till en ouppnåelig idealbild - Nedvärderar och har en hård och kall attityd mot sig själv - Tycker om sig själv utifrån prestation - Nedprioriterar sina egna behov framför andras och har svårt att säga nej 	<ul style="list-style-type: none"> - Upptagenhet av svårigheter i genomförandet - Svårigheter att genomföra beslut gällande hälsa - Faller lättare tillbaka i gamla vanor och mönster - "Periodare" (gällande ex träning och att äta nyttigare) 	<ul style="list-style-type: none"> - Svårare att implementera hälsorelaterad information - Större intresse för emotionell information - Strävar efter självförverkligande genom att utmana sig - Känslan är belöningen - Saknar tydliga intressen och utför färre njutningsfulla aktiviteter - Färre strategier vid stress: undvikande och somatisering 	<ul style="list-style-type: none"> - Prioriterar ej att sova och har högre grad av sömnsvårigheter - Arbetar oftare 7 dagar/veckan - Sjukdom ignoreras i högre grad - Inre hantering av kriser och oftare undvikande - Obehagliga känslor väntas ut för att försvinna av sig själva 	<ul style="list-style-type: none"> - Egentid prioriteras ej, tar ej egentid förän de verkligen behöver det - Önskar mer egentid alt mindre pga. få sociala relationer - Har färre sociala relationer - Saknar i högre grad en närmare/djupare relation - Sämre relation till sin familj och kan i mindre grad uttrycka behov och få emotionellt stöd 	<ul style="list-style-type: none"> - Dricker alkohol för att slappna av - Fler som röker/susnar - Identifierar fler handlingar som de gör som de vet inte är bra för dem, t.ex. rökning eller att inte få tillräckligt med motion

Tema 1: Självkänsla. Temat berörde självkänsla i relation till självomhändertagande, vilket innefattar att tycka om sig själv, att vara en bra vän till sig själv, att känna sig som en värdefull medlem i familjen, att säga nej och sätta gränser samt att skjuta upp att ta tag i problem. Grupperna skattade från ”ibland” till ”ofta” på dessa påståenden och skattningen skilde sig mellan grupperna på alla fem påståendena, se Tabell 10 och påstående 20, 23, 25, 26, 27 och 28.

Det fanns en signifikant skillnad mellan grupperna på alla de berörda påståendena. De i höggruppen tyckte om sig själva i högre grad, då de skattade ofta på detta påstående medan kvinnorna i låggruppen bara gjorde detta ibland. Kvinnorna i höggruppen menade att det var viktigt att tycka om sig själv för att kunna ta väl hand om sig. Om man inte tyckte om sig själv så förlorades betydelsen av att ta hand om sig på ett bra vis. Kvinnorna i låggruppen nämnde inte självkänslans betydelse för ett gott självomhändertagande. Louise (H) tog upp betydelsen av att tycka om sig själv:

”Att tycka om sig själv tror jag är viktigt. För jag tycker att det har påverkat mitt liv så himla mycket sedan jag började göra det, och det känner jag går över på allting.”

Kvinnorna i höggruppen var även mer medvetna om sin egen möjlighet att påverka tankarna om sig själva och intog ett aktivt förhållningssätt då de medvetet tänkte positivt om sig själva. De intog ett mer peppande och accepterande förhållningssätt till sig själva, även dåliga dagar till trots, och försökte att stötta och stärka sig själva. Flera kvinnor i höggruppen sade sig även använda träning för att öka sin självkänsla. De menade att om de kände sig fysiskt starka så påverkade detta även den psykologiska känslan av sig själv och fick dem därmed att känna sig starkare i sig själva. Vinsterna med dessa förhållningssätt blev att de tyckte bättre om sig själva och att de upplevde ett större välmående. Samtidigt kände kvinnorna en rädsla att göra detta för ofta och i för hög grad då de hade bilden av att detta kunde leda till en självgodhet.

Kvinnorna i låggruppen intog istället en mer dömande attityd mot sig själva. När kvinnorna i denna grupp inte nådde upp till sina högt ställda krav på praktiskt taget alla områden i livet reagerade de med en hård, kall och nedvärderande attityd mot sig själva. Sara (L) utgjorde ett exempel på detta:

”Om någon kompis kom och var så som jag är mot mig, att nu gjorde du inte det här och det här, då skulle jag bli ledsen och ringa någon annan kompis.”

Kvinnorna i låggruppen tenderade även i högre grad att jämföra sig med andra och uttryckte en intensiv önskan om att bli omtyckta av andra, vilket de tycktes försöka uppnå genom att vara en duktig flicka, prestera bra på utbildningen, ständigt vara glad och trevlig samt ställa upp för andra. Kvinnorna i låggruppen upplevdes ha betydligt svårare att inta en accepterande inställning mot sig själva. Det blev även tydligt att kvinnorna i höggruppen lade mer fokus på att de tyckte om sig själva och såg sig värdefulla på grund av de egenskaper som de besatt, medan kvinnorna i låggruppen tyckte snarare om sig själva och värderade sig utifrån vad de presterade.

På temat att agera som en bra vän till sig själv skattade höggruppen att de gjorde detta ofta medan de i låggruppen bara gjorde detta ibland. Kvinnorna i höggruppen blev här mer utförliga i sina beskrivningar om hur de var en god vän till sig själva, vilket enligt dem bestod av att vara mån om att göra saker som de tyckte om, att lyssna på sin kropp och sina känslor samt att känna sig nöjd med sig själv som person. Bland kvinnorna i låggruppen sade sig flera inte ha funderat kring detta tidigare och nämnde främst betydelsen av att utföra aktiviteter som de tyckte om. Kvinnorna i höggruppen utförde fler och lade mer tid på njutningsfulla aktiviteter än de i låggruppen. Däremot fanns det ingen skillnad mellan valet av aktiviteter som grupperna genomförde.

Höggruppen menade att de ofta kunde säga nej och sätta gränser medan låggruppen bara gjorde detta ibland. En likhet mellan grupperna var att kvinnorna upplevde en skillnad mellan olika situationer när det gällde förmågan att sätta gränser. Svårast enligt många var de sociala situationer när de behövde säga nej och sätta gränser i relation till andra, som när någon bad dem om hjälp eller att ställa upp. Kvinnorna sade sig tydligt uppleva press och förväntningar från omgivningen att ställa upp och sade att de då lätt fick dåligt samvete och skuld känslor, vilket ökade svårigheten att sätta gränser i sådana sammanhang. Hanna (H) av en av kvinnorna som lyfte detta:

”Jag tror att det finns någon slags inbyggd skuld hos vissa kvinnor, att jag borde inte ta hand om mig själv, jag borde ta hand om andra istället. Jag tror att det är ett ganska stort problem för många, att det på något vis känner sig skyldiga när de tar hand om sig själva.”

En annan skillnad mellan grupperna var att vid beslut gällande gränsdragning och att säga nej reflekterade kvinnorna i höggruppen mer kring vilket ansvar de själva och de andra berörda hade i den uppkomna situationen och vad de själva hade för behov. Kvinnorna i låggruppen hade istället som vana att ta mycket ansvar för situationer, med fokus på andras välbefinnande. Kvinnorna vittnade om att de ofta nedprioriterade sina egna behov till förmån för andras och hade en mer eller mindre ständig beredskap att göra sig flexibla för att tillmötesgå andra. Kvinnorna i höggruppen hade en prioriteringsordning där deras egna behov och mående vägde tyngst vid beslut gällande att säga nej och sätta gränser, medan låggruppen tycktes prioritera ner sin egen vilja och behov till förmån för andras. Sofias (L) och Hannas (H) tankar om att säga nej och sätta gränser:

”Jag tänker att jag inte så jättebra på att sätta gränser och det är framförallt för att jag får så himla dåligt samvete om jag säger nej. Ofta om jag säger nej till någon så frågar jag mig i efterhand om jag inte kunde ha gjort annorlunda, kunde jag inte ha hunnit med det på något sätt. Jag har svårt för att göra andra ledsna, jag blir nästan hellre själv ledsen än att såra någon annan.”

”Om jobbet ringer och ber mig arbeta på min lediga helg och jag har planerat hitta på något, så tänker jag på vems ansvar det egentligen är. Vad är min tid värd och vems problem är det här? Varför skulle det här vara mitt ansvar? Varför skulle allt negativt vara mitt ansvar? Jag tror att jag direkt kan koppla det till självkänsla och att det här inte är snällt mot mig själv om jag skulle säga ja.”

En annan skillnad mellan grupperna var att höggruppen skattade att de ofta sköt upp att ta tag i problem medan låggruppen bara gjorde detta ibland. Analysen av intervjun kunde dock inte visa på några olikheter grupperna emellan. Båda grupperna menade att om det var något som verkligen var viktigt för dem så sköts problemet inte upp. Det som sköts upp var enligt kvinnorna ofta småsaker som att ringa viktiga telefonsamtal och att reparera saker i hemmet. En annan likhet var att båda grupperna gärna undvek att ta tag i uppstådda personkonflikter, när de blivit ovän med en annan person. Trots att de ansåg att det i de flesta fall var det bästa att lyfta upp konflikten och reda ut den så försökte kvinnorna ofta sopa den under mattan. Denna strategi gav upphov till oro, ångest, koncentrationssvårigheter samt tänkemässig och emotionell upptagenhet kring konflikten.

Ett gemensamt drag för grupperna var att de hyste en stor framtidstro, där näst intill alla sade sig se den som ljus. Skattningen i SOT visade dock på en signifikant skillnad mellan grupperna där höggruppen alltid såg ljust på sin framtid medan de i låggruppen bara gjorde detta ibland. I intervjun gav kvinnorna dock samma bild av vad de trodde framtiden skulle bringa och vad de önskade av den. Det som kvinnorna framförallt talade om här var deras kommande yrke där majoriteten var nöjd med sitt val och såg fram emot sin kommande karriär. I nästa hand kom tankar om privat- och familjeliv upp. I samtal om framtiden var det även många i båda grupperna som lyfte fram betydelsen av att må bra och att trivas med sin tillvaro.

Tema 2: Fysiskt omhändertagande. Temat innefattade handlingar som var bra för hälsan, att genomföra beslut som främjade hälsan, benägenhet att skjuta upp beslut som kunde främja hälsan samt motion och kost. Grupperna skilde sig signifikant åt på alla påståenden ($p < 0,05$), där höggruppen skattade ”ofta” på alla berörda påståenden medan låggruppen skattade ”ibland” på alla, se Tabell 10 och påstående 1, 2, 3, 5 och 7.

Det som var gemensamt för grupperna var att temat fysiskt omhändertagande var ett område som fick mycket uppmärksamhet i kvinnornas liv. Detta tema var det område som kvinnorna hade rört sig mest inom och var mest medvetna om och bekanta med. Båda grupperna talade om vikten av att äta sunt och balanserat, att träna, att unna sig själv godis eller god mat, att försöka minska stressnivån, att göra lustfyllda aktiviteter samt att nå en god balans mellan olika delar i livet, för att ta hand om sin hälsa. De vanligaste besluten som kvinnorna i båda grupperna tagit i relation till sin hälsa var angående träning och matvanor. Båda grupperna tog även upp träning som exempel på något som de skulle kunna tänkas skjuta upp att göra.

De olikheter som kunde ses mellan grupperna var att höggruppen ofta gjorde saker för att förbättra sin hälsa medan låggruppen bara gjorde detta ibland. Det som var specifikt för höggruppen var att de även tog upp att umgås med vänner och familj, och att strukturera sina studier som ytterligare sätt att förbättra sin hälsa. Amanda (H) berättade om vad hon gör som är bra för hennes hälsa:

”Jag tränar, jag försöker äta hyfsat rätt, jag försöker att inte stressa för mycket och jag försöker göra saker jag tycker är kul, som att umgås med vänner och min familj. Jag försöker ha en bra balans mellan att plugga och göra viktiga saker och ha roligt.”

Kvinnorna i låggruppen var snarare upptagna av de svårigheter som de upplevde när det gällde att genomföra nya förhållningssätt, som att gå till universitetet istället för att ta bussen eller att renskriva sina föreläsningssanteckningar varje dag (vilket vidare tas upp under rubriken ”Hinder och främjare för ett gott självomhändertagande”).

Att genomföra beslut som var bra för hälsan gjorde höggruppen ofta medan låggruppen sade sig göra detta ibland. I höggruppen togs det upp beslut gällande att minimera press och minska på antalet aktiviteter, medan låggruppen pratade mer om svårigheten att hålla uppe det de beslutat sig för, då de lätt föll tillbaks i gamla vanor och mönster. Ett intressant resultat var att kvinnorna i höggruppen skattade att de ofta sköt upp sådant som skulle vara bra för deras hälsa medan kvinnorna i låggruppen sade sig bara göra detta ibland. I intervjun berättade flera i höggruppen om hur de flyttade fram saker som att gå till tandläkaren, att gå till doktorn för mindre krämpor, att höra av sig till familj och vänner, vecka efter vecka i kalendern utan att genomföra dessa. De menade att det kändes bra att ha dessa punkter uppskrivna men då de egentligen inte såg dessa som så brådskande flyttades de hela tiden fram. Flera kvinnor hade sedan uppsamlingshit när de hade samlat på sig ett antal punkter och hade en ledig dag till förfogande, och genomförde dessa. Kvinnorna i låggruppen sköt i mindre omfattning upp mindre brådskande uppgifter. De saker som däremot var av mer brådskande karaktär och som ansågs viktigare hade kvinnorna i låggruppen lättare för att skjuta upp än de i höggruppen. Kvinnorna i höggruppen hade en högre motivation och var mer handlingskraftiga i att ta tag i sådana projekt än kvinnorna i låggruppen.

På temat träning och motion skattade kvinnorna i höggruppen att de ofta fick tillräckligt med motion för att ha en god hälsa, medan kvinnorna i låggruppen bara fick detta ibland. Höggruppens kvinnor berättade utförligt om de olika träningsformer de ägnade sig åt, hur mycket tid de lade ner och vad de fick ut av att träna. Deltagarna i höggruppen beskrev träningen som en del av deras vardag och som centralt för deras självkänsla och välmående i stort. Kvinnorna i låggruppen tränade bara i perioder och flera talade om svårigheter att få in och upprätthålla vanan att gå och träna. Många av dessa kvinnor hade heller inte lyckats hitta en

träningsform som de tyckte om. Kvinnorna tillfrågades om olika beslut som de har tagit i syfte att förbättra sin hälsa. Tove (L) svarade så här på frågan:

”Ja, det kan vara allt från att dricka mindre, till att röka mindre, till att prioritera tid för mig själv, eller att dricka mycket vatten och äta sund mat.”

I: ”Hur har det gått, när du har bestämt sig för att göra dessa förändringar?”

”Det varierar. Många gånger går det väldigt bra i början, men sen när allting känns bättre, så faller jag tillbaks i mitt gamla mönster.”

Höggruppen sade sig ofta sträva efter att äta nyttigt och balanserat medan de i låggruppen bara gjorde detta ibland. I höggruppen berättade kvinnorna betydligt mer utförligt vad detta innebar för just dem. Specifikt nämnde kvinnorna i denna grupp att äta två till tre lagade mål mat per dag, att äta nyttigt och balanserat samt regelbundna mål. Många av dessa kvinnor hade även en dag i veckan då de tillät sig att äta vad de ville. Bland kvinnorna i låggruppen vittnade många om ett sockerberoende och många åt godis nästintill varje dag, ofta när de satt och studerade. Många av dessa kvinnor hade liten regelbundenhet i sina matintag och många åt inte förrän de var väldigt hungriga. De sade sig då inte orka laga någon riktig mat, utan de åt ofta någon färdiglagad rätt eller smörgåsar.

Tema 3: Strävan. Temat berörde olika former av strävan i relation till självomhändertagande. Framtidssträvan bestående av att sätta upp och sträva efter att nå uppsatta mål, självförverkligande, framtidssyn, trivsel på utbildning, att söka hälsorelaterad information samt att måna om sin säkerhet var en del av detta tema. Den andra delen bestod av att sträva efter att utföra njutningsfulla aktiviteter, vilket innefattades av att utöva hobbies/intressen, göra saker som man tycker om samt stressprevention/hantering. Gruppernas medelskattningar var från ”sällan” till ”alltid”, se Tabell 10 och påstående 4, 6, 8, 9, 14, 17, 21, 22 och 24.

