

Fysiska aktivitetens och sociala gemenskapens effekter på deprimerade döva

Av: Felicia Ferreira

LUNDS UNIVERSITET

Socialhögskolan

Kandidatuppsats (SOPA63)

HT-12



Handledare: Mats Hilde

Abstract

Author: Felicia Ferreira

Title: Physical activity and social community effects on depressed deaf.

Supervisor: Mats Hilde

Depression and physical inactivity is a major health problem; it can cause death and various diseases. It also causes alienation when that the depressed cannot be bothered to participate in a social community. This exclusion is quite common among the deaf and the onset of depression often has a basis in just that. Research suggests that physical activity and social interaction can probably cure / relieve depression. This essay highlights the depression and social community effects on depressed deaf and how professionals in social work can Apple exercise and social interaction in their work. I used a qualitative study with interviews of both professionals in the sign language social work, physicians at Psychiatry outpatient clinic and a sign language personal trainer. As theories presented cognitive theory and salutogenic theory in parallel with the concept of sense of coherence (SOC).

Keyword:

Deaf, depression, physical activity, salutogenic theory, cognitive theory.

Inledningsvis vill jag tacka

Min familj och vänner för att de stod ut med att datorn fick min odelade uppmärksamhet under dessa månader. För att de trodde på mig och min idé.

Matilda Bergman från MB Results för den resan jag påbörjade med hjälp av henne som blev en grund till mitt val av ämne till c-uppsatsen. Och för intervjun och all mailkontakt angående uppsatsen.

Professionella från **Region Skånes dövenhet** och **psykiatriska öppenmottagningen för döva** för givande och lärorika intervjuer.

De **anonyma intervjupersoner** som tog sig mod och delade med sig av deras liv.

Min handledare **Mats Hilde** för rådgivning i uppsatsdjungeln.

Innehållsförteckning

Titelsida	
Abstract	1
Förord	2
Innehållsföreteckning	3
1. Inledning/problemformulering	4
1:1 Syfte	5
1:2 Frågeställningar	5
2. Bakgrund och definition av begrepp	5
2:1 Bakgrund – Depression	5
2:2 Bakgrund – Döva	7
2:3 Definition av begrepp	8
3. Metodkapitel	9
3:1 Urval/avgränsning	9
3:2 Val av metod	9
3:3 Kunskapsorientering	10
3:4 Källkritik	11
3:5 Metodens förtjänster och begränsning	11
3:6 Metodens tillförlitlighet	12
3:7 Analys	13
3:8 Etiska överväganden	13
4. Teoretiska utgångspunkter	15
4:1 Den kognitiva teorin	16
4:2 Den salutogena teorin	17
5. Tidigare forskning	19
5:1 Döva – Depression	19
5:2 Döva och avsaknad av hälsofrämjande information	21
5:3 Social gemenskap	22
5:4 Fysisk aktivitet och psykisk ohälsa	23
5:5 Fysisk aktivitet som en del av förändringsarbetet	25
6. Empiriska material	26
6:1 Professionellt perspektiv	26
6:2 Döva med depression	27
6:3 Döva och samhället	27
6:4 Fysisk aktivitet som en del av förändringsarbetet	28
6:5 Social gemenskap som skyddsnät	31
7. Brukarperspektiv	32
8. Analys/resultat	35
9. Avslutande diskussion	39
10. Källförteckning	41

1. Inledning/problemformulering

Enligt WHO (World Health Organization) är depression något globalt och det finns mer än 350 miljoner människor i alla åldrar som lider utav depression. Vidare menar WHO att depression är en vanlig form av psykisk ohälsa och det är vanligare än till exempel högt blodtryck, fysisk ohälsa och diabetes. WHO menar att depression är även överallt i världen den vanligaste orsaken till funktionshinder och bidrar till den globala sjukdomsördan. Vem som helst kan få depression men forskning visar att det är fler kvinnor än män som får depression. I depressionens grepp är det oerhört svårt att kliva in i den sociala gemenskapen som ger den deprimerade individen en betydelsefull position i livet. Fysisk aktivitet är en del av den sociala gemenskapen och dess betydelse behöver lyftas fram liksom dess inverkan på depression. Diverse behandlingar och mediciner kan lindra och hjälpa ohälsan men det krävs även att individen förändrar sin livssituation för att det ska ge en omfattande inverkan. Forskning visar att fysisk aktivitet kan bota/lindra depression och att den sociala biten har en viktig inverkan på den psykiska ohälsan. Döva, som är en språklig minoritetsgrupp som omfattar cirka tio tusen barndomsdöva, missar stora delar av denna information på grund de kommunikativa barriärer som föreligger mellan döva och det hörande samhället (SDR, 2012). Det är problematiskt för uppsatsens målgrupp att vara både döv och deprimerad i vårt samhälle som är anpassat efter hörande.

Utbudet i vårt samhälle för exempelvis behandlingar av depression, terapier, hälsofrämjande kampanjer samt tillgång till ett gym med en personlig tränare är så stort att man kan ”välja och vraka”. Förutsättningen är att man har förmågan att höra, för en språklig minoritetsgrupp som döva minskar utbudet så pass mycket att det knappt finns teckenspråkiga verksamheter tillgängliga för döva i hela Sverige. Vilka aktörer i samhället kan ge målgruppen en omfattande hjälp på deras villkor, kan teckenspråkiga professionella aktörer inom det sociala arbetet tillämpa både hjälp, behandling för depression och motion samt sociala gemenskapens betydelse i deras arbete med deprimerade döva. Här är kompetens och tidsfrågan en problematik då det finns alldeles för få teckenspråkiga professionella aktörer.

1:1 Syfte

Syftet är dels att studera om och hur motion och social gemenskap påverkar döva personer som är deprimerade, dels hur teckenspråkiga professionella inom det sociala arbetet ser på fysiska aktivitetens och den sociala gemenskapens betydelse för döva med psykisk ohälsa.

1:2 Frågeställningar

- Vilken inverkan har fysisk aktivitet och social gemenskap på döva med depression?
- Hur kan professionella tillämpa fysisk aktivitet och social gemenskap i det teckenspråkiga sociala arbetet?
- Vilken betydelse har fysisk aktivitet och social gemenskap för brukarperspektivet?

2. Bakgrund och definition av begrepp

2:1 Bakgrund - Depression

Information om depression betonar att det är normalt att människor känner ledsamhet, sorg och nedstämdhet ibland. Dock kan en depression uppstå om dessa känslor kvarstår en längre period. Då har en obalans skapats i hjärnans signalsystem där några känslomässiga signalsubstanser finns som justerar olika känslor som till exempel glädje, oro, sorg, ångest med flera. När en individ är deprimerad är signalsubstanserna låga och de symtom som uppkommer är beroende av vilka signalsubstanser som är påverkade. Enligt Palm, Ulf et. al (2004) kan de läkemedlen som ges vid depression för det mesta justera de effekter som signalsubstanserna har på hjärnan. Det som kännetecknar en depression är bland annat: Brist på glädje, ledsamhet, nedstämdhet, trötthet, viktnedgång/uppgång, ingen förmåga att motionera, ångest, sömnrubbingar och självmordstankar (Reslegård, Elisabeth (2002), Palm et. al (2004).