Båda grupperna sade sig oftast trivas på sin utbildning, även ifall en tendens kunde ses att kvinnorna i höggruppen gjorde detta i något större omfattning ($p < 0,10$). I samtal om utbildningen uttryckte båda grupper ett stort intresse för sin utbildning. Den fick ofta högsta prioritet i vardagen, varefter andra aktiviteter och intressen följde. Gemensamt för de båda

grupperna i samtal gällande mål var att kvinnorna ställde mycket höga krav på sig själva, vilket var ett tema som återkom flera gånger under intervjun. Att förhålla sig till dessa krav och medförande oro och ångest tycks vara ett område som kvinnorna kämpade mycket med. De krav som identifierades var att prestera på utbildningen, utseende, vikt, social kompetens, att vara en god dotter/vän/kursare samt att finnas till för andra. Ett annat gemensamt drag rörande mål var att flera av kvinnorna inte nådde upp till sina uppsatta kortsiktiga mål. Ett exempel rörde de dagsmål som näst intill alla kvinnor berättade om, men trots att dessa inte uppfylldes så fortsatte de ändå sin vana trogen att hålla fast vid nivån och antalet på dessa, trots att det medförde ett illabefinnande bestående av oro, ångest och besvikelse över sig själva när de inte nådde upp till dessa. Andra försökte snarare acceptera händelseförloppet och försökte förbättra sig till nästa gång de hamnade i en liknande situation, med blandad framgång. Det blev även tydligt att det fanns lite flexibilitet och anpassning kring dagsform eller oförutsägbara händelser.

Båda grupperna uttryckte vidare ett stort intresse för hälsorelaterad information, och det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna gällande hur ofta de sökte hälsorelaterad information. Flera av intervjudeltagarna menade att de hade lättare att ta till sig mer konkret information om sätt att ta bättre hand om sin hälsa och uttryckte också ett stort intresse av att ta del av den typen av information. Det fanns heller ingen signifikant skillnad mellan grupperna rörande hur ofta de månade om sin säkerhet. Kvinnorna hade även ett snarlikt säkerhetstänkande och såg till att hålla sig säkra på likartade sätt, genom att exempelvis använda preventivmedel, vara försäkrade, ej gå ensamma hem sent på natten, ej dricka sig för berusade och låsa dörren om sig. Avslutningsvis nämnde båda grupperna samma indikatorer vid stress, vilka var bristande koncentration och sänkt minneskapacitet, och båda grupperna använde planering som ett sätt att förebygga stress.

En signifikant skillnad mellan grupperna var att höggruppen gjorde oftare saker för att förverkliga sig själva medan låggruppen enbart gjorde detta ibland. Självförverkligande förknippades av intervjudeltagarna med självutveckling och möjlighet att ägna sig åt aktiviteter som de hade valt av eget intresse. Att få tid att vara för sig själva och att ta hand om sina egna behov i första hand nämndes av kvinnorna i höggruppen, medan temat att utmana sig själva och utsätta sig för nya situationer dök upp i låggruppen.

En annan signifikant skillnad mellan grupperna var att höggruppen i högre grad strävade mot att nå sina uppsatta mål än de i låggruppen. I höggruppen var det vanligt med kortsiktiga mål kopplade till utbildningen, såsom att läsa ett visst antal sidor under en dag. När det gällde mer långsiktiga mål nämndes endast de relaterade till utbildningen, där det återkommande målet var att få sin examen. I gruppen med lägre poäng nämndes i högre grad även andra mål än de akademiska, där att bilda familj var det vanligaste förekommande. Som belöning efter att ha nått upp till ett mål nämnde flertalet i låggruppen känslan av att ha lyckats med det man hade företagit sig och en känsla av tillfredsställelse. I höggruppen talade kvinnorna mer om konkreta belöningar som pauser och avkopplande aktiviteter.

Kvinnorna i höggruppen hade lättare att använda hälsorelaterad information. Båda grupper tog del av och fann sådan information intressant men höggruppen omvandlade den oftare till handling och ändrade om sina vanor. De i låggruppen sade sig ta till sig informationen men agerade i mindre utsträckning på den. En annan skillnad var att höggruppen hade ett större intresse att ta del av information gällande träning och mat medan de i låggruppen var mer intresserade av emotionellt relaterad information, vilket inkluderade stresshantering, reaktioner vid exempelvis sorg och upplevelser i olika situationer.

Kvinnorna i höggruppen sade sig utöva hobbies och intressen ofta medan de i låggruppen gjorde detta sällan, vilket var en signifikant skillnad. De intressen som höggruppens kvinnor hade var framförallt sociala relationer och att utföra olika aktiviteter, som att spela piano, träna, sy, laga mat och resa. I låggruppen nämndes samma typ av aktiviteter, med undantag för socialt umgänge, men ett par personer saknade tydliga intressen. Hobbies och intressen var heller inget som kvinnorna i denna grupp prioriterade, det konkurrerades ut av annat och många kvinnor sade sig sakna tid för att kunna utöva något intresse. Flera upplevde dock en saknad av att inte ha någon hobbies eller intressen. Ariana (L) berättade:

”Det skulle vara trevligt att ha något intresse något att snöa in på, men jag har inte det. Jag målade en del innan men nu känner jag att det tar så mycket tid. Jag har så mycket plugg och det hänger över mig hela tiden och jag känner att jag måste läsa.”

En annan signifikant skillnad mellan grupperna var benägenheten att ägna sig åt njutningsfulla aktiviteter, där höggruppen ofta gjorde saker de tycker om medan låggruppen gjorde detta bara

ibland. De i höggruppen tycktes i högre grad prioritera aktiviteter som de tyckte om och talade om detta som en viktig motivator för att ägna sig åt en aktivitet. Låggruppen var däremot mindre benägen att ägna sig åt den typen av aktiviteter, särskilt under vissa perioder, såsom när de kände sig nedstämda.

På påståendet "Jag gör saker för att känna mig mindre stressad" svarade höggruppen att de ofta gjorde detta medan låggruppen enbart gjorde detta ibland, vilket var en signifikant skillnad mellan grupperna. Individerna i låggruppen uttryckte sina besvär mer utförligt än de i höggruppen, där höggruppen bara nämnde mer övergripande beskrivningar som negativa effekter och dåligt mående. Låggruppen gav mer verbaliserade beskrivningar, där ångest och irritabilitet var vanligt förekommande. Låggruppens strategi vid stress var ofta undvikande eller att försöka planera och strukturera. Denna grupp hade dock en tendens att reagera på stress med passivitet och en viss handfallenhet, då de inte riktigt visste hur de skulle hantera situationen och de medförande känslorna på ett konstruktivt vis. Sofia (L) om att försöka reglera sin stressnivå:

"Ibland försöker jag tänka att det tjänar ingenting till att stressa, för livet är ändå för kort för det. Men ofta gör jag nog ingenting, för jag vet nog inte riktigt vad jag ska göra. Jag kanske borde planera in mer egentid, men jag vet inte vad jag ska göra. Jag har aldrig riktigt tänkt på det."

Flera av dessa kvinnor tenderade även att somatisera, och fick magont och huvudvärk vid stress. De strategier för att minska stress som nämndes av de i höggruppen var bland annat avslappning och att söka socialt stöd. I höggruppen talade man även om ett behov av att strukturera, ändra tänkemönster, sänka kraven på sig själv samt att inte ta på sig för mycket ansvar och uppgifter för att förebygga stress. Ellinor (H) berättade om hur hon försökte minska sin stressnivå:

"Jag ser till att ha det mer strukturerat och att jag inte tar på mig för mycket, vilket jag gjorde tidigare och det gick inte. Jag har nog en benägenhet att ta på mig mer än vad jag klarar av, vilket jag försöker tänka på så att jag hamnar i det igen."

Tema 4: Självreglering. Temat berörde självreglering i relation till självomhändertagande, vilket bestod av sömn, balans mellan vila och aktivitet, beteende vid sjukdom, reaktioner vid

kriser och reglering av negativt laddade känslor. Grupperna skattade från ”ibland” till ”ofta” på dessa påståenden, se Tabell 10 och påstående 10, 11, 18 och 19.

Inom detta tema fanns det bara en signifikant skillnad mellan grupperna på SOT, vilket var att höggruppens kvinnor i högre grad strävade efter att få tillräcklig balans mellan vila och aktivitet. Båda grupperna skattade att de ibland ignorerade att de var sjuka trots att de var det. Detta innebar att de vid lättare förkylningar fortsatte mer eller mindre som vanligt. Vid närmare undersökande av detta påstående blev det dock tydligt att grupperna skilde sig mycket åt, vilket tas upp i kommande stycke om olikheter. En annan likhet som framkom var att båda grupperna hade för vana att ta semester och åka bort. Slutligen varierade hanteringen av negativt laddade känslor, då i synnerhet att känna sig nere, mellan olika situationer där strategier som att vara kvar i känslan till att andra gånger distrahera sig själv och istället ägna sig åt lustfyllda aktiviteter var de vanligast förekommande.

Enligt skattningen på SOT fanns det ingen signifikant skillnad mellan grupperna huruvida de sov tillräckligt mycket för att må bra. I intervjun framkom dock en rad olikheter grupperna emellan. Det visade sig att höggruppen i högre grad prioriterade att få de timmar sömn som de behövde och att de i högre grad unnade sig sovmorgnar på helgerna. De i låggruppen prioriterade annat framför sömnen och unnade sig mer sällan sovmorgnar. De i låggruppen vittnade om att de hade svårt att låta sig sova länge på morgnarna då de inte ansåg sig ha ro i kroppen och ställde även ofta klockan tidigare. I låggruppen pratade man även om sin sömn som starkt kopplad till det allmänna måendet och att kvalitén på sömnen skiljde sig åt i olika perioder där flera av kvinnorna upplevde sömnsvårigheter. Tove (L) berättar om sin sömn:

”Jag upplever att jag sover ganska bra just nu, men det går också i perioder. Jag vaknar ofta på nätterna men det går också i perioder. Så det hänger nog lite ihop med hur jag mår annars också.”

Kvinnorna i höggruppen skattade att de oftare strävade mot en bra balans mellan vila och aktivitet medan låggruppens kvinnor bara gjorde detta ibland, vilket även var en signifikant skillnad. Ett exempel på detta var att höggruppen höll fem dagars arbetsvecka medan de i låggruppen oftare hade sju dagars arbetsvecka. De i låggruppen tycktes ha ett underskott på vila

medan de i höggruppen tycktes ha hittat en bättre balans mellan vila och aktivitet. Höggruppen tycktes även vara mer uppmärksam och lyssnade i högre grad på kroppens trötthetssignaler än vad låggruppen gjorde, som hellre bara körde på. Låggruppen vilade ofta inte förrän de verkligen behövde det, då de redan var helt slutkörda.

Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna gällande hur ofta de gjorde saker för att må bättre när de kände sig nere. Höggruppen betonade i detta tema mer behovet av att söka socialt stöd, för att få ventilera sina känslor och få ett annat perspektiv på situationen. Kvinnorna i låggruppen ägnade sig i högre grad åt att själva analysera situationen, ofta bestående av en värdering av sig själva och sin roll i denna. Gällande känslan så väntades den i högre grad ut, att den skulle ge med sig av sig själv utan att kvinnorna agerade på den. Sofia (L) berättade vad hon gjorde när hon känner sig nere:

”När jag känner mig nere? Ja, det beror på hur nere man är, men jag brukar vara hemma, själv. Mm, ja, det är svårt, för det finns väl många olika typer av nere, och vissa av dem är väl lite svårare att ta tag i än ändra. Men jag brukar väl försöka tänka ut varför jag känner mig så. Om det nu är att jag typ har bråkat med någon eller om jag är bakis eller om det finns något skäl, sådär. Och om det finns ett skäl så brukar det ju finnas någonting man kan göra åt det. Om det inte finns något skäl så vet jag att det kommer att gå över.”

I: ”Om du känner så, att det här kommer att gå över, vad gör du under tiden då?”

”Vilar, och försöker tänka på mina mål och mina ideal och vem jag vill vara.

I: ”Är det någonting som brukar hjälpa dig?”

”Ja, det tycker jag. Annars är det så lätt att gräva ner sig och tycka synd om sig själv för ingenting alls.”

I båda grupperna nämndes sjukdom som exempel på en kris, där man i höggruppen framförallt sökte socialt stöd för att hantera situationen. Svaren i låggruppen handlade mer om beskrivningar om hur de skulle förhålla sig till det medförande inre spänningsläget. Deras strategi var att först befinna sig i de existerande känslorna varefter de sedan försökte distrahera sig från dessa, och då undvika dem, för att de inte skulle påverka dem.

Deltagarna tillfrågades hur de skulle reagera på beskedet att de hade fått diabetes. Generellt menade kvinnorna att de initialt skulle bli ledsna, men att de sedan hade sökt information om sjukdomen och efter ett tag hade de kunnat lägga om sina vanor och acceptera sin nya situation. I höggruppen sade kvinnorna att de först hade blivit chockade och stressade av beskedet, men att

de sedan hade sökt socialt stöd och försökt göra det bästa av situationen. Låggruppen skilde sig lite här, i det att de sade sig ändra vissa vanor men inte alla som egentligen hade krävts, samt att de skulle ge sig själva skulden för sjukdomen.

Scenariot att en kärleksrelation tog slut lades också fram under intervjuerna, varpå kvinnorna i båda grupperna menade att de i en sådan situation skulle umgås mer med vänner och söka socialt stöd. Ett par av deltagarna i höggruppen menade att de skulle bli ledsna och flytta in hos någon närstående under en period. De beskrev att de skulle låta sig vara ledsna ett tag, men att de sedan skulle försöka distrahera sig med saker de tyckte om och söka uppmärksamhet av andra. I låggruppen talade man snarare om att göra saker själv och att ersätta den avslutade relationen med en ny.

Enligt SOT fanns det ingen signifikant skillnad mellan grupperna i hur ofta de ignorerade att de kände sig sjuka även om de var det. I samtal om sjukdom sade sig kvinnorna i höggruppen ta bättre hand om sig och försöka ta det lugnt, ta ledigt och låta bli att träna några dagar. I låggruppen tycktes kvinnorna vara mer benägna att ignorera att de var sjuka och menade att det dåliga samvete som de fick av att säga nej gjorde att det blev svårt att ta ledigt. Låggruppen hade även en högre tröskel, de var sjukare innan de beslutade sig för att stanna hemma och vila, medan de i höggruppen sade sig ta ledigt i större utsträckning. Elise (L) berättade om vad hon gör när hon blir sjuk:

”Jag får så himla dåligt samvete om jag inte gör saker som jag har lovat även om jag är sjuk. Jag tänker att jag är bara förkyld, och gör det jag bestämt ändå.”

De i låggruppen såg även i mindre grad till att ta det lite lugnare efter att de hade varit sjuka. De gick snabbare tillbaka till sin normala aktivitetsnivå, vilket innebar att deras tillfrisknande ofta drog mer ut på tiden.

Tema 5: Egentid och social tid. Temat handlade om egentid och social tid i relation till självomhändertagande, bestående av kvinnornas upplevelse av att de hade tillräckligt med egentid och tid med andra. Kvinnorna i höggruppen skattade att de ”ofta” hade detta medan de i låggruppen menade att de bara hade detta ”ibland”, se Tabell 10 och påstående 12 och 13.

De likheter som identifierades mellan grupperna var att båda grupperna poängterade vikten av sociala relationer och strategin att söka socialt stöd när det var känslomässigt tungt, för att må bra. Det som även var gemensamt för kvinnorna var att de såg det som viktigt att finnas till och vara närvarande för andra, de menade att det var deras ansvar att se till att alla hade det bra. I samtal om egentid gav kvinnorna i båda grupperna samma konkreta exempel på vad de gjorde på sin egentid, vilket bestod av olika vardagsnära aktiviteter som att träna, spela piano, vara på sitt rum och läsa eller titta på tv, handla något fint till sig själv eller att gå och fika. Några kvinnor tog också upp möjligheten att då få tid att reflektera och rensa tankarna och tryckte på vikten av att tycka om att umgås med sig själv. Flera av kvinnorna önskade att de hade mer egentid.