Enligt Palm et. al (2004) finns det olika grader av depression; måttlig, medel och svår depression. Med svår depression menas det en situation då individen inte finner någon mening med livet och självmord, matvägran med mera är vanliga inslag. Palm et. al (2004) menar att det är ytterst viktigt att en depression behandlas då det kan ge olika konsekvenser som exempelvis försämrad hälsa, sämre livskvalitet, självmordstankar och omgivningen blir även

lidande. Vidare ökar även risken för diverse sjukdomar, som exempelvis högt blodtryck, diabetes samt konsekvenser av fysisk inaktivitet, som orsakas utav depression. Två faktorer har betydelse för depressionens uppkomst; miljö och arv. Med det menar Palm et. al (2004) att vissa individer kan ärva en sårbarhet i nervsystemet som orsakar depression, dock kan detta motverkas genom exempelvis ett stabilt och tryggt liv. En ärvd sårbarhet varar livet ut men depression kan även uppstå genom någon händelse, kris eller trauma som dödsfall i omgivningen, skilsmässa eller plötslig förändring i individens liv (Reslegård, 2000). Stress kan även vara en orsak till uppkomst av depression. Palm et. al (2004) menar att först och främst ska man alltid utreda om det föreligger depression hos en patient, då ska man även utreda om patienten parallellt med psykiska ohälsan har somatiska problem. Det gör man genom att testa om det föreligger fysiska orsaker som ger depressiva symtom. Författaren betonar att det är viktigt att skilja på psykisk och fysisk ohälsa vid behandling av depression (ibid.).

Det finns olika behandlingar som man kan tillämpa för att bota/lindra depression, en av dem är kognitiv beteendeterapi (KBT) i kombination med läkemedel. Att läkemedel ges är enligt Palm et. al (2004) i beroende av vilken grad av depression man har. Vid måttlig/medel depression kan det ofta räcka med enbart terapi medan svår depression kräver att man kombinerar läkemedel med terapi. Ett annat alternativ gällande behandling är elektrokonvulsiv behandling (ECT) som enbart används på inlagda patienter med djupa depressioner. Ljusbehandling används på de individer som lider utav årstidsbundna depressioner och inom den psykiatriska öppenvården har de utrustning till ljusbehandling. Att behandla med läkemedel sker oftast vid svår depression, då ges antidepressiva läkemedel och effekterna varierar från person till person beroende på vilka symtom de har. Det finns olika läkemedel och de verkar genom att öka nivåer av signalsubstanser. SSRI (serotoninåterupptagshämmare) är enligt Information om depression det första läkemedel som ska ges vid behandling av depression.

Palm et. al (2004) menar att behandlingens omfattning beror på vilken effekt antidepressivt läkemedel har gett och det kan ta cirka sex till åtta veckor innan man kan se resultatet. Då ska symtomen ha försvunnit, dock innebär det inte att behandlingen kan avslutas utan det måste för det mesta fortsätta med exempelvis terapi. Det kan ta från ett par månader till flera år innan en behandling avslutas, det är med andra ord individuellt för varje patient.

2:2 Bakgrund - Döva

Döva - definition

Döva är, enligt Sveriges riksförbund (SDR, 2012) en språklig minoritetsgrupp med egen kultur, värderingar och normer. I Sverige finns det ungefär tio tusen barndomsdöva och därtill kommer cirka 30 000 personer som använder teckenspråk i sin vardag. Göransson & Malmström (2002) menar att döva är den grupp som kommunicerar med teckenspråk och har det som sitt första språk. Individer som blir döva på grund av exempelvis sjukdomar i vuxenålder har däremot svenska som sitt första språk vilket innebär att de inte är delaktiga i dövulturen. ”Dövkultur beskrivs inom dövgruppen som ett livsmönster som är avhängigt det visuella språket, uppväxtvillkor, historia och traditioner” (Göransson & Malmström, 2002).

Teckenspråk - definition

I historien finns det en viktig händelse för döva i Sverige, det vill säga att teckenspråket godkändes som dövas första språk av riksdagen år 1981. Teckenspråk är ett visuellt språk där både ansiktets mimik och kroppsspråk används och full ögonkontakt krävs. Precis som andra språk är teckenspråket inte internationellt (Göransson & Malmström, 2002).

Delaktighet i samhället

Teckenspråk är ett språk som majoriteten i samhället inte behärskar och samhället är byggt utifrån hörandes villkor. Detta leder till utanförskap och isolering för många döva individer. Samhällig information passerar döva utan deras vetskap och de kommer efter i flera olika situationer. Göransson & Malmström (2002) menar att språkliga barriärer som föreligger för målgruppen begränsar deras förutsättningar att medverka och påverka besluten på samhällsnivå. Det är svårt för döva att integrera sig i ett samhälle som inte erbjuder tillgänglighet eller delaktighet .

Teckenspråkiga verksamheter

I Sverige finns det en brist på teckenspråkiga verksamheter inom det sociala arbetet och det finns heller inte många teckenspråkiga socionomer, ännu mindre döva socionomer i hela landet. Region Skånes dövenhet är en verksamhet som är ansluten till Region Skåne och denna verksamhet erbjuder sin målgrupp råd och stöd i form av sociala och pedagogiska insatser, stöd med de praktiska vardagliga sakerna och diverse gruppverksamheter. Utöver Region Skånes dövenhet finns det tre dövenheter till i Sverige, de finns i Göteborg,

Stockholm och Linköping (i skrivande stund har Jönköping precis bildat ett dövteam). Dessutom finns det även fyra psykiatriska öppenvårdsmottagningar för döva i Lund, Stockholm, Örebro och Göteborg. Det innebär att döva som är bosatta utanför dessa städer inte har tillgång till ett dövteam eller en psykiatrisk öppenvårdsmottagning och ofta får vända sig till icke teckenspråkiga verksamheter för att få hjälp och stöd.

I dagsläget finns det en aktiv teckenspråkig personlig tränare från MB Results i Stockholm som erbjuder bland annat olika gruppträningar, personlig tränare samt träningscoaching online¹. Det innebär att det är många döva som inte har tillgång till information, motivation och stöd av någon teckenspråkig aktör inom det området.

2:3 Definition av begrepp

Begrepp - förkortning

Målgruppen: Syftar på målgruppen för uppsatsen, dvs. deprimerade döva.

Anonyma intervjupersoner: Döva personer som intervjuats i denna uppsats.

MB Results: Ett företag som erbjuder teckenspråkig personlig tränare, träningscoaching online, kettlebellinstruktör, mamma bootcamp, gruppträningar och kettlebell workshop.

PT: En förkortning av personlig tränare.

Öppenvård: Psykiatriska öppenvårdsmottagningen för döva.

WHO: En förkortning av World Health Organization

FHI: En förkortning av Folkhälsoinstitut

Fysisk aktivitet: Med Fysisk aktivitet menas den muskelaktivitet som exempelvis motion, träning, kroppsarbete i bland annat trädgården och på arbetsplatsen. Fysisk aktivitet ökar energiomsättning.