En skillnad mellan grupperna var att de i höggruppen sade sig oftare ha tillräckligt med egentid medan de i låggruppen bara hade detta ibland, vilken även var en signifikant skillnad. De i höggruppen prioriterade detta i högre grad medan de i låggruppen inte gjorde detta. I låggruppen konkurrerades egentid ut av andra saker som ansågs viktigare, som studierna eller att prioritera andra framför att sig själva. De tog sig inte heller egentid förrän de verkligen behövde det och många önskade att de hade mer tid för sig själv. Ett tema som kom upp i relation till detta var svårigheten att säga nej till att andra i rädsla för att sår den andra samt det egna dåliga samvete som följde av ett nej. De menade att behovet av att vara själv inte var ett legitimt skäl för att säga nej. När de väl tog sig denna tid så upplevde de positiva effekter som känslan av ett inre lugn och njutning.

Kvinnorna i höggruppen hade lättare för att prioritera sina egna behov framför andras och såg även vikten av att göra detta för att må bra. I samtal om egentid var det även några i låggruppen som tyckte att de hade för mycket egentid då de inte lyckades skapa en god kvalitet på denna samt att de hade för lite social tid med andra. De önskade att de hade fler sociala kontakter och mer socialt umgänge och därmed en mer jämn balans mellan egentid och socialtid.

Höggruppen ansåg att de ofta hade tillräcklig tid att umgås med att andra medan de i låggruppen bara hade detta ibland, en skillnad som även var signifikant. Kvinnorna i höggruppen hade fler personer runt sig än de i låggruppen. De i låggruppen tycktes ha bristande socialt stöd och flera önskade att de hade fler personer omkring sig, eller hade någon djupare relation med någon. Kvinnorna i höggruppen sade sig ha två till tre närmare/djupare relationer och cirka 20-30

personer som de skulle kunna kontakta när som, för exempelvis en fika. I låggruppen saknade några helt en närmare/djupare relation medan andra sade sig ha en till två sådana, samt ett kontaktnät av vänner bestående av cirka 10 relationer. Sofia (L) berättade om hur många vänner hon har:

”Jaha, oj, det är inte så många, några få, men så är jag ju inte här ifrån så det är ju inte samma sak. Det är mer att jag har lite ytliga bekantskaper, eller inte ytlig, men jag har ingen sådan här nära direkt, någon kanske lite nära, men inte näranära, det har jag nog aldrig haft.”

Kvinnorna i höggruppen tyckts därmed ha en större förmåga att skapa och bibehålla relationer än de i låggruppen. I samtal om relationer nämnde kvinnorna i höggruppen oftare sina familjer, vilket de i låggruppen inte gjorde i samma utsträckning. De i höggruppen tycktes även i högre grad ha en bättre relation till sin familj där de hade större möjligheter att uttrycka sina behov, få emotionellt stöd och positiv spegling än de i låggruppen. De i höggruppen tog upp sociala relationer som en av de viktigaste bitarna i sitt självomhändertagande för att de skulle må bra, vilket de i låggruppen inte gjorde. Sanna (H) svarade på vad det ger henne att umgås med andra:

”Bekräftelse, av att andra tycker att jag är en bra person, och då mår man ju liksom, bättre i sig själv också. Och för det andra så är jag väldigt intresserad av andra människor. Vad de tänker, hur de tänker, om de tänker olika som jag gör och varför de gör på ett visst vis, så det är både och. Jag är liksom både intresserad av dem och av vad de tycker om mig.”

Tema 6: Självdestruktivt beteende. Temat handlade om självdestruktivt beteende, vilket inkluderade påståenden gällande tobak och alkoholvanor, där kvinnorna skattade från ”aldrig” till ”sällan”, se Tabell 10 och påstående 15 och 16.

Båda grupperna skattade att de sällan drack mer än nio glas alkohol per vecka (ett glas = 15 cl vin eller 33 cl starköl), och det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Båda grupperna såg drickandet som en del av sitt sociala liv och studentlivet och som tillhörande en period i deras liv. Nästan alla sa sig enbart dricka när det var fest på helgerna. Ett annat tydligt tema var att många försökte dra ner på sin alkoholkonsumtion då de ansåg att det lätt blev för mycket och att de dagen efter upplevde att de mådde fysiskt dåligt och kände sig nere. De som

uppgav att de försökte minska alkoholintaget tyckte sig även ha lyckats med detta. I samtal om alkoholvanor kom även ett annat genomgående tema upp. Kvinnorna menade att de ansåg sig göra så mycket annat som var bra för hälsan och tyckte att de därmed kunde kompromissa med alkoholen och unna sig det, trots en medvetenhet om konsekvenserna av alkoholbruk. Marta (H) berättade om anledningen till hennes alkoholbruk:

”Alltså, man vet ju att det inte är så bra och det är ju jättedåligt ifall man vill ha en bra träning och så där, så är det ju inte så bra för kroppen. Men samtidigt känner jag att i det här skedet av mitt liv så är det ändå en del av det sociala livet som jag prioriterar. För jag vet att jag liksom inte kommer att hålla på och festa minst en gång i veckan i hela mitt liv, men jag vet att det liksom inte är bra för mig, men samtidigt är det något som jag tycker är väldigt kul och väldigt socialt och det tycker jag är bra.”

Motiven till kvinnorna i höggruppens alkoholbruk var att de fann det kul och socialt att dricka. Det som var utmärkande i låggruppen var att alkoholen istället användes för att slappna av och dämpa stress, vilket inte nämndes i höggruppen.

Det fanns en signifikant skillnad mellan grupperna gällande hur frekvent de rökte alternativt snusade, där låggruppens kvinnor gjorde detta oftare än höggruppen. Det var dock bara en av de tio intervjupersonerna som rökte och denna person var i låggruppen. Många kvinnor visade en stor aversion mot nikotinbruk. Anledningen till att kvinnorna valt bort nikotin var att de inte förstod anledningen till varför de skulle utsätta sig för detta då det var skadligt för kroppen och på grund av vetskapen om att det ledde till ett beroende. Egna erfarenheter i familjen, uppfostran och att det upplevdes som äckligt angavs även som orsaker till detta beslut.

Kvinnorna tillfrågades även om de gjorde något som de visste inte var bra för dem, där nästan alla deltagare nämnde att de dricker för mycket alkohol. Det som var intressant var att många kvinnor hade svårt att ge fler svar på denna fråga trots att flera områden hade identifierats och berörts i intervjun. Det framkom tre olika teman i höggruppen gällande saker som de gjorde som de visste inte var bra för dem, vilket var att de drack för stora mängder alkohol, åt för mycket godis och hade svårt att säga nej till att andra. Låggruppen gav en större variation i sina svar, där alkohol, rökning, för lite sömn, ingen motion och att gå hem själv från bussen när det är mörkt dök upp som teman. De teman som kom upp i båda grupperna var områden som tidigare hade berörts i intervjun. Ariana (L) svarade på frågan om hon ägnade sig åt något som hon vet inte är bra för henne:

”Förutom att röka och dricka lite för mycket, kanske... nej, eller ja, jag motionerar inte och så kanske jag sover lite för lite (skrattar till). Nej, jag vet inte...”

Intervjuledarnas observationer. Författarnas intryck av deltagarna i låggruppen var att de uppvisade en mer hjälpsökande attityd alternativt ett mer ångestpräglat förhållningssätt till situationen. De med en hjälpsökande attityd uppvisade ett tyngre stämningsslag i intervjun, där det var tydligt hur de kämpade med att försöka förstå sig på och hantera sig själva och sin situation. De ångestpräglade i låggruppen var motorisk oroliga, pratade snabbt och i ett högre tonläge. Majoriteten av deltagarna i höggruppen upplevdes mer avslappnade och balanserade i relation till intervjusituationen, till det de berättade och till sitt stämningsslag.

Kvinnornas reflektionsförmåga gällande sitt självomhändertagande skiljde sig mycket åt och utmärkande drag mellan grupperna kunde skönjas. Vid frågor svarade vissa av deltagarna mer beskrivande om hur det var medan andra reflekterade mer och analyserade sin situation. Ett gemensamt drag var att de personer som hade stött på större negativa livshändelser, och behövt omvärdera och öka sitt självomhändertagande, gav mer reflekterande svar. De individer som inte hade hamnat i situationer där deras självomhändertagande starkt hade utmanats uppvisade inte heller samma reflektionsförmåga gällande sitt självomhändertagande. De individerna visade istället på en oproblematisk självkänsla och hade med sig en mer funktionell grund för sitt självomhändertagande. Det fanns också de individer som hade stött på en större negativ livshändelse relativt nyligen och därmed inte hade anpassat sitt självomhändertagande efter den nya situationen som de befann sig i.

Det som var anmärkningsvärt var att flera av deltagarna i framförallt låggruppen tycktes ha en dålig kontakt med sin ilska och aggressivitet. De individerna gav uttryck för en intensiv önskan att bli omtyckta av andra, vilket de tycktes försöka uppnå genom att vara en duktig flicka, då genom att prestera bra i skolan, ständigt vara glad och trevlig samt ställa upp för andra. Detta förhållningssätt upplevdes ge lite utrymme för att hävda sina egentliga behov och ge uttryck för sin ilska.

Det blev tydligt i intervjusituationen hur dömande vissa av kvinnorna var mot sig själva, som när de inte kunde nå upp till deras högt ställda krav på sig själva, som gällande att sätta upp och nå sina uppsatta kortsiktiga mål. Det blev tydligt hur oändligt höga krav de ställde på sig själva i

praktisk taget alla områden i livet och vilken hård attityd de hade mot sig själva i sin strävan att förverkliga och leva upp till dessa.

Hinder och främjare för ett gott självomhändertagande. Studien ämnade även utforska vad som hindrande kvinnorna i sitt självomhändertagande samt vad som kunde underlätta eller främja ett gott självomhändertagande. De teman som identifierades i analysen presenteras nedan:

Hinder för ett gott självomhändertagande

- Nedvärdera sig själv
- Låg medvetenhet om sitt självomhändertagande
- Bristfällig prioritering av självomhändertagande
- Bristfällig kunskap om långsiktiga konsekvenser av olika beteenden och förhållningssätt
- Höga krav på sig själv
- Svårigheter att säga nej och värna om sina gränser
- Svårigheter att ta ansvar för sitt eget mående
- Hård och sträng attityd mot sig själv
- Högre grad av alexitymi
- Skuld i att prioritera sig själv framför andra
- Känslan väger över tanken, snabba belöningar
- Svårigheter att ändra vanor
- Tidsbrist
- Energibrist
- Nedstämdhet och kris
- Samhälleliga normer

Främjare för ett gott självomhändertagande

- Tycka om sig själv
- Reflektion över sitt självomhändertagande
- Hög ansvars känsla över sitt eget mående
- Balans mellan tänkande och görande
- Lägre grad av alexitymi
- Lust
- Tidigare omvärdering av sitt självomhändertagande
- Goda sociala relationer
- Prioritering av sitt eget mående

De vanligaste hinder som kvinnorna i båda grupperna upplevde var bristande förutsättningar för att ta hand om sig, där kvinnorna nämnde otillräcklig självkänedom, otillräcklig kunskap om långsiktiga konsekvenser av olika beteenden, tidsbrist, energibrist, samhälleliga normer samt en bristande medvetenhet om sitt eget självomhändertagande.

Andra hinder som identifierades var att ställa höga krav på sig själv, dålig självkänsla, svårigheter att säga nej till andra, att känna skuld i att prioritera sig själv framför andra, en bristande prioritering av självomhändertagande, en hård och sträng attityd mot sig själv, svårigheter att ta ansvar för sitt eget välmående samt nedstämdhet och kriser.

Även problem med att ändra ett bristfälligt självomhändertagande togs upp av deltagarna, där svårigheter att ändra väletablerade rutiner och vanor, i kombination med svårigheter att bortse från den omedelbara belöningen som att stanna på soffan en regnig dag istället för att gå och träna gav.

Avslutningsvis visade denna studie att en högre grad av alexitymi var hindrande för ett gott självomhändertagande.

Det som sågs främja ett gott självomhändertagande var bland annat en god självkänsla. Kvinnorna i höggruppen menade att att tycka om sig själva var en viktig grund och motivator för ett gott självomhändertagande. Några kvinnor talade även om att tidigare erfarenheter, av hur man blivit omhändertagen som liten och därmed känslan av värdet av en själv, tycks ha betydelse för självomhändertagandet i vuxen ålder.

Betydelsen av nära relationer var ett annat område som flera kvinnor nämnde. De menade att goda relationer var en av de viktigaste bitarna för att de skulle må bra. Kvinnorna tog likaså upp självkännedomens betydelse, att veta vad de behövde i olika situationer, för att kunna ta väl hand om sig och där en lägre grad av alexitymi tycks var främjande. Emotionen lust tycks även vara intimt kopplad till självomhändertagande och en närvaro av denna känsla verkade främjande medan då frånvaro av denna var hindrande.

Avslutningsvis identifierades en hög ansvarskänsla för sitt eget mående och en hög prioritering av sitt mående som främjare för gott självomhändertagande. Likaledes var en jämn balans mellan tanke och handling underlättande för ett bra omhändertagande, där att reflektera över sitt självomhändertagande tycktes vara betydelsefullt och där en tidigare omvärdering av sitt självomhändertagande tycktes verka främjande.

Diskussion

Enligt skattning på SOT har de 123 undersökta kvinnorna ett gott självomhändertagande på gruppnivå, då kvinnorna skattar från 69 till 120 poäng på skalan 28-140. Då den lägsta poängen i denna grupp är 69, visar SOT på att de alla är relativt välfungerande; de utbildar sig, engagerar sig i olika aktiviteter, har sociala relationer och tar hand om sig på ett gott vis. Detta resultat att kvinnorna har en hög poäng på SOT och därmed ett relativt högt självomhändertagande var väntat då gruppen tillhör en normalpopulation.

Kvinnornas självomhändertagande skiljer sig dock åt då det finns statistiskt signifikanta skillnader mellan de kvinnor som skattade högst respektive lägst på SOT ($p < 0,05$). Kvinnorna i höggruppen utför oftare olika självomhändertagandeaktiviteter än de i låggruppen. En tydlig skillnad som både identifieras statistiskt och i analysen av intervjun är hur ofta kvinnorna utför njutningsfulla aktiviteter, så som intressen/hobbies och att göra saker som de tycker om. Kvinnorna i höggruppen prioriterar detta och gör detta ofta medan låggruppen gör detta betydligt mer sällan. Även betydelsen av goda sociala relationer, att tycka om sig själv, att kunna sätta gränser samt att ha egentid och bara få vara är viktiga bitar i ett gott självomhändertagande. Det som ofta kom på tal hos kvinnorna med ett högt självomhändertagande var vikten av att låta sina egna behov styra prioriteringen i vardagen. Dessa kvinnor upplevs vara mer grundade i sig själva och har därmed även möjlighet att lättare att prioritera sig själva och sitt eget välmående. Det område som båda grupperna ger mest uppmärksamhet i sina liv är det fysiska omhändertagandet, där träning och matvanor är områden som prioriteras i självomhändertagandet.

En intressant skillnad mellan hög- och låggruppen som först kommer fram i intervjuerna är att de i låggruppen visar tecken på en lägre livskvalité än de i höggruppen. Det visar sig bland annat i att de upplevs av författarna som mer ångestpräglade och i ett tyngre stämningsläge. De i låggruppen tycks kämpa mer med sitt självomhändertagande, de fortsätter med beteenden och tankesätt som de intellektuellt sett vet inte är konstruktiva eller hälsosamma, men de har svårt för att bryta upp från invanda mönster. Denna grupp förhåller sig mer emotionellt till sitt självomhändertagande, de är mer upptagna av, reflekterar mer över och är mer emotionellt investerade i sitt sätt att ta hand om sig. De i höggruppen tycks i många fall ha ett mer oproblematiskt förhållande till sitt självomhändertagande, där de bibehåller ett gott

självomhändertagande över olika situationer. De har istället ett mer instrumentellt förhållningsätt där de snarare rapporterar hur de tar hand om sig än reflekterar djupare kring det.