Motion: Motion innebär att man medvetet rör på sig för att förbättra sitt välbefinnande och övrig hälsoaspekter.

Träning: Genom träning kan individen förbättra sin kondition, styrka, rörlighet och så vidare. Denna fysiska aktivitet finner man i idrotter där man ofta har en målsättning om vad man vill nå.

¹ Träningscoaching online erbjuder döva i alla städer utanför Stockholm en möjlighet till nätbaserad coaching som omfattar både kost och träning.

3. Metodkapitel

3:1 Urval, avgränsning

Psykisk ohälsa är ett brett område och jag har valt att avgränsa det till teckenspråkiga individer med depression. Mitt val baserades dels på att depression är något som syns mer och mer i dagens samhälle. Dels för att jag själv är döv och använder teckenspråk, så det kändes rimligt att använda denna målgrupp. Det är ett brett område och vidare avgränsade jag det till att titta på hur de professionella arbetar. Ahrne & Svensson (2011) anser att när valet av metod är gjort behöver man som forskare fundera på vad/vilka som ska ingå i urvalet, en fölfråga blir var finns de (Ahrne & Svensson, 2011). Något jag har funderat över är huruvida jag skulle använda brukarperspektivet då det var viktigt att det även kommer med. Jag la fokus på det professionella perspektivet och flikade in brukarperspektivet på slutet. Jag motiverar till mitt val i stycket om etiska dilemman.

Orsakerna till depressionens uppkomst hos människor är många och varierande, vilka hjälp/stöd och behandlingar också är. Där har jag valt att avgränsa till att enbart titta på hur fysisk aktivitet och social gemenskap påverkar dessa individer och här vill jag förtydliga att det innebär att jag inte har gjort en djupdykning i vilka behandlingar och mediciner som används.

3:2 Val av metod

Jag har valt att använda kvalitativ metod just på grund av att jag ville belysa den betydelse den fysiska aktiviteten och sociala gemenskapen har på individer med depression i en minoritetsgrupp genom kvalitativa intervjuer med utrymme för diskussioner. Vidare ville jag även belysa huruvida professionella inom det teckenspråkiga sociala arbetet kan använda fysisk aktivitet i sitt arbete samt hur de lyfter fram den sociala gemenskapens betydelse för denna målgrupp. Då området är brett och intressant att få lyfta fram med hjälp av empiriska material kändes det mest lämpligt att utföra intervjuer med de berörda professionella och anonyma intervjupersoner. Jag valde att använda semi-strukturerade intervjuer. Enligt Bryman (2002) innebär semistrukturerade intervjuer att samtliga intervjupersoner får besvara samma frågor och har samtidigt möjlighet att svara fritt (Bryman, 2002, s.301). I mitt fall blev det professionella från Dövenheten och psykiatriska öppenmottagningen som har fått besvara samma frågor. Personliga tränaren från MB Results och läkaren från psykiatriska

öppenmottagningen fick lite olika frågor som jag ställde utifrån deras yrke. Att jag ställde olika frågor utifrån respondenternas yrke berodde på att exempelvis läkaren och personliga tränaren har skilda arbetsuppgifter. Dock fick alla professionella svara på fysisk aktivitet- och psykisk ohälsarelaterade frågor. Min motivering till valet av metoden grundade sig mycket i att vetenskapliga forskning om målgruppen är liten i omfattning och jag fick ut mer utav att använda kvalitativa intervjuer med ordinarie professionella inom det ämnet jag ville belysa.

3:3 Kunskapsorientering

Parallellt med mina intervjuer gjorde jag litteratursökning och jag har använt den litteratur och de vetenskapliga artiklar som belyser och stöder ämnet. För att kunna få en bättre förståelse för ämnet jag valt att skriva om började jag med att göra en djupdykning i viss litteratur som omfattar motion, social gemenskap och depression samt material från MB Results och Region Skånes dövenhet med mera. Därefter blev det att sortera bland de vetenskapliga artiklar som jag har hittat genom att söka på ett par databaser: **Summon** och **SocINDEX**. Dessa artiklar omfattade bland annat de problem som förekom för hjälpsökande döva med depression, hur det teckenspråkiga sociala arbetet såg ut (dessvärre handlar det inte om Sverige, utan USA, Tyskland och England men problemen är ändå densamma här som i övriga länder). Vidare har jag även på Summon och SocINDEX sökt efter övriga vetenskapliga artiklar om träning, dess inverkan på deprimerade individer i allmänhet och hur professionella kan använda det i det sociala arbetet.

De sökord jag har använt i min sökning efter målgruppsrelaterade artiklar är:

Eng: Deafness, deaf, social worker, depression, training, motivation, social network, sign language, physical activity.

Sv: Döva, socialt arbete, depression, träning, teckenspråk, motion, Salutogenes, Salutogena perspektiv, motiverande samtal. Socialt nätverk. Socialt kapital. Social gemenskap.

Vetenskapliga studier om den målgrupp jag valt att belysa i min uppsats är liten i omfattning, mycket baserades på att det är en minoritetsgrupp jag skrev om. Därför var det svårt att hitta bra relaterade artiklar och litteratur som belyste just det ämnet. Dövenheten har skrivit en rapport ”Från projekt till regionalt resursteam för döva”, rapporten tillhör dock FoU² och jag

² Region Skånes forskning, utveckling och utbildning (www.skane.se/fou).

använde den med en viss försiktighet just för att ha ordinarie rapport om målgruppen att utgå ifrån då det råder en brist på det. Jag använde även nätbaserade sidor som belyser ämnet, bland annat WHO (World Health Organization), Suntliv.nu (arbetsmiljö och hälsa för kommuner och landsting) och Statens folkhälsoinstitut. Sammanlagt var det mycket allmänna material som jag har använt till min uppsats, det visar sig material som belyser något som är generellt för alla människor med psykisk ohälsa.

3:4 Källkritik

På grund av få vetenskapliga material om målgruppen använde jag allmänna material utan någon avgränsning gällande kön, etnicitet, ålder. Jag är medveten om att pålitlighet kanske inte är så hög då vetenskapliga material om döva enbart fanns i en liten omfattning. Det finns heller inte många vetenskapliga artiklar som belyser att det fanns ett samband mellan fysisk aktivitet och depression. Jag har dock valt att använda dem ändå på grund av att det finns en mängd forskning som pekar på att fysisk aktivitet faktiskt har goda effekter på depression.

3:5 Metodens förtjänster och begränsningar

En av de begränsningar som kunde uppkomma i mitt val av metod är att det fanns en risk att intervjufrågorna blev ledande från min sida och jag fick "förbestämda" svar som matchade mina frågor. Bryman (2002) betonar att intervjuaren inte bör ställa exempelvis ledande frågor eller använder avancerat språk som är svårbegripligt för respondenterna (Bryman, 2002, s. 305). Syftet med uppsatsen var bland annat att lyfta fram hur professionella inom det sociala arbetet kan tillämpa fysisk aktivitet i sitt arbete med deprimerade döva samt den sociala gemenskapens betydelse. Här skapades det en annan begränsning som omfattar antal respondenter. Jag intervjuade professionella inom det teckenspråkliga sociala arbetet och de är inte många. Sammanlagtvis blev det två socionomer, en läkare, en specialpedagog samt en personlig tränare från olika teckenspråkiga verksamheter i Sverige. Jag hade kontakt med nästan alla respondenter innan och hade lite insikt i deras arbete. De anonyma intervjupersonerna var heller inte många, jag intervjuade fyra individer (varav två via mail). Jag fick kännedom om dessa anonyma intervjupersoner på olika sätt och tog kontakt med dem via mail förutom en som uttryckte sitt intresse för intervjun vid ett tillfälle då vi träffades och ämnet diskuterades. Två av de anonyma intervjupersonerna upplevde obehagligheter med att bli intervjuade, däremot gick det utmärkt att ta intervjun via mail istället. De ville gärna bidra med lite då de ansåg att det var viktigt att andra fick ta en del av hur det kan vara att tillhöra

minoriteten i ett samhälle som representerar majoriteten. Dock innebar mailintervju en begränsning, det vill säga att det blev enkelriktad kommunikation och inga utrymme för direkt diskussion.

En fördel med semistrukturerade intervju är att mina respondenter har fått en möjlighet att besvara på ett öppet sätt då det fanns utrymme för det. Det innebar att jag kunde få olika svar på samma frågor och det skapade en större möjlighet för diskussion i analysdelen av uppsatsen. Vidare innebär semi-strukturerade intervjuer att man kan använda av sig en intervjuguide som enligt Bryman (2002) formas som en lista med punkter på de områden som ska tas upp under intervjun. Vilket kan underlätta för både intervjuaren och respondenten (Bryman, 2002, s.304-305). Jag funderade på vilka frågor jag skulle ställa i mina intervjuer och vilken riktlinje jag ville följa. Jönson (2010) menar att det är viktigt att fundera på vad för sorts frågor jag vill ställa till mina respondenter. Exempel på frågor är vad, vem och hur (Jönson, 2010, s. 18- 20). Jag valde att ställa frågor utifrån de områden jag ville belysa i min uppsats och jag utformade även mina frågor utifrån de artiklar och rapport som belyste dessa områden.

3:6 Metodens tillförlitlighet

Jag har använt av mig respondentvalidering för att säkerställa att min uppsats överensstämde med det som har tagits upp via exempelvis intervjuer. Med respondentvalidering menar Bryman (2002) att det omfattar respondenternas bekräftelse på att resultatet som intervjuaren presenterar i uppsatsen är korrekt (Bryman, 2002, s. 259). Jag har skickat min uppsats till de berörda personer, både professionella och anonyma intervjupersoner, för återkoppling, vidare innebar det att dessa respondenter fick en möjlighet till att rätta till de fel och brister som kunde uppkomma i min analysering av svaren.

Det kan dock orsaka några problem som Bryman (2002) nämner i sitt stycke om respondentvalidering, att göra en så kallad återkoppling kan dessvärre leda till att någon respondent vill att vissa detaljer ska censureras eller ta bort något stycke som i uppsatsen får stor betydelse om det tas bort (Bryman, 2002, s.259). Min tanke var att göra återkoppling då och då under uppsatsskrivandet för att minska risken till feltolkningar, felskrivningar med mera som skulle kunna leda till att pålitlighetens faktor blev låg. Inga korrigeringar behövde göras. Dock uppstod det hinder i samband med återkoppling, någon intervjuperson hann inte återkoppla i tid och en annan fick aldrig materialet.

Ett problem som Bryman (2002) menar är vanligt inom den kvalitativa forskningen är brist på transparens, det vill säga att respondenter och de som läser uppsatsen kan gå miste om hur forskaren har gått tillväga i exempelvis i sitt urval då det råder brist på information om det (Bryman, 2002). Alltså var det något jag behövde tänka på från början till slut, att jag presenterade mina tankar och mitt utförande i själva uppsatsen för att både handledaren och de som har intresse att läsa uppsatsen skulle kunna följa upp min process.

3:7 Analys

Bryman (2002) anser att den kvalitativa metoden lätt innebär en stor mängd material som måste sorteras och analyseras. Det kan upplevas som problematiskt och tungt i början och Bryman menar att det inte behöver bli så svårt. Det finns några riktlinjer som man kan följa i sin analysering av data (Bryman, 2002). Jag har funderat över hur jag skulle gå tillväga med min analys av mina empiriska material och det har inte varit lätt att komma fram till en metod som passade mig. Jag började koda de material jag hade tillgång till i början av uppsatsskrivandet för att därifrån få en bättre förståelse för valet av ämnet och få förslag till teori då jag fortfarande var osäker på vilken teori jag skulle använda. Bryman (2002) betonar att det är en god ide att börja med kodningen så tidigt som möjligt för det minskar att det blir alltför mycket material att koda på slutet (Bryman, 2002, s. 384). Det fanns flera sätt att utföra kodning på och jag har kodat mina material genom att kategorisera svaren utifrån mina frågeställningar och de begrepp jag valt att söka efter i samband med kunskapsorienteringen. Jönson (2010) menar att kodning är ett sätt för intervjuaren att få struktur i sina material. På det sättet kan man se tydliga mönster och de sambanden som förekommer genom att man till exempel kategoriserar utifrån begreppen och så vidare (Jönson, 2010, s.56). Jag har genomfört kodningen på samma sätt för både professionella perspektivet och brukarperspektivet.

3:8 Etiska överväganden

På grund av att jag skrev om en minoritetsgrupp som jag personligen tillhör valde jag först att inte ta med brukarperspektiv utan enbart professionellt perspektiv samt den forskning som finns. Valet grundades sig i att dövvärlden är liten och de svårigheter som kan uppstå med att avidentifiera intervjupersonerna. Efter diskussionen vid den första handledningen beslöt jag mig för att faktiskt ta med brukarperspektivet men inte lägga stor vikt på det just för att jag ville kunna avidentifiera intervjupersonerna. Vidare formade jag frågor så att det handlade om

målgruppens syn på de professionellas arbete, hur det har påverkat dem och så vidare. Något som är viktigt att tänka på enligt Vetenskapsrådet är att innan intervjun få respondenternas samtycke till att medverka i intervjun (Vetenskapsrådet, sid 9). Därför har jag valt mina respondenter med noggrann omsorg, övervägt fördelar och nackdelar och alla har fått möjligheten att avgöra själv om de ville medverka. Vidare valde jag även att inte ta någon brukare från dessa verksamheter som de professionella respondenterna representerade. Jag beslöt även för att inte avgränsa till en specifik åldersgrupp, kön etcetera på grund av att dövvärlden är liten. Valet gjordes i syfte att kunna skydda de anonyma intervjupersonerna.

Vetenskapsrådet menar att som intervjuare måste man informera respondenterna om vilka möjligheter och rättigheter de har samt i vilket syfte intervjuerna kommer att användas (Vetenskapsrådet, sid 7). Som jag nämnde ovan handlar min uppsats om en minoritetsgrupp och det innebär att jag har varit extra noga med vad som skulle tas upp vilket både professionella respondenter och anonyma intervjupersoner fick information om. De professionella respondenter jag har intervjuat fick även information om att det finns möjlighet att vara anonym och de har alla gett sitt medgivande om att deras namn får figurera i uppsatsen. Dock har jag valt att enbart ange deras yrkestitel och arbetsplats i själva uppsatsen. Enskilda personer som jag intervjuade förblev anonyma.