Man kan tänka sig att ett gott självomhändertagande kräver en balans mellan de olika faktorerna. Det räcker därmed inte att enbart ha ett gott fysiskt omhändertagande, utan att alla faktorer behöver ingå. Det tycks vara en bärande poäng i begreppet självomhändertagande, att det krävs en kombination av de olika aspekterna för att må bra. Det räcker exempelvis inte med att ha tillräckligt med egentid och tid med andra för att må bra, utan en balans med övriga delar av självomhändertagande behövs. En liknelse kan göras vid tallriksmodellen, där det inte räcker med att enbart äta potatis för att må bra. För att må bra krävs det att man äter allsidigt för att få alla näringsämnen man behöver och därmed äta av alla delar av modellen. Det kan tänkas att det på liknande vis förhåller sig med självomhändertagande.

Vidare tycks det som att självomhändertagande handlar om en närvaro av positiva aktiviteter, inte en frånvaro av negativa. För att förbättra sitt självomhändertagande skulle detta innebära att man fokuserade på att göra mer av de positiva aktiviteterna än färre av de negativa. Därmed inte sagt att negativa aktiviteter inte är väsentliga i sammanhanget, men att fokus snarare borde ligga på att öka de positiva aktiviteterna. Detta är enbart författarnas hypotes och bör därmed utforskas vidare i kommande studier.

Det som tycks hindra kvinnornas självomhändertagande var höga krav på sig själv, svårigheter att säga nej, en sträng attityd mot sig själv och bristfällig prioritering av sitt eget mående. Det som tycktes främja självomhändertagandet var goda sociala relationer, att tycka om sig själv och lust. Dessa är de identifierade faktorer som tydligast påverkade självomhändertagandet hos kvinnorna, men sannolikt finns det betydligt fler hinder och främjare än vad denna studie har kunnat identifiera. Detta är ett betydelsefullt område och förtjänar en egen studie, då det ger viktig information om kontexten runt självomhändertagandet och därmed om självomhändertagandet i sig.

Studien visar att det som även påverkar kvinnornas självomhändertagande är graden av alexitymi. Det finns en signifikant negativ korrelation mellan deltagarnas poäng på SOT och deras poäng på TAS-20 ($r = -0,517$, $p = 0,000$), vilket stämmer med författarnas förväntningar. Detta går även i linje med Krystal (1998) då han menar att individer som har svårigheter att

identifiera känslor kan heller inte tolka de signaler som dessa känslor utgör, vilket leder till ett sämre self-care (Krystal, 1988). Somatisering uppmärksammas som vanligt förekommande bland individer med alexitymi (Rydén och Stenström, 2008; Bailey & Henry, 2007) och de kvinnor som i föreliggande studie har en tendens att somatisera vid stress tillhör alla låggruppen.

Medelvärde för TAS-20 ($M = 48,30$, $SD = 9,53$) och som deltagarna i studien speglar det faktum att stickprovet är taget ur en normalpopulation. När det exempelvis gäller prevalensen av alexitymi i normalbefolkningen visar en finsk studie på en prevalens av 7,6 % hos ungdomar (Joukamaa et al., 2006), medan en tysk studie visar en prevalens på 11 % hos män och 8,9 % hos kvinnor (Braehler et al., 2008). I föreliggande studie kan man se en prevalens på 10 %, vilket alltså ligger i linje med förekomsten av alexitymi i normalpopulationen.

Detta faktum får utslag även på resultaten av SOT, där man kan anta att en klinisk grupp hade uppvisat ett betydligt lägre medelvärde på samma skala. Av denna anledning kan ingen absolut cutoff-gräns sättas för vilka deltagare som räknas till gruppen med gott självomhändertagande respektive dem som räknas till gruppen med bristande självomhändertagande, då föreliggande grupp inte kan vara representativ för hela normalpopulationen. Att författarna valde deltagarna med lägst respektive högst poäng på skalan blir en följd av detta förhållande, då man bara kan uttala sig om nivån på deltagarnas självomhändertagande i relation till resten av stickprovet, istället för i enlighet med en sedan tidigare satt cutoff-gräns.

Självomhändertagande

Självomhändertagande är ett begrepp som inte tycks vara mycket utforskat; det har i alla fall varit svårt att hitta någon forskning på området. Däremot är det ett begrepp som förekommer och används i praktiken, vilket bland annat en google-sökning kan vittna om. Definitionen av detta begrepp har dock inte funnits av författarna. Då området är ringa utforskat är denna studie alltså väl befogad och viktig.

Det engelska begrepp som närmast motsvarar självomhändertagande är self-care. Det finns en del forskning om self-care, framförallt i relation till diabetes (Cull et al., 2006; Nouwen et al., 2000; Heine et al., 1996), hjärtsjukdomar (Cameron et al., 2009; Amey et al., 2005) och stroke (Evans et al., 2009), men även i relation till depression (Vidler, 2005) och kriser (Aten et al., 2008), behandlare (Harrison et al., 2009; Mahoney, 1997; Radey et al., 2007) samt studenter

(Jennings, 2009; Barnett et. al., 2009). Diabetesforskningen fokuserar på self-care i relation till hur patienten sköter sin diabetes, gällande rutiner för mat, blodsockerkontroll och dosering av insulin (Cull et. al., 2006; Nouwen et al., 2000; Heine et al., 1996). En studie som undersöker studenters self-care lyfter fram att underlätta och undvika stressande situationer, äta hälsosamt, sova, etablera stödjande relationer, be om hjälp och skapa mening av sina erfarenheter (Jennings, 2009).

Definitionen av self-care i dessa studier varierar mycket. Self-care-begreppets gränser tycks vara elastiska och författarna använder det på lite olika vis. Detta skulle möjligen kunna förstås utifrån att praktisk taget all forskning utgår ifrån Orem's definition av self-care, det omhändertagandet man ger sig själv för att behålla och förbättra liv och hälsa (Orem, 1991), som är en väldigt generell och bred definition. Detta öppnar upp möjligheten att använda begreppet med olika perspektiv i fokus, vilket innebär en stor pragmatism, men med låg begreppsvaliditet som följd.

Större delen av den forskning som bedrivits på begreppet self-care är inom den somatiska vården (Cull et. al., 2006; Nouwen et al., 2000; Heine et al., 1996; Cameron et al., 2009; Amey et. al., 2005; Evans et. al., 2009), men på senare tid har man även börjat använda begreppet self-care inom psykologin (Aten et al., 2008; Harrison et. al., 2009; Mahoney, 1997; Radey et. al., 2007; Jennings, 2009; Barnett et. al., 2009). Då författarna anser att det är en intressant utveckling ämnar denna studie bidra till ett fortsatt utforskande av området.

Författarnas initiala definition av självomhändertagande var hur man tar hand om sig själv i vardagen, i utmanande situationer, i ett framtidsperspektiv samt i ett självbildsperspektiv. Författarna diskuterar dock en eventuell revidering av definitionen. De ställer sig tveksamma till om självomhändertagande i ett framtidsperspektiv egentligen har med självomhändertagande att göra. Vad har exempelvis graden av självförverkligande för relevans för självomhändertagande? Har man ett bättre självomhändertagande då man strävar efter att förverkliga sig själv ofta istället för sällan? Om man sätter upp målet att bli konsertpianist och alltid strävar efter att nå detta mål, har man ett bättre självomhändertagande än om man inte har något uppsatt mål? Detta kan klart ifrågasättas. I resultatet av enkäten uppkom svårigheten att identifiera ett övergripande tema av de påståenden som faktoranalysen grupperat som den tredje faktorn. Den tredje faktorn innehöll alla påståenden utom ett som hade ingått i den ursprungliga komponenten, självomhändertagande

i ett framtidsperspektiv. Författarna hade svårigheter att identifiera ett sammanhängande tema, vilket skulle kunna indikera en brist i inkluderandet av påståenden, där vissa av dem inte tycktes passa in eller vara väsentliga i sammanhanget.

Den aktuella komponenten skiljer sig även från de resterande tre, som snarare ser till något mer vardagsnära och vardagligt istället för något som ligger i framtiden, och därmed intar ett annat perspektiv. Författarna menar att huruvida självomhändertagande i ett framtidsperspektiv borde inkluderas i begreppet i stort kommer att få avgöras i framtida studier av begreppet. Däremot behålls de resterande tre komponenterna, självomhändertagande i vardagen, i utmanande situationer och i ett självbildsperspektiv, då de fortfarande ses som väsentliga i sammanhanget. De överensstämmer även väl med faktorerna från faktoranalysen, då bara påståendena grupperade sig på ett annat vis än vad författarna gjort, men de övergripande temana är mycket snarlika. Detta kan dock kritiseras då författarnas förförståelse möjligen påverkade dem att identifiera de teman som fanns med i den ursprungliga definitionen av självomhändertagande. En annan person skulle möjligen identifiera andra mönster och teman.

Ett område som inte inkluderas i begreppet är förmågan att skapa mening av sina erfarenheter som Jennings (2009) samt Harrison och Westwood (2009) menade var en viktig komponent i self-care. Denna aspekt kan även vara av vikt för att ha ett gott självomhändertagande.

Något som antogs vara korrelerat till självomhändertagande var allmänt välmående, trots att det sambandet inte undersöktes i studien. Man hade med fördel kunnat undersöka om den korrelationen faktiskt förelåg eller om det bara var ett utslag av författarnas förförståelse.

Författarnas definition av självomhändertagande innebär även att det är svårt att göra en klar distinktion från närliggande begrepp som exempelvis self-care, self-regulation, self-management och coping. Dessa begrepp tycks snarare vara en ingrediens i självomhändertagande. Man skulle därmed kunna se självomhändertagande som ett paraplybegrepp där en rad olika begrepp finns med.

Metod

En av de största styrkorna med studien är att den inbegriper såväl kvalitativa som kvantitativa inslag. Detta ansågs av författarna vara nödvändigt för att kunna besvara de uppsatta frågeställningarna, även ifall detta inte generellt är att rekommendera då det ger upphov till vissa

metodologiska svårigheter. Samtidigt berikar det de båda perspektiven varandra och ger ett djupare och mer nyanserat resultat.

Definition av begreppet. Då det inte finns någon definition av begreppet konstruerade författarna en egen definition av självomhändertagande. Att konstruera och definiera ett begrepp är ett mycket omfattande arbete, som inte till fullo kan göras inom tidsramen för en examensuppsats. Då författarna var intresserade av att studera självomhändertagande var det dock ofrånkomligt att definiera begreppet, vilket därmed gjordes. Arbetet med att definiera begreppet kan kritiseras då det vetenskapliga tillvägagångssättet var bristfälligt och ingen förstudie kunde göras. Författarna förhöll sig alltså till dilemmat genom att sätta upp en provisorisk definition och göra en empirisk studie utifrån denna, för att på så vis få kunskap om självomhändertagande.

Nästa problem är att definitionen av självomhändertagande är så inkluderande, vilket leder till att studien blir oerhört omfattande. Studien skulle med fördel kunna avgränsas, men då författarna var intresserade att få en helhetsbild av hur kvinnorna tar hand om sig och då begreppet i sig per definition är omfattande, studeras alla definierade komponenter av begreppet.

Enkäten. En kritik som kan riktas mot studien är om SOT verkligen mäter självomhändertagande. Detta då författarna på svaga grunder definierat begreppet och därefter konstruerat formuläret. Därmed är inte formuläret utprovat och validerat. Men då det inte existerar något instrument faller valet naturligt på att utforma ett eget.

Formuläret är konstruerat så att användaren anger hur ofta denne utför olika aktiviteter där svarsalternativen är aldrig, sällan, ibland, ofta och alltid. I och med detta menar författarna att om användaren utför det aktuella påståendet alltid (med undantag för påstående 3, 15, 16, 19 och 23 som är omvända) så anses detta tyda på ett gott självomhändertagande. Men vad säger det egentligen om självomhändertagande? Mäter formuläret självomhändertagande eller hur ofta de utför olika aktiviteter?

Gällande skattningen på de olika skalorna kan man som alltid vid självskattning fråga sig hur sanningsenligt deltagarna svarade. För att minska påverkan av detta bads kvinnorna vid skattningen att svara i enlighet med hur det faktiskt förhåller sig och inte hur de önskar att det

var. Då deltagarna även blev inbjudna att delta i en intervju kan social önskvärdhet ha påverkat skattningen, då deltagarna kan tänkas ha skattat högre än de annars skulle ha gjort.

En komplicerande faktor är hur deltagarna tolkar skattningsalternativen; hur många gånger ”ibland” eller ”ofta” bedöms vara. Detta innebär en väldigt subjektiv tolkning, och skalan kan därmed ha använts olika av deltagarna, vilken i sin tur påverkar resultatet. Men då detta ansågs vara det bästa alternativet och då liknande skalor är vanligt förekommande inom forskning så ansågs detta val vara befogat. Tanken med formuläret är att få en mer generell överblick och en ungefärlig nivå på hur gott en individs självomhändertagande är.

Denna studie har inte definierat någon cutoff-poäng på SOT. Med hjälp av en mer omfattande datainsamling hade en cutoff-poäng kunnat fastslås för vad som räknas som gott respektive bristande självomhändertagande. Då SOT är ett nyutvecklat instrument har ingen validering av testet gjorts än. Utifrån resultatet i studien kan egentligen inga absolut säkra slutsatser dras då testets validitet inte har fastslagits. Ingen sådan gräns kan sättas enbart utifrån de data som föreliggande studie erbjuder, eftersom man i det stickprovet endast inkluderar en normalpopulation. Den eventuella gräns som skulle sättas utifrån det materialet skulle då bli alltför sträng och skulle inte kunna appliceras med fördel på kliniska grupper. Då det inte existerar någon cutoff-poäng väljs av pragmatiska skäl de deltagare som skattat högst respektive lägst på SOT ut till intervjun, varefter statistiska beräkningar görs för att säkerställa att det faktiskt finns en statistisk signifikant skillnad mellan grupperna, vilket det också gör ($p = 0,0001$).

Den kritik som har riktats mot TAS-20 är att intelligens har en negativ korrelation med alexitymi (Bagby et al., 1988), vilket innebär att en lägre IQ generellt sett samvarierar med en lägre poäng på TAS. Argumentet att TAS endast mäter tre av fem möjliga aspekter av alexitymi har också framförts, där det nyare formuläret BVAQ (Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire) framhålls som ett bättre alternativ (Bailey & Henry, 2007). Anledningen till att detta formulär inte användes i den föreliggande studien är att det ännu inte finns i svensk översättning.

Det förekommer även en debatt om huruvida den cutoff-poäng som är satt till TAS-20 är alltför restriktiv, där kritiker menar att man sätter för höga gränser för vad som räknas som alexitymi (Bagby, Parker, & Taylor, 1994).

En nackdel med den version av TAS-20 som användes i föreliggande studie är att det är en översättning från 1998 (Bagby et al., 2000) och har ett språk som kan upplevas lite ålderdomligt och obekant för dagens studenter. Försök gjordes att hitta nyare översättningar, men ingen sådan påträffades.

Ett annat problem med enkäten i stort är bortfallet. Den låga svarsfrekvensen på 32,63 % som enkäten fick kan förstås med anledning av att den skickades ut via studentmail, där denna studie blir en av många som söker deltagare. Sannolikt påverkade också att enkäten skickades ut via massmail, där deltagaren inte fick någon personlig relation till intervjuledarna, utan bara blev en i gruppen, vilket alltså även kan ha påverkat svarsfrekvensen negativt. Även tidpunkten då detta skickades ut, under sportlovsveckan, kan ha haft en negativ inverkan på svarsfrekvensen.

Förklaringen till att 139 kvinnor svarade på enkäten kan dels ligga i att de är i början av sin utbildning och har ett sug efter att lära sig, tillsammans med att detta område utgör ett populärt och aktuellt fält.