Ett annat etiskt dilemma som kunde uppkomma i mitt val av metod var att det kunde skapa olust, osäkerhet hos intervjupersonerna när jag använde en filmkamera under intervjun. Här betonar vetenskapsrådet att intervjuaren måste informera respondenter om diverse obehagligheter som kan uppkomma i samband med mitt val av intervjumetod (Vetenskapsrådet, s.7). Jag har varit noga med att informera intervjupersonerna redan vid förfrågan om intervju att jag eventuellt behövde filma intervjun, på det viset fick de en möjlighet att reflektera över deras ställning till att bli filmad. Alla utom en av respondenterna gick med på att bli filmade, istället för att filma använde jag datorn som anteckningsblock under intervjuns gång. Den första intervjun gick det tekniska och jag inte hand i hand så det blev även anteckning under denna intervju. Bryman (2002) menar att de som forskar inom den kvalitativa metoden använder exempelvis bandspelare då det är en viktig del när man ska analysera (Bryman, 2002, s. 306). På grund av min dövhet fick jag istället använda en filmkamera för att underlätta min analys. Som jag skrev tidigare kunde det skapa osäkerhet hos respondenterna. Bryman (2002) anser att för intervjuaren anteckningar föreligger det en

risk att intervjuaren missar detaljer i svaren och inte lyssnar helt fokuserat då mycket av tiden går till att anteckna (Bryman, 2002, s.306). Här förelåg det ett stort problem för mig som intervjuare, på grund av mitt visuella språk behövde jag titta på intervjupersonen eller på teckenspråkstolken³. Det minskade möjligheten för mig att föra en utförlig anteckning vilken jag märkte efter två av intervjuerna där jag antecknade. De små detaljerna som exempelvis ansiktets mimik och uttryck gick förlorad och jag hade säkerligen missat vissa ord.

Språkmässigt dilemma

Ytterligare ett dilemma till som var viktigt att överväga hur jag skulle gå tillväga, och det handlade om språk. Jag beslöt mig att intervjua målgruppen som tillhör en språklig minoritetsgrupp och på grund av den språkliga barriären hos många i målgruppen behövde jag tänka på vilket språk jag använde. Vidare funderade jag på huruvida jag skulle använda akademiskt språk i min uppsats eller om jag enbart skulle använda den vanliga vardagliga svenskan just för att döva (utan akademisk utbildning) läsare lättare skulle kunna förstå uppsatsens innebörd. Till sist beslöt jag mig för det senare, en del av beslutet baserades på att intresset för min uppsats finns bland döva. Vidare baserades det på språket mina anonyma respondenter använde, jag ville inte riskera att kränka dem på något sätt genom att ändra deras språk. Därför har jag låtit deras svar vara orörda.

Förförståelse

På grund av att jag själv kommer från den minoritetsgrupp jag valt skriva om hade jag förförståelse för målgruppens situation gällande språkmässiga hinder. Vidare hade jag även förförståelse angående träning och social gemenskap, vilken gjorde att jag försökte lämna mina personliga åsikter utanför denna uppsats. Jag lyfte istället fram diverse problem som kunde uppkomma och belysa det utifrån ett professionellt perspektiv och ett brukarperspektiv.

4. Teoretiska utgångspunkter

Jag har valt att belysa både den kognitiva teorin och den salutogena teorin för att beskriva och förstå tankegången hos deprimerade individer. Först presenteras Aaron Beck's kognitiva teori med beskrivning om hur den kognitiva funktionen hos målgruppen fungerar. Därefter tas Aaron Antonovsky's salutogena teori upp, vilken har fokus på hur och vad som krävs för

³ Jag använde teckenspråkstolk i min intervju med läkaren på öppenvården då denne inte kunde teckenspråk.

målgruppens tillfriskning/bättre välmående. Vidare presenteras det centrala begreppet i den salutogena teorin: KASAM (Känslan Av Sammanhang).

4:1 Den kognitiva teorin

Det finns flera olika teoretiska antaganden om depressionens uppkomst och jag presenterar här Beck's kognitiva teori för att skapa en förståelse om tankegången hos deprimerade människor. En kort beskrivning av behandlingsformen kognitiv beteendeterapi tas upp i ett stycke då metoden används utav professionella respondenter och anonyma intervjupersoner i denna uppsats. Aaron T. Beck var professor inom psykiatrin och under 1960 talet skapade han den kognitiva teorin. Med denna teori menar Beck att både beteende, känsla och tanke har ett samband och inverkan på varandra. Hur en individ uppfattar sig själv och sin omvärld är teorins kärna (Oestrich, 2003).

Kognitiv triad-modellen

Disner & Beevers (2011) tar upp ett centralt begrepp i den kognitiva teorin vilket är kognitiv triad som har fokus på depression. Med begreppet menas att en deprimerad individ fastnar i den onda cirkeln som utgörs utav tre tanketeman; Låg självkänsla, negativ syn på omgivningen och att framtiden är mörk. Den kognitiva triaden har "huvudroll" i depressionens uppkomst, varaktighet samt återfall.

Att den deprimerade individen har en dysfunktionell tankegång innebär dock inte att individen tänker på ett fel sätt utan på ett negativt sätt (Oestrich, 2003). Med låg självkänsla menar Beck att den deprimerade individen inte känner sig värdefull och inte inser någon mening med sin existens. Individens psykiska eller fysiska brister är en orsak till dennes upplevelse av värdelöshet. Omgivningen och samhället ställer för höga krav anser individen, alla och allt är emot individen. Med att framtiden är dyster menar författarna att individen förväntar sig att depressionen aldrig försvinner samt att motgångar och misslyckanden är en del av individens vardag (Oestrich, 2003. Disner & Beevers, 2011).

Enligt Oestrich (2003) går kroppen och själen hand i hand, de ses som en helhet och även om det inte än finns vetenskaplig forskning som är enig om huruvida kroppen och själen påverkar varandra gällande sjukdomar kan man se sambandet mellan dessa två faktorer. Det vill säga att det psykiska har en stark inverkan på det kroppsliga (ibid.).

Kognitiv beteendeterapi

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en behandlingsform med fokus på individens beteende och tolkningar av omvärlden och sig själv. KBT tillämpas mest på människor som lider utav depression och ångest. Denna behandlingsform går ut på att förändra dysfunktionella tankemönster, känslor samt handlingar hos den deprimerade individen (BTF-föreningen⁴). Vidare har behandlingsmodellen fokus på nuet och framtid. Genom terapin kartlägger terapeuten och individen gemensamt de sysselsättningar som förelåg i individens liv före depressionens utbrott. Det vill säga att det är viktigt att den deprimerade individen bryter sin inaktivitet och hittar tillbaka till positiva tankemönster som aktiviteter ger och en känsla av meningsfullhet (Oestrich, 2003).