Den grupp som har lägst svarsfrekvens är socionomutbildningen. En förklaring till detta är att de inte fick en påminnelse om att svara på enkäten, vilka de andra utbildningarna fick. Detta med anledning av att rutinerna kring att skicka ut material till dessa studenter ändrades, vilket författarna inte kunde påverka.

Av de svarande fanns 16 fall där en till tre frågor inte besvarats, vilka har uteslutits ur studien. Detta har antagligen inte så stor betydelse för resultatet då de är så få och att deras resultat inte heller skiljer sig markant från det medelvärde som har uppmätts för de två testen. Fem kvinnor hade inte svarat på frågan om de går eller har gått i terapi. Deras resultat har ändå räknats in i studien, då detta inte påverkar resultatet på de två skalorna. Det har inte gjorts någon bortfallsanalys. En sådan analys skulle ha kunnat ge värdefull information, men det fanns beklagligt nog inga möjligheter att göra en sådan, då resurser saknades. Om alla hade svarat kan naturligtvis resultatet ha blivit annorlunda.

Intervjun. Författarnas val att använda en semistrukturerad intervju (Kvale, 1997) var att denna datainsamlingsmetod ansågs adekvat för att besvara de uppsatta frågeställningarna. Intervjuns grundstomme bestod av fördjupande frågor av påståendena i SOT, vilket kan

kritiseras då denna intervju blir relativt strikt. Då studien ämnar vara explorativ och att undersöka hur kvinnorna tar hand om sig skulle en mer ostrukturerad intervjuform med fördel kunna tillämpas. Men då huvudfokus för denna studie inte främst var att definiera begreppet självomhändertagande utan att undersöka självomhändertagande som definierats i SOT blir därmed valet att använda en semistrukturerad intervju befogat. Att använda en semistrukturerad intervju var också att föredra då strukturen underlättar en jämförelse av grupperna.

Ett problem som dök upp under urvalet inför intervjun var att proportionellt flera av de deltagare som tillhörde låggruppen avböjde att delta eller valde att inte bli kontaktade för intervjun. Detta förhållande kan ses i att 21 deltagare från låggruppen erbjöds att delta i intervjun, av vilka enbart fyra tackade ja. Samma siffror för höggruppen var nio tillfrågade, varav sex valde att delta. Genomgående kunde författarna märka en betydligt större motvillighet mot att delta i intervjun i låggruppen jämfört med i höggruppen. En möjlig tolkning av denna omständighet kan vara att de deltagare som under ifyllandet av enkäten kunde märka av sina svar att resultatet skulle få en negativ vridning var mindre benägna att ställa upp på en fördjupande intervju av de frågor som togs upp i enkäten.

Vad som försvårar jämförelserna av grupperna och individerna är det ojämna antal intervjuer som genomfördes, där sex av de intervjuade tillhörde höggruppen och fyra tillhörde låggruppen. Det faktum att intervjuerna skiljer sig markant åt i längd komplicerar även de jämförelser som görs, eftersom längden varierade från 45 minuter till två timmar. De intervjuer som pågick under två timmar blev därmed mer utförliga och deltagarna fick där chansen att utveckla sina svar mer. Beslutet togs ändå att inkludera alla intervjuer som gjorts utan att göra någon åtskillnad baserat på längden av intervjun, eftersom samtliga intervjuer innehöll frågor från var och en av de faktorer som tagits fram (tema 1-6). Detta faktum tillät en jämförelse mellan individerna oavsett intervjulängd.

En tanke som författarna hade var att låta intervjudeltagaren läsa igenom transkriberingen av sin intervju för att få nya kommentarer och därmed ny information. Detta var tyvärr inte genomförbart då tiden var knapp, men det hade varit en intressant källa till vidare information.

Vid tolkning av de observationer som gjordes under intervjuerna kan kritik riktas mot att intervjudeltagarna hade kännedom om intervjudeltagarnas poäng på SOT, alltså om kvinnorna

tillhörde låg- eller höggruppen. Denna vetenskap kan därmed ha färgat observationerna, i synnerhet eftersom metoden i sig medför påverkan av subjektivitet och observatörens förförståelse. Observationerna användes med detta i åtanke som ett sätt att få ytterligare information från intervjuerna, för att möjligen få en djupare bild av kvinnorna och då i synnerhet deras självomhändertagande. Då studien intar en explorativ ansats kan denna metod även vara en väg att få fler uppslag för vidare forskning, snarare än att man ska kunna dra några slutsatser utifrån datan.

Databearbetning. Det som kan kritiseras gällande databearbetningen är att subjektivitet blandas in i kvantitativa metoder. Framst avses då faktoranalysen, där en subjektiv tolkning och benämning av de grupper som identifierades gjordes. Författarnas förförståelse påverkade hur faktorerna kom att identifieras och presenteras. För att minska den subjektiva påverkan skulle man kunna låta en tredje part namnge faktorerna.

Samma svårighet finns även med i den tematiska analysen. Teman är inget som träder fram av sig självt utan de skapas av författarna och deras förförståelse (Patel & Tibelius, 1987). Detta innebär att andra författare möjligen skulle ha identifierat andra teman. Även den möjlighet och flexibilitet som metoden har då det saknas generella överenskommelser av genomförandet av metoden kan kritiseras. Men då metoden anses vara väl tillämpbar av unga forskare och svarade väl mot studiens syfte är detta tillvägagångssätt motiverat.

Avslutande metoddiskussion. Syftet med studien är att undersöka hur kvinnliga studenter inom vårdrelaterade utbildningar tar hand om sig. Författarna har skapat sin egen definition av självomhändertagande och sedan utgått ifrån denna och gjort en empirisk studie för att undersöka graden av det definierade begreppet i en studentpopulation. Författarna intar en explorativ ansats och ser denna studie som ett förarbete till att bedriva vidare studier på området. Man kan därmed ifrågasätta om denna övergripande metod kan anses berättigad, då självomhändertagande är ett relativt utforskat område i nuläget. Studien skulle med fördel kunna ha avgränsats då den gör anspråk på att utforska ett odefinierat begrepp samt konstruera ett nytt instrument för att kunna mäta förekomsten av detta begrepp. Detta resulterar i att denna studie blir väldigt omfattande

med vissa vetenskapliga brister som följd, vilka tidigare har behandlats. Det blir oundvikligt att redovisningen blir relativt sett ytlig då det inte finns något utrymme för mer djuplodande beskrivningar av enskilda aspekter av begreppet. Exempelvis har författarna inte möjlighet att gå djupare in på förhållandet mellan alexitymi och självomhändertagande eller hur självkänsla påverkar självomhändertagandet, eftersom det inte ryms inom ramarna för studien. Författarna menar ändå att denna metod ger ett omfattande underlag och intressanta uppslag för att utforska området vidare.

Generaliseringsanspråk

Eftersom inget randomiserat urval har gjorts i studien kan inga generaliseringar av resultaten göras till populationen i stort. Inga prediktioner eller orsakssamband är möjliga att göra utifrån denna studie. De slutsatser som dras utifrån resultaten bör därför tolkas med försiktighet. Då studien är explorativ syftar den inte heller till att ta fram generaliserbar information (Patel & Tibelius, 1987).

Etiska överväganden

Under arbetets gång har etiska ställningstaganden varit närvarande och kontinuerligt diskuterats utifrån de etiska principer för Psykologer i Norden som antogs av Sveriges Psykologförbunds kongress 1998.

Något som intervjuledarna blev varse under intervjuernas gång var den öppenhet som flera av deltagarna bidrog med. Det faktum att intervjuledarna presenterade sig som psykologstudenter kan ha påverkat kvinnornas benägenhet att anförtro sig, vilket stöds av de detaljerade och i viss mån utlämnande berättelser som framkom i intervjuerna.

I vissa fall blev deltagarna uppmärksamma på brister i sitt självomhändertagande och en större medvetenhet om deras svårigheter och dåliga mående kunde märkas under intervjuerna. En risk i det här sammanhanget är att deltagarna öppnar upp och blir varse sina svårigheter, i vilket fall syftet med den här studien blir en komplicerande faktor. Syftet är här inte att erbjuda deltagarna någon behandling och ingen hjälp eller stöd kan ges utöver den som kan erbjudas inom ramen för intervjun.

Intervjuledarna var noga med att ange syftet för intervjun och att förklara för de intervjudeltagarna att de inte behövde svara på frågor som de inte kände sig bekväma med. Att fokus för intervjun var självomhändertagande, som i grunden är ett positivt fenomen, kan också ses som ett sätt att försäkra sig om en mer positiv vinkling av samtalet. Intervjuledarna var måna om att inte avsluta intervjuerna med negativt betonade frågor och deltagarna erbjöds kontakta intervjuledarna med eventuella frågor som kunde dyka upp efter intervjun.

De här omständigheterna gör att författarna kan sluta sig till att intervjuerna med liten sannolikhet har gjort någon skada. Flera av intervjudeltagarna visade istället sin uppskattning av studien och upplevde att det var givande att samtala om hur de tar hand om sig.

Vidare forskning och praktisk tillämpning

Framtida forskning bör ägnas åt att definiera begreppet självomhändertagande. Denna studie har gjort en första ansats till en sådan definition, men denna måste undersökas vidare och valideras då föreliggande studie främst är en introduktion till området.

Denna explorativa studie har även genererat en rad intressant frågor för framtida studier av självomhändertagande. Det som hade varit intressant att undersöka är förhållandet mellan självomhändertagande och möjliga relaterade begrepp såsom self-care, alexitymi, somatisering, välmående, självkänsla, anknytning, livstillfredsställelse, depression, ångest, locus of control och self-efficacy. Det hade även varit givande att i kommande studier inkludera personlighetsbedömningar samt att kontrollera för psykisk belastning och fysisk hälsa.

Vidare forskning bör även undersöka begreppet i relation till andra grupper, såsom män, mer varierade åldersgrupper, andra kulturer samt kliniska grupper. SOT hade fördelaktigt kunnat utvecklas och provas ut i dessa grupper för att på så sätt säkerställa skalans validitet och reliabilitet.

Då författarna anser att självomhändertagande är ett viktigt område för alla människors välbefinnande finns det även många praktiska tillämpningsområden.

Det skulle exempelvis vara värdefullt att göra en bedömning av självomhändertagande i början av en terapi. Detta görs till viss del redan utan att det uttrycks som självomhändertagande men författarna anser att detta borde göras mer utförligt, då alla människor har brister på något

område och det kan vara ytterst värdefullt att göra dessa aspekter mer medvetna för klienten. Självomhändertagande kan möjligen upplevas vara väldigt allmängiltigt och att det därmed glöms bort och värdet av det kan lätt ignoreras. Ibland kan en till synes liten förändring i en persons självomhändertagande, så som att unna sig något man tycker om varje dag, ge stor effekt på välmående. Att se över klientens självomhändertagande innebär även att individens förutsättningar klargörs, vilket kan vara en viktig intervention i sig men som även kan utgöra en bra grund för att andra interventioner skall ge bästa möjliga effekt.

Även inom den somatiska vården skulle det kunna vara av vikt att undersöka patienters självomhändertagande. Genom att administrera SOT skulle man på ett enkelt vis få en bild av patientens allmäntillstånd och då ha möjlighet att uppmärksamma och stötta denne till förändring. Att uppmärksamma självomhändertagande hos patientgrupper skulle även kunna ha preventiva syften, i att förhindra att tillstånd uppstår eller förvärras. Självomhändertagande borde även uppmärksammas på arbetsplatser, vilket kunde vara ett sätt att förhindra sjukskrivningar och öka trivselen.

Självomhändertagande i relation till studenter är slutligen ett viktigt område. Idag får området inte vidare mycket uppmärksamhet, trots att det sedan länge är känt att det är viktigt att den professionella mår bra för att han eller hon ska kunna utföra ett bra arbete (Harrison & Westwood, 2009; Radey & Figley, 2007; Barnett & Cooper, 2009). På socionomutbildningen har man börjat bemöta området och inom psykologprogrammet finns det vissa inslag (Mats Fridell, personlig kommunikation, 20 mars 2010) men författarna anser att detta är ett område som behöver ges större utrymme. Detta är även något som efterlyses i samtal med studenterna. Att uppmärksamma självomhändertagande skulle vara en väg för att motverka oro, ångest, depression och utbrändhet under utbildningen men även senare som yrkesverksam.

Självomhändertagande handlar i praktiken om otroligt enkla saker, som att unna sig en god middag eller ge sig själv en komplimang, men som faktiskt gör en skillnad. Många vill hävda att psykologi är komplext och bara till för vissa. Författarna till studien vill föra ut psykologin till alla och tror på psykologins potential, och där i självomhändertagandets kraft, att kunna förändra världar och därmed världen.

Referenser

- Allwood, C.M., & Erikson, M.G. (1999). *Vetenskapsteori för psykologi och andra samhällsvetenskaper*. Studentlitteratur: Lund.
- Amey, C. H., Drew, E. M., Schoenberg, N. E., & Stoller, E. P. (2005). The pivotal role of cardiac self-care in treatment timing. *Social Science & Medicine*, 60 (5), 1047-1060.
- Aten, J. D., Chamberlain, A. K., Madson, M. B., & Rice, A. (2008). Post-disaster supervisor strategies for promoting supervisee self-care: Lessons learned from hurricane Katrina. *Training and Education in Professional Psychology*, 2, 75-82.
- Backenroth-Ohsako, G., Hällström, T., & Posse, M. (2002). Alexithymia, social support, psychosocial stress and mental health in a female population. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56 (5), 329-334.
- Bagby, R. M., Doody, K. F., Keefe, P., Parker, J. D. A., Ryan, D. P., & Taylor, G. J. (1988). Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatic Medicine*, 50, 500-509.
- Bagby, R. M., Lundh, L-G., Parker, J. D. A., Simonsson-Sarnecki, M., Taylor, G. J., & Törestad, B. (2000). A Swedish translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: Cross-validation of the factor structure. *Scandinavian Journal of Psychology*, 41 (1), 25-30.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 23-32.
- Bagby, R. M., Ryan, D., & Taylor, G. J. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199.
- Bailey, P. E. & Henry, J. D. (2007). Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample. *Psychiatry Research*, 150 (1), 13-20.
- Barlow, J., Hainsworth, J., Sheasby, J., Turner, A., & Wright, C. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48 (2), 177-187.
- Barnett, J. E., & Cooper, N. (2009). Creating a culture of self-care. *Clinical Psychology: Science and Practise*, 16 (1), 16-20.
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (Red.) (2004). *Handbook of self-regulation: Research, theory and applications*. The Guilford Press: New York.

- Braehler, E., Decker, O., Franz, M., Hardt, J., Popp, K., Schaefer, R., Schneider, C., & Sitte, W. (2008). Alexithymia in the German general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43 (1), 54-63.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.
- Burr, V. (2003). *Social constructionism* (2nd ed.). Storbritannien: Routledge.
- Cameron, J., Lo, S. K., Riegel, B., Stewart, S., & Worrall-Carter, L. (2009). Testing a model of patient characteristics, psychological status, and cognitive function as predictors of self-care in persons with chronic heart failure. *Heart and Lung*, 38 (5), 410-418.
- Chen, H-T, Graham, C., Petras, A., Swanson, K. M., & Wojnar, S. M. (2009). Resolution of depression and grief during the first year after miscarriage: A randomized controlled clinical trial of couple-focused interventions. *Journal of Women's Health*, 18 (8), 1245-1257.
- Cull, V., Dashiff, C. J., & McCaleb, A. (2006). Self-care of young adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*, 21 (3), 222-232.
- Deneys, M. J., Orem, D. E., & SozWiss, G. B. (2001). Self-care: A foundational science. *Nursing Science Quarterly*, 14 (1), 48-54.
- Evans, C. C., Jabeen, L. N., Sepehri, A., & Vicery, C. D. (2009). Self-esteem level and stability, admission functional status and depressive symptoms in acute inpatient stroke rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 54 (4), 432-439.
- Habul, K. (2010, 22 mars). Över 60 000 unga äter antidepressiva mediciner. *Sydsvenskan*, s. A.8.
- Harrison, R. L., & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy (Chicago, Illinois)*, 46 (2), 203-219.
- Hartweg, D. L. (1991). *Dorothea Orem: Self-care deficit theory* (4th ed.). Thousand Oaks: Sage Publication.
- Heine, R. J., Mollem, E. D., & Snoek, F. J. (1996). Assessment of perceived barriers in self-care of insulin-requiring diabetic patients. *Patient Education and Counseling*, 29 (3), 277-281.
- Hintikka, J., Honkalampi, K., Kylmä, J., Laukkanen, E., Rissanen, M-L., & Tolmunen, T. (2009). The prevalence of alexithymia and its relationship with youth self-report problem scales among Finnish adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 50 (3), 263-268.