4:2 Den salutogena teorin

Aaron Antonovsky (1923 - 1994) uppfann den salutogena teorin som kommer från det latinska ordet för hälsa, salus samt grekiskans genesis som betyder ursprung. Den salutogena teorin utgår på att lyfta fram de hälsofrämjande faktorer som håller människor friska. Det är med andra ord motsatsen till patogent som har fokus på de faktorer som gör människor sjuka (Jan Gassne, 2008). En grundidé är att en händelse inte behöver innebära att alla blir drabbade, Antonovsky (2005) menar att en del människor har en bättre förmåga att klara av de situationer som uppkommer än andra människor. Antonovsky (2005) menar att både hälsofrämjande faktorer och faktorer som orsakar ohälsa är lika viktiga och det innebär att man måste se personen som en helhet. Då bortser man från att enbart titta på exempelvis vilken diagnos individen har (Antonovsky, 2005). Gassne (2008) definierar Antonovsky's syn på teorin: "Salutogenesis gives the priority to understanding the processes of movement toward the never -achieved pole to full health".

Med det menar Gassne (2008) att människor balanserar mellan de två ytterpoler (hälsa och ohälsa) på kontinuumet och det behöver inte innebära att människor endast dras till en av polerna utan rör sig mellan dessa poler beroende på individens motståndskraft.

Hälsofrämjande skyddsfaktorer

Gassne (2008) betonar att det salutogena perspektivets fokus ligger bland annat på att

⁴ BTF-föreningen är en beteendeterapeutisk förening vars syfte är att sprida information om beteendeterapi och reklamera utbildningar inom området. Föreningen har bland annat vidareutbildningar i kognitiv beteendeterapi.

tydliggöra de hälsofrämjande skyddsfaktorer som begränsar individens utvecklande av problem och skada. Vidare innebär perspektivet en beskrivning av hälsa och dess betydelse för målgruppen (Gassne, 2008). Några av de salutogena faktorer är bland annat bra självkänsla, har förmåga att lösa problem samt styra sitt liv, har en känsla av empati och bra socialt stöd. Dessa ses som generella motståndsresurser (GMR) och med alla skyddsfaktorer på plats är GMR starka. När ett problem dyker upp behöver individen ha resurser att möta det, och socialt stöd är en av resurserna som har en betydelse för individens hälsofrämjande utveckling (Antonovsky, 2005).

KASAM och stressorer

KASAM (Känslan Av Sammanhang) påverkar hur varje individ bemöter och hanterar den situation som denne befinner sig i. Beroende på vilken skala på KASAM individen befinner sig påverkar förmågan att hantera problemet. Antonovsky (2005) menar att stressorer är något som vi människor upplever hela tiden i olika situationer. Beroende på strategier att bemöta stressorer varierar det från individ till individ hur ens livserfarenheter hanterar de krav och problem som uppkommer. Enligt Antonovsky (2005) finns det tre olika former av stressorer. ”Kronisk stressor” karaktäriserar individens liv, stora händelser såsom uppväxt, miljö, personlighet med mera. Det som ständigt påverkar individens liv. Andra stressorn är ”viktiga livshändelser”, detta är området som det fokuseras mest på av läkare och forskare. Det inbegriper stora händelser både positiva och negativa som påverkar individens liv såsom en skilsmässa, en närståendes död, pensionering med mera. Den tredje är ”dagsaktuella förtretligheter” små saker som påverkar individen för tillfället, såsom missa bussen, få parkeringsbot och övriga vardagliga saker. Med det vill Antonovsky (2005) säga att individens motståndskraft beror på KASAM och hur individen upplever sin situation som begriplig, hanterbar och meningsfull.

De tre grundstenar i KASAM är: Begriplighet. Hanterbarhet. Meningsfullhet. Med begriplighet menar Antonovsky (2005) att individen förstår vad som inträffar och upplever det som ordnat, tydligt och strukturerat. Det vill säga att individen kan förklara och förstå det som sker. Hanterbarhet innebär att individen har förmåga nog att möta diverse problem som kan uppkomma i livet. Individen har sig själv som verktyg men även sitt nätverk, i och med det känner individen inte sig som ett offer. Meningsfullhet omfattar att individen känner sig delaktig i vad som sker runt individen och att det finns mening med ens existens. De problem

som uppkommer övervägs om de är värda att lägga sin energi på.

Det är dessa tre faktorer som utgör känsla av sammanhang.

Hälsa och KASAM

Hälsa i samband med KASAM innebär att individen har en känsla av sammanhang och kan möta både stress och problem i omvärlden (Antonovsky, 2005). En händelse kan förändra individens perspektiv och en ny insikt kan leda till ett nytt hälsosamt liv, det ökar individens KASAM (hälsa). Depressionen kan däremot sänka motståndskraften hos individen vilken ger en låg KASAM (ohälsa). Med låg känsla av sammanhang försvåras hanterbarheten av situationen. Enligt Gassne (2008) har livskvalitet en betydelse för KASAM-skalan. Litet eller inget alls socialt nätverk, behovet av hjälp med vardagliga praktiska sysselsättningar samt ekonomiska problem har en påverkan på hälsan och psykiska hälsan. Depression har ett samband med individens livskvalitet eftersom negativa aspekter leder till depression.

KASAM - uppskattningsskala

Känslan av sammanhang, KASAM, beskriver hur människor hanterar stressorer som uppkommer i olika levnadssituationer. Med hjälp av KASAM uppskattningsskalan⁵ kan man se vid vilken ytterpol (hälsa - ohälsa) individen befinner sig. För att kunna mäta KASAM används 29 frågor med fyra olika värden (total poäng, B-poäng = Begriplighet, H-poäng = hanterbarhet och M-poäng= Meningsfullhet). Vanligtvis ligger KASAM på 140 total för friska personer och under 120 klassas som svag KASAM medan över 160 klassas som stark KASAM.

5. Tidigare forskning

5:1 Döva - depression

Begreppet psykisk ohälsa är brett och omfattar allt från allvarliga psykiska störningar till psykiska besvär som påverkar ens vardagliga liv (Rolf Eriksson, 2006). Att en individ drabbas av psykisk ohälsa kan bero på flera olika faktorer och den sårbarhet man bär på. Eriksson

⁵ Jag har hämtat och använt formulären för KASAM uppskattningsskala från <http://salutogenes.nu/kasamtest.asp>

(2006) menar att de upplevelser och påfrestningar individen möter kan påverka individens sårbarhet antingen negativt eller positivt. En sårbarhet kan utlösa exempelvis depression och det är något som i några fall är genetiskt. Dock innebär det inte att alla får depression utan det handlar om ens förmåga att hantera det. Det föreligger ett samband mellan psykisk ohälsa och utanförskap. Vårt samhälle är anpassat efter hörandes villkor vilka skapar en sorts utanförskap för döva då de är i behov av diverse hjälpmedel som exempelvis tolk för att kunna delta i samhället. Sheppard & Badger (2010) betonar att uppkomsten av depression hos döva individer ofta grundas i kommunikationsbrist då det nästan alltid föreligger vissa svårigheter för döva att kommunicera med majoriteten av befolkningen i vårt samhälle. Brist i kommunikation leder till isolering vilken kan påverka den sårbarhet hos en döv individ som utlöser depression. Fellingner et. al (2012) anser att ett nära samarbete med teckenspråkiga professionella eller teckenspråkstolkar förbättrar kvaliteten på vården som ges till döva. Individer som får en möjlighet till teckenspråkskunnig professionell eller tolk tar emot förebyggande vård, får lättare rätt rådgivning inom psykiatri och det sociala arbetet jämfört med individer som får en skriftlig konversation med de icke teckenspråkskunniga professionella (ibid.). Vid den senare kommunikationsformen uppkommer feldiagnoser lättare på grund av mycket missas i kommunikationen. Målgruppen berättar om sin rädsla, sin misstro och sin frustration inför hälso- och sjukvården. En förståelse för dövulturen är onekligen nödvändig (Fellinger et. al, 2012).

Forskning om döva och deras psykiska ohälsa är liten i omfattning, mycket beror på att en gång i tiden trodde man att döva inte drabbades av depression mer än vad hörande gör men det visade sig att mycket berodde på att döva drog sig, på grund av språkmässiga skäl, undan för att söka hjälp (Sheppard & Badger, 2010). Missförstånd och felbehandling är två faktorer som är en grund till att döva är tillbakadragna gällande söka professionell hjälp. I rapporten nämner Göransson & Malmström (2002) att det har kommit fram, utifrån professionellt- och brukarperspektiv, att en stor grupp av döva hellre håller sina problem inom sig själva istället för att söka hjälp.

”Man är van vid att folk inte förstår, det är ingen idé att ta upp problemet”

(Döv person, Göransson & Malmström, 2002).

Myer & Thyer (1997) betonar att det är viktigt att de socionomer som kommer i kontakt med

deprimerade döva i sitt arbete även har kunskaper om dövas historia samt deras situation i det hörande samhället. För att ställa diagnos på ett psykiskt problem krävs naturligtvis att man kommunicerar med läkare och övriga berörda professionella. Vidare menar Sheppard & Badger (2010) döva har ofta svårt att definiera deras hälsotillstånd och koppla samman exempelvis sorg och trötthet med depression. Mycket har sin grund i att det är sällsynt att icke teckenspråkiga professionella inom sociala arbetet och sjukvården ställer frågor om depressiva symtom just på grund av kommunikationssvårigheter. Författarna betonar även att det händer att döva får felaktiga diagnoser (Sheppard & Badger, 2010). Feldiagnoser och utebliven hjälp är en följd utav kommunikationssvårigheter mellan den hörande professionella och den deprimerade döve (Myer & Thyer, 1997).

5:2 Döva och avsaknad av hälsofrämjande information

Smith et. al (2012) menar att det finns skillnader mellan döva och hörande gällande tillgång till samhälllig hälsorelaterad information om hur man bör motionera, äta rätt och så vidare för att få bättre välbefinnande. Rapporten om skillnader mellan döva och hörande unga vuxna visar enligt författarna att döva har en väldigt begränsad möjlighet att få samma omfattning av information som hörande har (Smith et. al (2012)). Vidare menar författarna att de språkliga svårigheter som döva har ger som Deafinfo⁶ har hälsorelaterade konsekvenser för dem, det vill säga att de får en försämrad hälsa på grund av kunskapsbrist som uppstår genom kommunikativa barriärer (ibid.). Fenomenet är något upptäckt och belyst genom att starta ett hälsofrämjande projekt som pågått de två senaste åren. Projektet har fokus på att göra nätbaserade beskrivningar om depression, motion och övriga faktorer som har betydelse för hälsan. Utöver text ges informationen även på teckenspråk via videosnuttar. Vidare lyfter Deafinfo fram forskning som belyser sambandet mellan psykisk ohälsa och motion (ibid.).

Dock ligger inte problematiken enbart hos döva utan en stor del av problematiken handlar om professionellas okunskap om döva och dess språk. Där minskar de dövas möjlighet till pålitlig information (Smith et. al (2012)). Här menar författarna att döva har ofta svårt att förstå sambandet mellan sitt välmående och psykisk ohälsa som exempelvis depression och de drar sig för att söka hjälp på grund av kommunikationsproblem. Göransson & Malmström (2002) betonar att det är ytterst viktigt att diverse myndigheter i samhället får bättre information och

⁶ www.deafinfo.org.uk är ett projekt som främjar dövas tillgång till hälsofrämjande samhälllig information.

kunskap om döva för att kunna ge dem en möjlighet till samma goda samhällsservice som andra samhällsmedborgare har tillgång till (Göransson & Malmström, 2002, sid. 59). SDR⁷ (2012) menar att samhället måste tillåta döva full delaktighet som medborgare för att döva ska kunna ha en möjlighet att delta i alla tänkbara levnadssituationer.

5:3 Social gemenskap

Bo G Eriksson (2008) betonar i sin artikel att människor är medvetna om vilken inverkan den sociala gemenskapen har på människor och med det menar författaren att människor mår bra utav att få vara en del av en gemenskap. Enligt Eriksson (2008) har social gemenskap fyra fungerande grundstenar:

1. Genom att delta i en social gemenskap får individen fysisk aktivitet som både tränar kroppen, hjärnan och medvetandet.
2. Social gemenskap är ett redskap för att minska exempelvis oro och depression.
3. Individen får hjälp med att fatta beslut.
4. Social gemenskap ger en känsla av sammanhang och stöd för den egna självkänslan och identiteten.

Samtal med omgivningen kan ha en orodämpande funktion, med det vill författaren säga att humöret påverkas av hur individen ser på världen runt sig. Genom vardagliga samtal kan individen känna en delaktighet i den sociala gemenskapen med andra, individens oro och rädsla kan delas och reduceras. Dock blir det tvärtom om individen är ensam, exempelvis en deprimerad människa drar gärna sig undan och i sin ensamhet kan oron bli större än nödvändigt. Per Carlson (2007) nämner i sin rapport om socialt kapital och psykisk hälsa att en individs sociala nätverk har en viktig inverkan på både det fysiska och psykiska. Med det menar Carlson att ett nätverk i form av exempelvis vänner, familj etc. kan ge emotionellt och instrumentellt stöd för individen (Carlson, 2007, sid 5). Vardagliga samtal med omgivningen ger individen en hjälpande hand att fatta både svåra och lätta beslut. Eriksson (2008) anser att människor är i behov av både fysisk och mental träning för att hälsan ska upprätthållas.

⁷ Sveriges dövas riksförbund

Sådana vardagliga beslut som till exempel hur dagen ska se ut, vad för aktiviteter som ska genomföras med mera är en form av mental träning. I samtal med en nära vän, partner eller övrig omgivning skapas en känsla av samhörighet och ens identitet tydliggörs. Här tar Eriksson (2008) även upp Antonovsky's begrepp KASAM som menas att en hög KASAM får positiva effekter på individens psykiska och fysiska hälsa. Individen känner en samhörighet med sin omgivning, en delaktighet i den sociala gemenskapen och samhörigheten ger individen en känsla av tillhörighet. Människor är med andra ord i behov av att delta i en gemenskap och en brist av det försvårar möjligheten att behålla ens identitet och känsla av sammanhang.