- Holman, H.R., & Lorig, K.R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26 (1), 1-8.
- Jennings, M. L. (2009). Medical student burnout: Interdisciplinary exploration and analysis. *Journal of Medical Humanities*, 30 (4), 253-269.
- Joukamaa, M., Nummi, T., Mattila, A. K., & Salminen, J. K. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61 (5), 629-635.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaption*. New York: Oxford university press.
- Mahoney, M. J. (1997). Psychotherapists' personal problems and self-care patterns. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28 (1), 14-16.
- Mawson, S., Mountain, G., Nasr, N., Rosser, B., Torsi, S., & Wright, P. (2010). *The self-management of chronic illnesses: Theories and technologies*. 4th International Conference on Pervasive Computing Technologies for Healthcare. Hämtad 8 februari, 2010, från <http://ieeexplore.ieee.org.ludwig.lub.lu.se/stampPDF/getPDF.jsp?tp=&arnumber=05482227&isnumber=5482215&tag=1>
- Nielsen, M. W., Hansen, G. J., & Rasmussen, E. H. (2005). Use of six main drug therapeutic groups across educational groups: Self-reported survey and prescription records. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 30 (3), 259-269.
- Nouwen, A., Senécal C., & White, D. (2000). Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: Are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? *Health Psychology*, 19 (5), 452-457.
- Nursing Development Conference Group (1973). *Concept formalization in nursing: Process and product*. Boston: Little Brown.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concept of practice* (4th ed.). St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.
- Patel, R., & Tibelius, U. (Red.) (1987). *Grundbok i forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Radey, M., & Figley, C. R. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35 (3), 207-214.

- Rydén, O., & Stenström, U. (2008). *Hälsopsykologi: Psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom* (3rd ed.). Stockholm: Bonnier utbildning.
- Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Hämtad 6 maj, 2010, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf
- Sveriges Psykologförbunds kongress (1998). *Yrkesetiska principer gör psykologer i Norden*. Hämtat 15 januari, 2010, från <http://www.psykologforbundet.se/yrket/Etik/Sidor/etikriktlinjer.aspx>
- Garcia, A.A. (2008). Clinical and life quality differences between Mexican American diabetic patients at a free clinic and a hospital-affiliated clinic in Texas. *Public Health Nursing, 25* (2), 149-158.
- Vidler, H. C. (2005). Women making decisions about self-care and recovering from depression. *Women's Studies International Forum, 28* (4), 289-303.
- Wilde, M. H., & Garvin. S. (2006). A concept analysis of self-monitoring. *Journal of Advanced Nursing, 57* (3), 339-350.

Instrumentet Självmhändertagandes 28 påståenden**Självmhändertagande i vardagen**

1. Jag gör saker som är bra för min hälsa
2. Jag genomför beslut som är bra för min hälsa
3. Jag skjuter upp att göra saker som skulle vara bra för min hälsa
4. Jag söker information som handlar om sätt att ta bättre hand om min hälsa
5. Jag äter en balanserad och näringsrik kost
6. Jag trivs på min utbildning
7. Jag får tillräckligt med motion/träning som krävs för att ha en god hälsa
8. Jag utövar hobbies/intressen
9. Jag gör saker som jag tycker om
10. Jag sover tillräckligt mycket för att må bra
11. Jag strävar efter att få tillräcklig balans mellan vila och aktivitet
12. Jag har tillräckligt med egentid
13. Jag har tillräcklig tid att umgås med andra
14. Jag månar om min säkerhet (till exempel: använda preventivmedel, låsa dörren om mig, ej gå ensam på farliga ställen när det är mörkt)
15. Jag röker och/eller snusar
16. Jag dricker mer än nio glas alkohol per vecka (ett glas = 15 cl vin eller 33 cl starköl)

Självmhändertagande i utmanande situationer

17. Jag gör saker för att känna mig mindre stressad
18. När jag känner mig nere gör jag saker för att känna mig bättre
19. Jag ignorerar när jag känner mig sjuk även när jag är det
20. Jag klarar av att säga "nej" och sätta gränser

Självmhändertagande i ett framtidsperspektiv

21. Jag sätter upp mål för mig själv
22. Jag strävar efter att nå mina uppsatta mål
23. Jag skjuter upp att ta tag i problem

24. Jag gör sådant som är viktigt för att förverkliga mig själv

25. Jag ser ljusst på min framtid

Självomhändertagande i ett självbildsperspektiv

26. Jag tycker om mig själv

27. Jag är en bra vän till mig själv

28. Jag känner att jag är en värdefull medlem i familjen

Enkäten

Frågeformulär (sida 1)

Hej

Vi heter Therese Ekman Ehn och Johanna Eckberg och vi läser sista terminen på psykologprogrammet på Lunds Universitet. Vi kontaktar Dig med anledning av att vi håller på med vårt examensarbete och skulle behöva just Din hjälp, då du läser en vårdrelaterad utbildning. Undersökningen gäller endast kvinnor, så det är endast kvinnor som kan delta. Vi skulle vilja att Du svarar på den bifogade enkäten, vilket kommer att ta Dig cirka 10 minuter. Alla uppgifterna kommer att behandlas konfidentiellt och materialet kommer att förstöras efteråt.

Vi kommer också att göra en intervju med flera av deltagarna. Vi hoppas att Du vill medverka också i denna. Vi kommer i så fall att kontakta Dig ytterligare en gång. Sist i enkäten kan du ange om Du tillåter att vi återkommer till Dig. Vid intervjun kommer vi att bjuda på fika. Intervjun hoppas vi skall ge möjlighet att lära Dig något nytt om Dig själv. Du har också möjlighet att ta del av en kort sammanfattning av undersökningen och resultaten.

Med Vänliga Hälsningar
Therese och Johanna

Frågeformulär (sida 2)

Hej

Den enkät som Du har framför Dig hör till första delen av vår undersökning. Vi skulle vilja att Du besvarar de följande frågorna och var noga med att Du inte hoppa över någon. Vi kommer också att göra en intervju med flera av deltagarna. Vi hoppas att Du vill medverka också i denna. Vi kommer i så fall att kontakta Dig ytterligare en gång. Sist i enkäten kan Du ange om Du tillåter att vi återkommer till Dig. Var vänlig och se till att du svarar på alla frågor och avsluta med att klicka på "skicka".

Kodning

För att kunna jämföra personer i vår undersökning ber vi Dig att använda följande rutin. Du förblir anonym för oss men datorn kan känna igen Dig. Ange första bokstaven i Din mammas förnamn och första bokstaven i Din pappas förnamn och första och sista siffran i Ditt personnummer. Exempel: Din mamma heter Eva, Din pappa heter Peter och Ditt personnummer är 840807-XX99. Du skriver då EP89.

Min kod:

Frågeformulär (sida 3)

Ålder

Utbildning

Termin

Har du svenska som modersmål?

Om "Nej" vilket är ditt modersmål?

Frågeformulär (sida 4)

Här nedan finns en samling påståenden. Kryssa för det alternativ som stämmer bäst in på Dig i skalan från "aldrig" till "alltid". Det är inget test, och det finns inga svar som är rätt eller fel. Var snäll och läs igenom varje fråga noggrant och svara i enlighet med hur det faktiskt är, inte hur Du skulle vilja att det var.

1. Jag gör saker som är bra för min hälsa

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

2. Jag genomför beslut som är bra för min hälsa

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

3. Jag skjuter upp att göra saker som skulle vara bra för min hälsa

- Aldrig
- Sällan
- Ibland

- Ofta
- Alltid

4. Jag söker information som handlar om sätt att ta bättre hand om min hälsa

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

5. Jag äter en balanserad och näringsrik kost

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

6. Jag trivs på min utbildning

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

7. Jag får tillräckligt med motion/träning som krävs för att ha en god hälsa

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

8. Jag utövar hobbies/intressen

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta

- Alltid

9. Jag gör saker som jag tycker om

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

10. Jag sover tillräckligt mycket för att må bra

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

11. Jag strävar efter att få en tillräcklig balans mellan vila och aktivitet

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

12. Jag har tillräckligt med egentid

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

13. Jag har tillräcklig tid att umgås med andra

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

14. Jag månar om min säkerhet (till exempel: använda preventivmedel, låsa dörren om mig, ej gå ensam på farliga ställen när det är mörkt)

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

15. Jag röker och/eller snusar

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

16. Jag dricker mer än nio glas alkohol per vecka (ett glas = 15 cl vin eller 33 cl starköl)

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

17. Jag gör saker för att känna mig mindre stressad

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

18. När jag känner mig nere gör jag saker för att känna mig bättre

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

19. Jag ignorerar att jag känner mig sjuk även när jag är det

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

20. Jag klarar av att säga "nej" och sätta gränser

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

21. Jag sätter upp mål för mig själv

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

22. Jag strävar efter att nå mina uppsatta mål

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

23. Jag skjuter upp att ta tag i problem

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

24. Jag gör sådant som är viktigt för att förverkliga mig själv

- Aldrig

- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

25. Jag ser ljus på min framtid

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

26. Jag tycker om mig själv

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

27. Jag är en bra vän till mig själv

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

28. Jag tar bra hand om mig själv

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

Frågeformulär (sida 5)

Ange hur mycket Du håller med om följande påståenden genom att kryssa för ett av svarsalternativen.

1. Jag är ofta osäker på vad det är för känsla jag känner

- Helt fel
- Ganska fel
- Varken eller
- Ganska rätt
- Helt rätt

2. Det är svårt för mig att hitta rätt ord för mina känslor

- Helt fel
- Ganska fel
- Varken eller
- Ganska rätt
- Helt rätt

3. Jag har kroppsliga känningar som inte ens läkare förstår sig på

- Helt fel
- Ganska fel
- Varken eller
- Ganska rätt
- Helt rätt

4. Jag har lätt för att beskriva mina känslor

- Helt fel
- Ganska fel
- Varken eller
- Ganska rätt
- Helt rätt

5. Jag föredrar att analysera problem framför att enbart beskriva dem

- Helt fel
- Ganska fel
- Varken eller
- Ganska rätt

- Helt rätt

6. När jag är upprörd vet jag inte om jag är ledsen, skrämmd eller arg

- Helt fel
- Ganska fel
- Varken eller
- Ganska rätt
- Helt rätt

7. Jag är ofta osäker på vad som händer i kroppen på mig

- Helt fel
- Ganska fel
- Varken eller
- Ganska rätt
- Helt rätt

8. Jag föredrar att bara låta saker hända framför att försöka förstå varför det blev som det blev

- Helt fel
- Ganska fel
- Varken eller
- Ganska rätt
- Helt rätt

9. Jag har känslor som jag inte riktigt kan identifiera

- Helt fel
- Ganska fel
- Varken eller
- Ganska rätt
- Helt rätt

10. Att ha kontakt med sina känslor är av största vikt

- Helt fel
- Ganska fel
- Varken eller
- Ganska rätt
- Helt rätt

11. Jag har svårt att beskriva mina känslor angående andra människor

- Helt fel
- Ganska fel
- Varken eller
- Ganska rätt
- Helt rätt

12. Folk säger åt mig att beskriva mina känslor bättre

- Helt fel
- Ganska fel
- Varken eller
- Ganska rätt
- Helt rätt

13. Jag vet inte vad som försiggår inom mig

- Helt fel
- Ganska fel
- Varken eller
- Ganska rätt
- Helt rätt

14. Jag vet ofta inte varför jag är arg

- Helt fel
- Ganska fel
- Varken eller
- Ganska rätt
- Helt rätt

15. Jag föredrar att prata med folk om deras vardagsaktiviteter, snarare än om deras känslor

- Helt fel
- Ganska fel
- Varken eller
- Ganska rätt
- Helt rätt

16. Jag föredrar att se lätta underhållningsprogram framför psykologiska dramer

- Helt fel

- Ganska fel
- Varken eller
- Ganska rätt
- Helt rätt

17. Jag har svårt att avslöja mina innersta känslor, även för nära vänner

- Helt fel
- Ganska fel
- Varken eller
- Ganska rätt
- Helt rätt

18. Jag kan känna närhet till någon även under stunder av tystnad

- Helt fel
- Ganska fel
- Varken eller
- Ganska rätt
- Helt rätt

19. Att utforska mina känslor är till hjälp för mig när jag löser personliga problem

- Helt fel
- Ganska fel
- Varken eller
- Ganska rätt
- Helt rätt

20. Att söka efter en dold mening i filmer och pjäser stör nöjet

- Helt fel
 - Ganska fel
 - Varken eller
 - Ganska rätt
 - Helt rätt
-

Frågeformulär (sida 6)

Har du gått i terapi och vet du i så fall vilken slags terapi?

Under hur lång tid har du gått i terapi?

Vad tror du påståendena i enkäten var ämnade till att undersöka?

Om du vill ta del av en sammanfattning av denna undersökning när den är klar ange din mailadress här:

Hur var det att svara på enkäten?

Var snäll och kontrollera att du svarat på alla frågor!

Frågeformulär (sida 7)

Tack!

Du har nu deltagit i den första delen av vår undersökning. Den andra delen består av en intervju som kommer att genomföras i mars-april. Intervjun beräknas att ta max 45 minuter. Det är helt frivilligt att delta som intervjuperson och Du kan när som helst avbryta Din medverkan. Alla uppgifterna kommer att behandlas konfidentiellt och materialet kommer att förstöras efteråt. Var vänlig och fyll i Din mailadress nedan så kommer vi att höra av oss till Dig om Du blir uttagen. Denna anmälan är inte bindande. Vi bjuder på fika! Om Du skulle ha några frågor om undersökningen kan du kontakta oss: therese.ekman-ehn.831@student.lu.se johanna@lamilongadelcorazon.com

Min mailadress:

Tack för Din medverkan!

BILAGA C

Tabell 1

Faktoranalysen av de 28 påståendena i SOT

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Faktor 6
SOT 1	0,231	0,809	0,071	0,065	0,067	-0,035
SOT 2	0,125	0,762	0,151	0,130	0,047	-0,073
SOT 3	-0,150	-0,560	-0,172	-0,077	0,154	0,181
SOT 4	-0,223	0,330	0,519	0,051	-0,098	-0,112
SOT 5	-0,036	0,655	-0,017	0,012	-0,067	0,241
SOT 6	0,352	-0,037	0,365	0,166	-0,312	0,118
SOT 7	0,054	0,763	0,031	0,000	0,063	-0,150
SOT 8	0,129	0,235	0,646	0,065	0,252	-0,038
SOT 9	0,295	0,043	0,438	0,308	0,206	0,218
SOT 10	0,113	0,108	-0,025	0,681	0,080	-0,179
SOT 11	-0,026	0,304	0,120	0,536	0,236	-0,030
SOT 12	0,197	0,047	-0,075	0,424	0,577	0,014
SOT 13	0,319	-0,035	0,104	0,263	0,623	0,205
SOT 14	0,090	-0,110	0,307	-0,066	-0,123	-0,206
SOT 15	-0,017	-0,162	0,044	0,082	-0,038	0,767
SOT 16	0,172	-0,016	-0,001	-0,194	0,103	0,771
SOT 17	-0,058	0,257	0,470	0,367	0,124	0,285
SOT 18	0,347	-0,149	0,360	0,427	-0,087	0,103
SOT 19	-0,099	-0,013	0,192	-0,582	0,184	-0,066
SOT 20	0,547	0,000	-0,057	0,216	0,140	-0,070

SOT 21	0,055	0,018	0,748	-0,067	0,029	-0,087
SOT 22	0,190	0,142	0,640	-0,170	-0,086	0,129
SOT 23	-0,457	-0,051	-0,173	-0,002	0,377	0,197
SOT 24	0,484	0,028	0,564	-0,013	0,000	0,252
SOT 25	0,620	0,117	0,324	-0,115	0,155	0,049
SOT 26	0,766	0,186	0,091	0,033	0,120	0,120
SOT 27	0,810	0,148	0,075	0,109	0,130	0,003
SOT 28	0,606	0,511	0,075	0,193	-0,011	0,117

Tabell 2

De sex olika identifierade teman och tillhörande påståenden i SOT

Faktor	Påståenden i SOT
1: Självkänsla	20, 23, 25, 26, 27, 28
2: Fysiskt omhändertagande	1, 2, 3, 5, 7
3: Strävan	4, 6, 8, 9, 14, 17, 21, 22, 24
4: Självreglering	10, 11, 18, 19
5: Egentid och social tid	12, 13
6: Självdestruktivt beteende	15,16

Intervjuguide

Introduktion

Välkommen hit! Jag håller på med min examensuppsats och detta är en del i detta arbete. Jag har några frågor som jag skulle vilja ställa till dig och detta kommer att ta 45 minuter. Du har när som helst möjlighet att avbryta intervjun och är det någon fråga som du inte skulle vilja svara på är detta helt ok. Jag vill spela in vår intervju och undrar om detta är ok för dig? Vår intervju kommer att behandlas konfidentiellt och materialet kommer att anonymiseras så att det inte går att knyta till dig som person. Allt material kommer att förstöras efteråt. Har du några frågor? Ok, då börjar vi:

Intervju

När du hör ordet självomhändertagande, vad tänker du på då?

Du fick fylla i ett formulär och jag tänker att vi ska prata lite om det.

1. *Jag gör saker som är bra för min hälsa*

- Vad gör du som är bra för dig/din hälsa?
- Vad skulle behöva hända för att du skulle skatta ofta/alltid?
- Vad är det som hindrar dig?

2. *Jag genomför beslut som är bra för min hälsa*

- Har det hänt att du bestämt dig för att göra någon förändring om hur du tar hand om dig själv/din hälsa?
- Vad bestämde du dig för?
- Vad var orsaken till detta beslut?
- Hur gick det att genomföra?
- Gör du det fortfarande?
- Nej: Vad tänker du om det?

- Om du skulle ta ett sådant beslut idag, vad skulle det då gälla?
 - Vad är anledningen till att du inte tagit det?
3. *Jag skjuter upp att göra saker som skulle vara bra för min hälsa*
- Vad tänkte du på för situation är du skattade?
 - Hur kommer det sig att du sköt upp det?
 - Vad skulle behöva hända för att du faktiskt skulle genomföra det?
4. *Jag söker information som handlar om sätt att ta bättre hand om min hälsa*
- Vad var anledningen till detta?
 - Var sökte du efter den?
 - Vilken typ av information?
 - Vad gjorde du med den?
 - Hur hjälpte den/hjälpte den inte dig?
5. *Jag äter en balanserad och näringsrik kost*
- Du satte X, hur kom det sig?
 - Vad hindrar dig från att äta bättre?
6. *Jag trivs på min utbildning*
- Hur kommer det sig att du skattade X?
 - Vad behöver finnas för att du ska trivas?
 - Hur kan du påverka detta?
 - Vad skulle behöva hända för att du skulle skatta ofta/alltid?
7. *Jag får tillräckligt med motion/träning som krävs för att ha en god hälsa*
- På vilka vis gör du detta?
 - Vill du motionera/träna mer? (Hur de relaterar till det, ett problem?)
 - Vad skulle behöva hända för att du skulle motionera/träna mer?
 - Vad hindrar dig?

8. *Jag utövar hobbies/intressen*

- Vad har du för aktiviteter? (Arbete, hobbies, religion/tro, träning: vad, anledningen till detta val, hur mycket tid, vad ger det dig)
- Skulle du vilja ha fler hobbies/intressen?
- Vad hindrar dig från att skaffa det?
- Hur mycket tid ägnar du dig åt detta på en vecka?
- Vilken prioritering har detta i ditt liv? (balans)
- Vad ger det dig?

9. *Jag gör saker som jag tycker om*

- Vad gör du?
- När gjorde du detta senast?
- Hur ofta?
- I vilka sammanhang gör du detta? (muntra upp sig, efter en jobbig dag)
- Varför anser du att det är viktigt att göra saker som du tycker om?

10. *Jag sover tillräckligt mycket för att må bra*

- Hur sover du? (tid, prioritering, kvalité, på dagtid)
- Hur påverkar detta dig?
- Vad har du gjort åt detta?
- Vad borde du göra?
- Vad hindrar dig?

11. *Jag strävar efter att få tillräcklig balans mellan vila och aktivitet*

- Hur tänkte du när du skattade X?
- Hur kommer detta sig? Anledningar?
- Tar du semester? Kan du vara ledig då?

12. *Jag har tillräckligt med egentid*

- Vad är egentid för dig?
- Vad gör du då? (självreflektion, vad tänker du på då?, lyssna på sig själv, terapi)

- Hur kommer det sig att du ger/inte ger dig egentid?
- Vad får du ut av din egentid?

13. Jag har tillräcklig tid att umgås med andra

- Hur många vänner/bekanta har du?
- Känner du att du har nära vänner?
- Vad gör ni?
- Kan du anförtro dig till dem? Visa vad du känner? Söka och ta emot stöd?
- Står du nära din familj? Kommunicera behov och få detta besvarat?
- Om du behöver hjälp/stöd, finns det någon du kan ringa? Gör du det? Vad hindrar dig?
- Känner du att du får tillräckligt med fysisk närhet? Vilken typ?

14. Jag månar om min säkerhet (till exempel: använda preventivmedel, låsa dörren om mig, ej gå ensam på farliga ställen när det är mörkt)

- Hur tänkte du när du skattade?
- På vilka vis försöker du hålla dig säker?
- (sex, bil, hjälm, låser om sig, går hem själv, inställning till droger, hur ofta skadar du dig)
- Inom vilka områden är du sämre?
- Hur förstår du det? (Anledning, hinder)

15. Jag röker och/eller snusar

- Vad tänker du om detta? (Anledningar)

16. Jag dricker mer än nio glas alkohol per vecka (ett glas = 15 cl vin eller 33 cl starköl)

- Vad tänker du om detta? (Anledningar)

17. Jag gör saker för att känna mig mindre stressad

- Hur märker du att du är stressad? (fysiskt och psykiskt)
- Vad gör du då?
- Hur kan du förebygga stress? Hur gör du? Vad hindrar dig?

- Ser du någon skillnad i användandet av dessa strategier vid olika tillfällen?

18. När jag känner mig nere gör jag saker för att känna mig bättre

- Vad gör du?
- Vad får det för effekt på dig?
- Vems initiativ?
- Hur skulle du kunna bli bättre på detta?
- Vad hindrar dig?

Har du under det senaste året hamnat i något dilemma?

- Vad var det?
- Vad hände?
- Hur reagerade du?
- Vad gjorde du?
- Konsekvenser?

Jag kommer nu att läsa upp ett scenario för dig: Du har mått dåligt ett tag: känt dig trött, yr och konstant törstig. Du förstår att något inte är som det ska och går därför till vårdcentralen. De tar prover och säger att de ska höra av sig när de fått provsvaren. En vecka senare får du en ny tid och du får då veta att du har diabetes.

- Hur tror du att du reagerar på detta besked? (känslor)
- Vad skulle du göra när du lämnar vårdcentralen?
- Hur tror du att du skulle hantera detta? (känslor)
- Hur försöker du hjälpa dig själv i denna situation?
- Tror du att du kommer att förändra dina vanor/ ditt liv?
- Varför/ varför inte?
- Sannolikheten att det blir som du har beskrivit?

Om det skulle ta slut med din partner hur tror du att du skulle hantera detta?

- Hur försöker du hjälpa dig själv i denna situation?
- Har du varit med om detta?

- Vad gjorde du då?
- Vad skulle du gjort annorlunda idag?
- Sannolikheten att det blir som du har beskrivit?

19. Jag ignorerar att jag känner mig sjuk även när jag är det

- Vad gör du om du blir sjuk? (tillåter sig)
- Söker sjukvård, kontrollerar sin hälsa regelbundet, vaccinering samt anledningen till detta.

20. Jag klarar av att säga "nej" och sätta gränser

- I vilka situationer?
- När är det svårare för dig att sätta gränser?
- Vad hindrar dig?(sätta sig själv framför andra, attityd, yttre press)

21. Jag sätter upp mål för mig själv

- Vilken typ av mål/vad de gäller? (svårighetsgraden, hur höga målen är)
- Hur långsiktiga är målen?
- Har du något mål just nu?

22. Jag strävar efter att nå mina uppsatta mål

- Hur gör du detta?
- Finns det några hinder i att nå dina mål?
- Hur förhåller du dig till dessa?
- När du nått dit mål, vad gör du då? (belöning, sätter upp nya mål)

23. Jag skjuter upp att ta tag i problem

- Vad är det som kan få dig att skjuta upp att ta tag i problem?
- Vad ger det för konsekvenser?
- Vilken typ av problem brukar du skjuta upp?

24. *Jag gör sådant som är viktigt för att förverkliga mig själv*

- Vad tänkte du när du skattade X?
- Vad gör du?
- Är detta något du tänker på?
- Är det viktigt/något du värdesätter?

25. *Jag ser ljus på min framtid*

- Vad tror/önskar du?
- Vad behöver hända för att det ska bli som du önskar?
- Hur kan du påverka detta?

26. *Jag tycker om mig själv*

- Du skattade X, hur kom det sig?
- Vad har du för tankar om dig själv och din kropp?

27. *Jag är en bra vän till mig själv*

- Hur är man en bra vän till sig själv?
- Vad brukar du göra?
- Vad hindrar dig?
- Om du gjort något bra hur belönar du dig själv?
- Om du gjort något du inte är nöjd över hur förhåller du dig till det då? Vad gör du?

Ägnar du dig åt något som du vet inte är bra för dig?

Nu har vi pratat om ditt självomhändertagande. Kommer du att tänka på fler områden som är viktiga för dig för att du ska må bra? Vilka av alla dessa områden är viktigast för att du ska må bra?

Vad tänker du om anledningar till att en del människor är bättre på att ta hand om sig än andra?

Vad tror du hindrar andra människor från att ta hand om sig bättre?

Något mer du kommer att tänka på?

Hur var det att svara på dessa frågor?

Om de frågar om sitt resultat: Reflektion kring deltagarens grupptillhörighet. Vad tänker du om detta? Tycker du att det stämmer?

Avslut

- Tackar för deras tid och deltagande
- Berättar om vårt examensarbete
- Kontaktuppgifter

Observationsschema

Schemat ska fyllas i direkt efter intervjun. Det är viktigt att både se till helhetsintrycket och till variationer (processen) under intervjun. Under intervjun får intervjuledaren använda sig av sina terapeutkunskaper, så som att spegla, att göra sammanfattningar och tolkningar.

Intervjuaren

- Helhetsintryck:

- Min känsla:

- Grad av alexitymi: LÅGT/HÖGT

Relationen

- Relationen (emotionell och formell):

- Ögonkontakt:

- Rösläge:

- Känslouttryck:

- Ramen:

- Kroppsspråk:

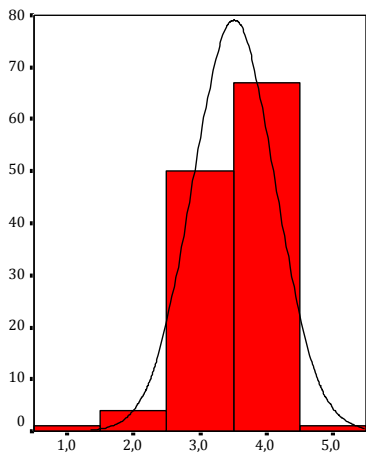
- Kontakt:

- Öppenhet:

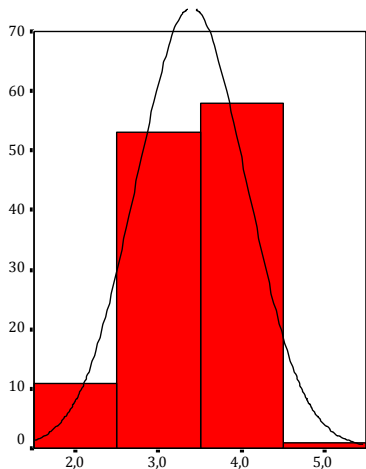
Deltagaren

- Yttre intryck:
- Relaterar till situationen:
- Nyfikenhet/ engagemang:
- Reflektionsförmåga: (analysera, beskriva)
- Verbaliseringsförmåga:
- Kontakt med sina känslor (intellektualisering eller andra försvar):
- Uttryck för humor/skratt:
- Anmärkningsvärda frågor:
- Reaktionen på egna svar och hantering:
- Anmärkningsvärda händelser under intervjun:
- Övriga kommentarer

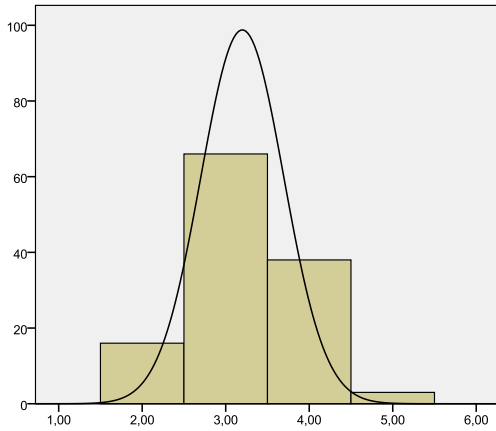
Svarsfördelningen på de 28 påståendena på Självmhändertagande



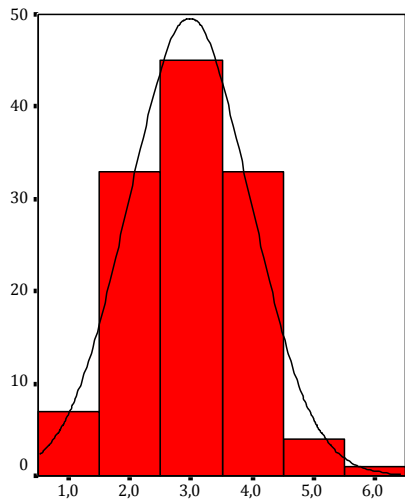
Figur 1. Jag gör saker som är bra för min hälsa.



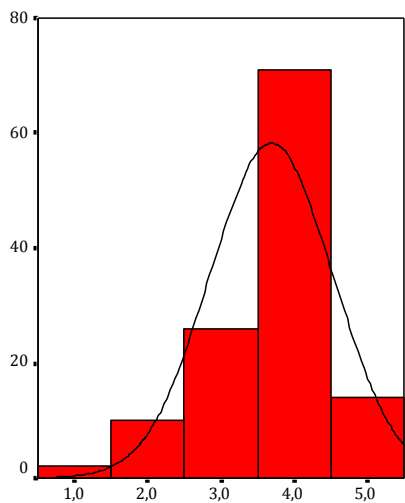
Figur 2. Jag genomför beslut som är bra för min hälsa.



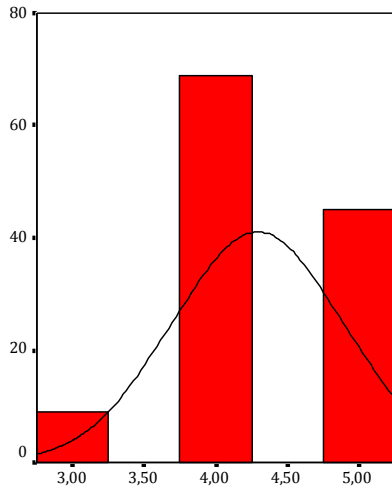
Figur 3. Jag skjuter upp att göra saker som skulle vara bra för min hälsa.



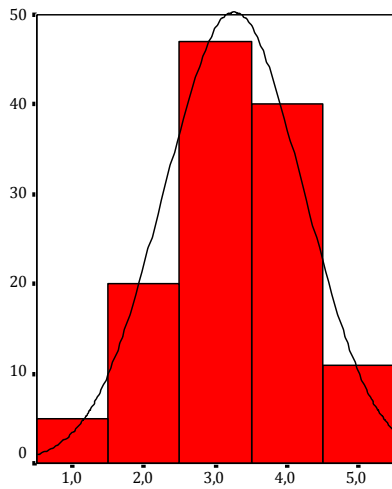
Figur 4. Jag söker information som handlar om sätt att bättre ta hand om min hälsa.



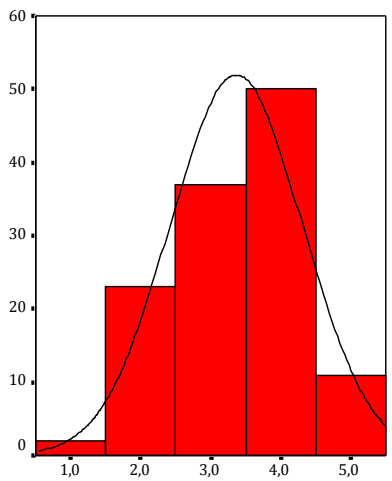
Figur 5. Jag äter en balanserad och näringsrik kost.



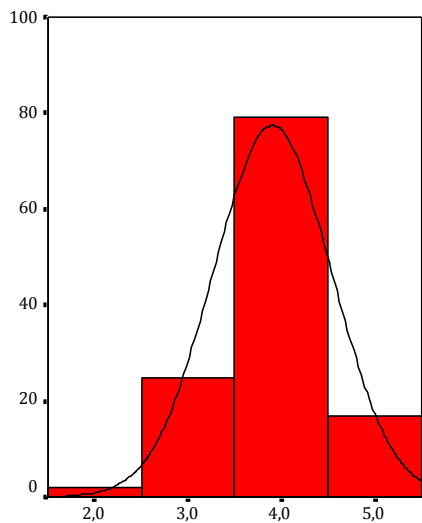
Figur 6. Jag trivs på min utbildning.



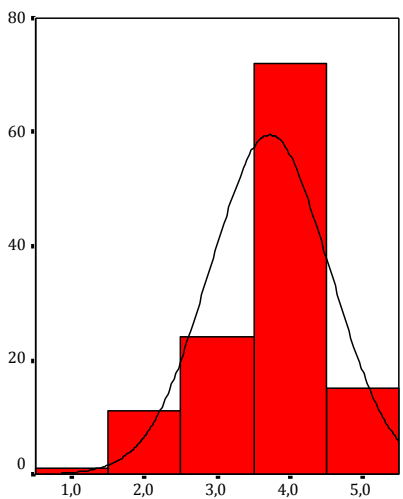
Figur 7. Jag får tillräckligt med motion/träning som krävs för att ha en god hälsa.



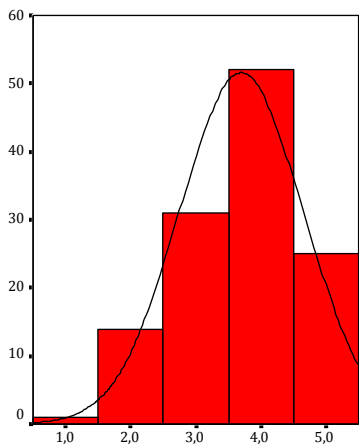
Figur 8. Jag utövar hobbies/intressen.



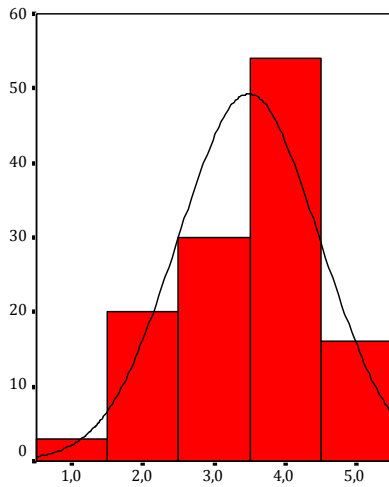
Figur 9. Jag gör saker som jag tycker om.



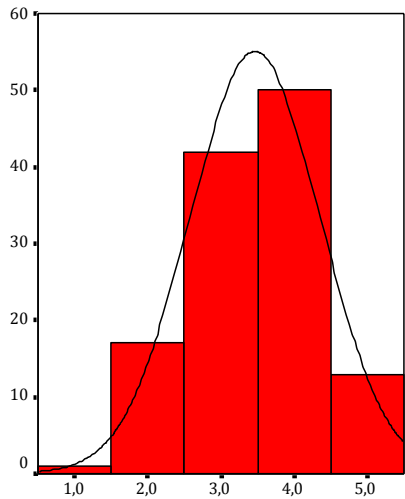
Figur 10. Jag sover tillräckligt mycket för att må bra.



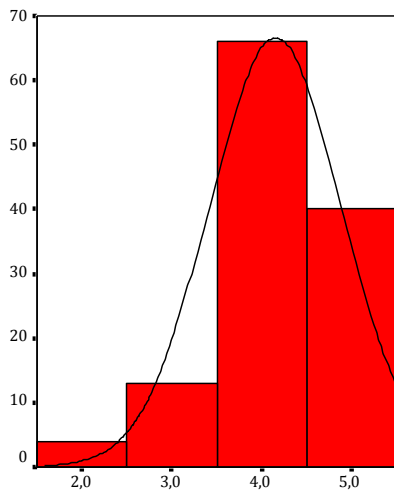
Figur 11. Jag strävar efter att få en tillräcklig balans mellan vila och aktivitet.



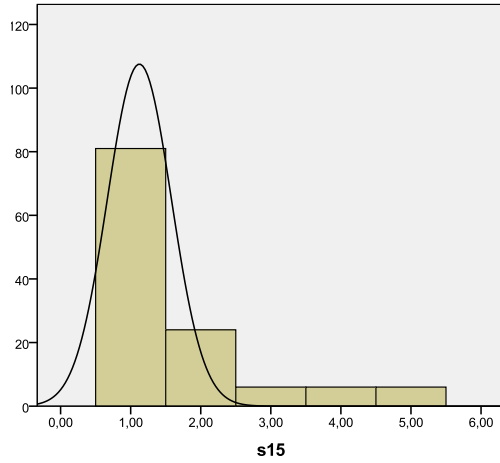
Figur 12. Jag har tillräckligt med egentid.



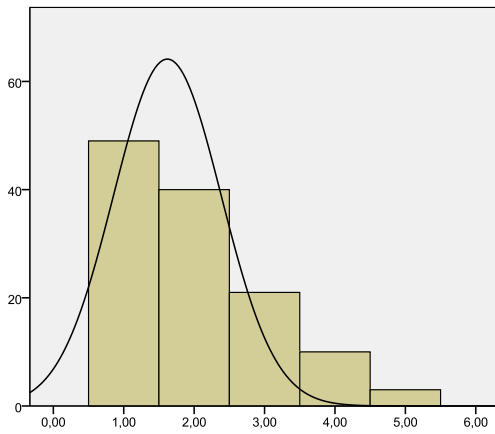
Figur 13. Jag har tillräcklig tid att umgås med andra.



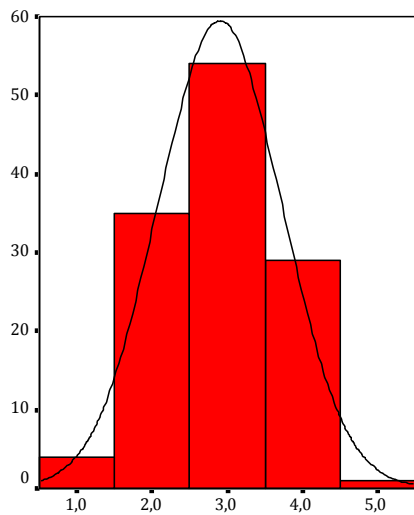
Figur 14. Jag månar om min säkerhet.



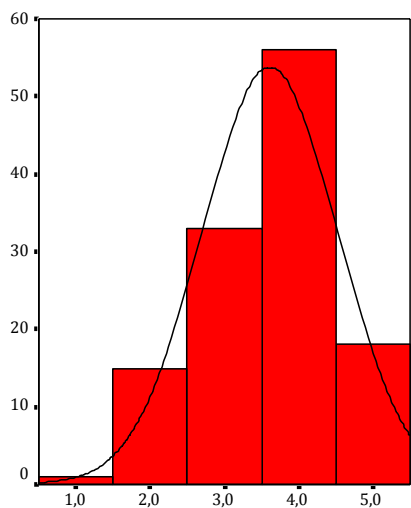
Figur 15. Jag röker och/eller snusar.



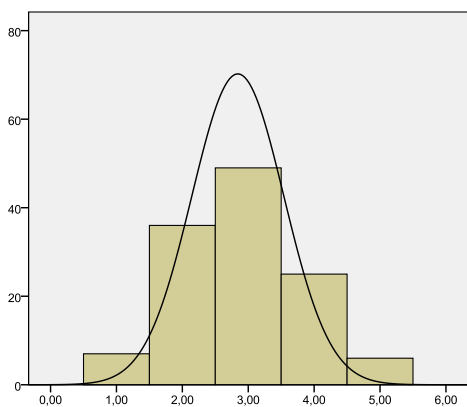
Figur 16. Jag dricker mer än 9 glas alkohol per vecka.



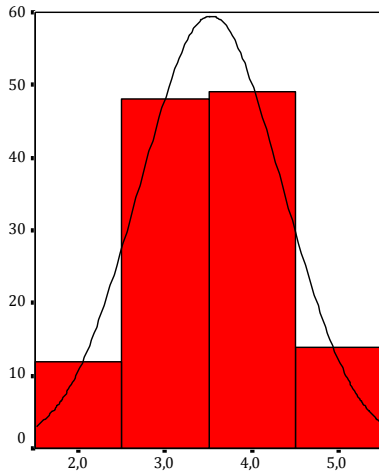
Figur 17. Jag gör saker för att känna mig mindre stressad.



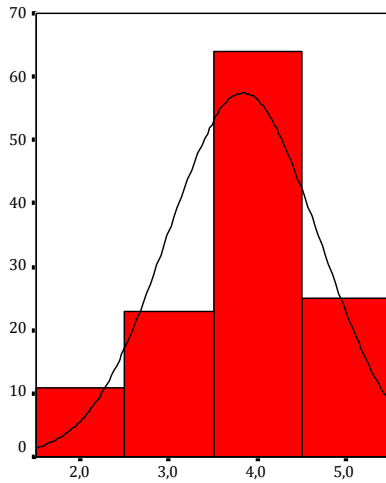
Figur 18. När jag känner mig nere gör jag saker för att känna mig bättre.



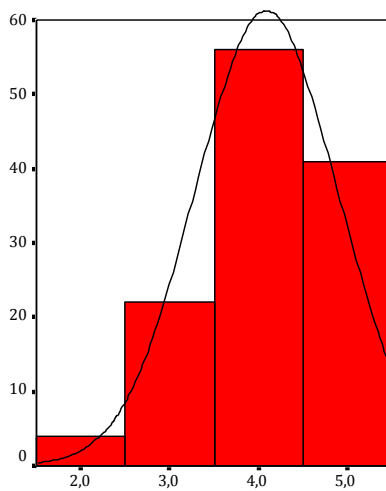
Figur 19. Jag ignorerar att jag känner mig sjuk även när jag är det.



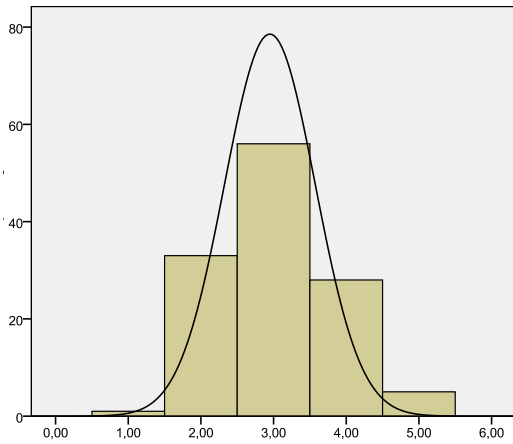
Figur 20. Jag klarar av att säga nej och sätta gränser.



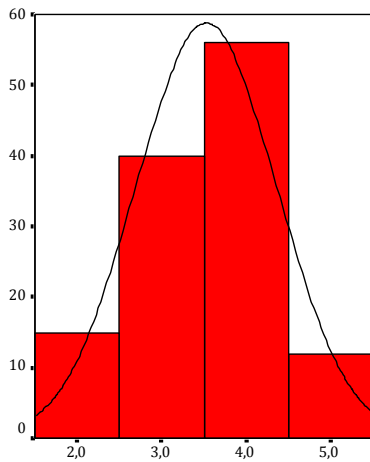
Figur 21. Jag sätter upp mål för mig själv.



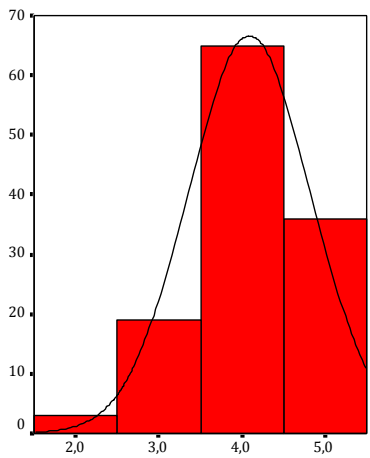
Figur 22. Jag strävar efter att nå mina uppsatta mål.



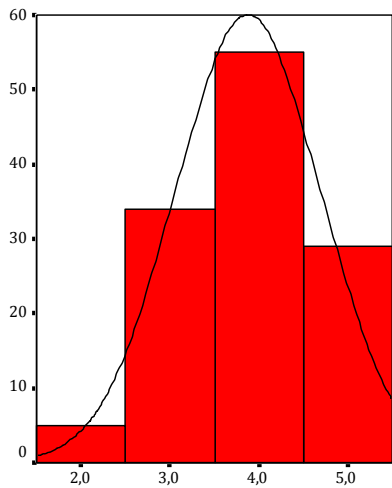
Figur 23. Jag skjuter upp att ta tag i problem.



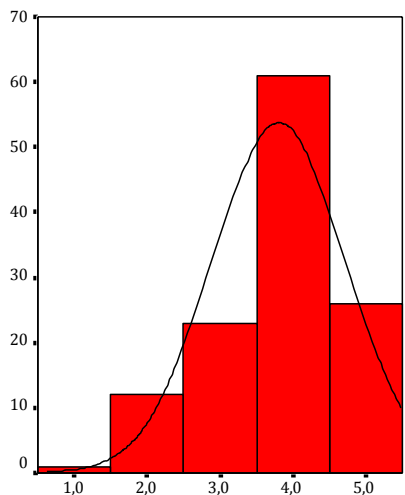
Figur 24. Jag gör sådant som är viktigt för att förverkliga mig själv.



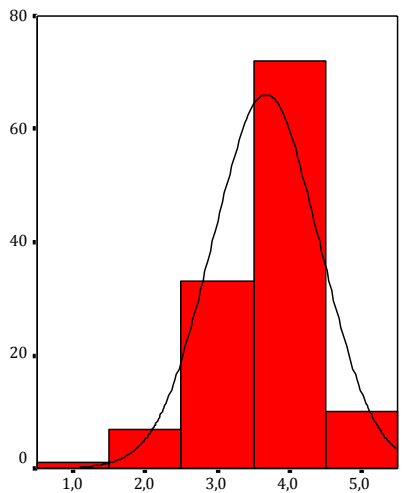
Figur 25. Jag ser ljusst på min framtid.



Figur 26. Jag tycker om mig själv.



Figur 27. Jag är en bra vän till mig själv.



Figur 28. Jag tar bra hand om mig själv.