Faskunger & Schäfer Elinder (2006) betonar att socialt stöd har en viktig betydelse för en individs möjlighet till förbättrad fysisk aktivitet. Med det menar författarna att det underlättar för individen att komma igång med fysisk aktivitet som exempelvis träning om individen har tillgång till socialt stöd i form av rådgivare, träningskompis med mera (ibid.). Med emotionellt stöd syftar både Carlson (2007) och Faskunger & Schäfer Elinder (2006) på exempelvis tillit, beröm, uppmuntran från omgivningen. Instrumentellt stöd omfattar det praktiska som att någon följer med individen till träningen, ordnar material och agerar rådgivare (Carlson (2007), Faskunger & Schäfer Elinder (2006)). Ett nätverk innebär trygghet i det vardagliga, inte minst när individen infinner sig i en svårhanterlig situation. Vidare menar Carlson att utan ett socialt nätverk och en delaktighet i samhället är risken stor att individen dör jämfört med de med starka socialnätverk (Carlson, 2007).

5:4 Fysisk aktivitet och psykisk ohälsa

Fysisk aktivitets betydelse för hälsan och psykiska hälsan

World Health Organization (WHO) betonar att fysisk inaktivitet faktiskt är en av de fyra största riskfaktorer för en global dödlighet. Vidare menar WHO att det är ett globalt hälsoproblem och cirka 3000 människor dör av inaktivitet. Folkhälsoinstitutet (FHI) betonar att fysisk inaktivitet även är en av riskfaktorerna för diverse sjukdomar som exempelvis högt blodtryck, diabetes, vissa cancerformer och psykisk ohälsa. Faskunger & Schäfer Elinder (2006) anser att fysisk inaktivitet beror på bland annat stillasittandefenomenet i dagens samhälle, passiva transporter bidrar till en ökning utav fysisk inaktivitet. En grund till att den fysiska inaktiviteten är stor kan även vara ett felaktigt antagande om vad fysisk aktivitet innebär. Intensiva träningspass med svett och andfåddhet rekommenderades förr i tiden, det

skulle vara på idrottsnivå vilket många människor hade svårt att ta till sig då de inte var sportiga av sig. Idag rekommenderas man allt från dagliga promenader till styrketräning med förutsättningen att det ska pågå i minst trettio minuter (Faskunger & Schäfer Elinder, 2006). Här inflikar Folkhälsoinstitutet (FHI) att förr i tiden var fysisk aktivitet något som utfördes dagligen, till och med i flera timmar genom att använda ens kropp i sökande efter mat, i jakt och arbete. Parallellt med den tekniska utvecklingens språng i vårt samhälle har befolkningen blivit mer stillasittande, både på hemmaplan och på arbetet, då det för mesta inte krävs kroppsarbete (Faskunger & Schäfer Elinder, 2006).

Faskunger & Schäfer Elinder (2006) anser att fenomenet orsakar inte enbart att sjukdomar uppkommer utan det orsakar även en stor kostnad för samhället då hälsorelaterade problem kräver vård och behandlingar. Faskunger & Schäfer Elinder (2006) menar att det krävs insatser på samhällsnivå för att förändra det passiva fenomenet. Folkhälsoinstitutet (FHI) genomförde detta år den tredje kampanjen om ett friskare Sverige, vilken är ett uppdrag från regeringen i syfte att öka befolkningens kännedom om både kost och fysisk aktivitet och dess inverkan på fysisk och psykisk hälsa. Naturligtvis kan det inte innebära en förändring genast men genom att varje år ha en så kallad uppmärksamhetsvecka kan det ge en påverkan och ge en insikt hos människor om vilken betydelse fysisk aktivitet och sund kost har. Faskunger (2001) flikar in här att även om forskning, hälsokampanjer med mera inte leder till att hela Sveriges befolkning förbättrar motionsnivån är det ändå viktigt att det ingår i förändringsarbetet. Med det vill Faskunger (2001) säga att det finns forskning som visar att fysisk aktivitet har en väldigt god inverkan på bland annat depression och det ska vi inte bortse från.

Kjellman (2005) betonar att även om det finns mycket forskning, studier, artiklar och så vidare som visar att fysisk aktivitet kan bota/lindra depression är det inte helt vetenskapligt bevisat än. Särskilt gällande vad det är som orsakar minskningen av psykiska ohälsan. Det finns olika hypoteser om vad som kan ligga bakom minskning av den psykiska ohälsan, bland annat kan individens kognitiva funktion ha en betydelse gällande träningens effekt på psykiska ohälsan (ibid.). Med det menar Kjellman (2005) att likt med kognitiv beteendeterapi kan träningen bland annat förbättra individens självförtroende, bryta det negativa tankemönstret. En annan tanke är att endorfiner som utlöses utav träning har den positiva effekten på depression (ibid.).

5:5 Fysisk aktivitet som en del av förändringsarbetet

Motion på recept kan skrivas ut av läkare och motiverande samtal (MI) kan tillämpas av professionella aktörer. Men för individer med psykisk ohälsa är det svårt att förändra sitt liv, individer med depression är en svår grupp att arbeta med då de knappt har någon energi och det leder till svårigheter att få dem att exempelvis börja träna. Enligt Hetteima et. al. (2005) har den evidensbaserade metoden motiverande samtal (MI) fokus på att motivera individen till att förändra individens osunda livsstil och beteende för att förbättra dennes situation. Motiverande samtal (MI) grundades utifrån kognitiva och beteendeterapeutiska metoder och har klienten i centrum. Metoden går även ut på att bland annat nå individens nyfikenhet och aktivt deltagande för en förändring. Vidare anser Hetteima et. al. (2005) att motiverande samtal (MI) förbättrar möjligheten till en inre förändring, bearbetning av diverse tveksamheter och hinder samt hjälp att ta steget mot förändring. Metaanalyser pekar på att MI fungerar som andra metoder men på kortare tid. Studier har hög pålitlighet för MI när det gäller bland annat förändringar av kost och motionsvanor, alkoholproblem, högt blodtryck och så vidare. Hetteima et. al. (2005) menar att även om MI har evidensstöd så kan effekterna variera från studie till studie. Kjellman (2005) intygar att motivationsarbetet är en viktig faktor i individens förändringsarbete även om det kan vara svårt för professionella aktörer att motivera individen. Hetteima et. al (2005) betonar att i arbetet med deprimerade människor krävs det mycket motivation till motion och den evidensbaserade metoden motiverande samtal MI kan användas som en del av behandlingen. Enligt Hetteima et al. (2005) är målet med MI att förstärka motivationen hos individen, dock kan det ske en ökning samt en minskning av motivation under samtals gång så behandlaren ska ha en uppmärksamhet på när det ökar respektive minskar. Det viktiga i denna metod är att motivationen ska komma från individen själv, denne ska vilja förändra sig för sin egen skull, inte för andras skull.

Hult & Waad (1999) menar att om en individ ska kunna genomföra ett förändringsarbete behöver denne utgå ifrån Antonovsky's villkor gällande beteendeförändring:

- Individen ska ha kunskap om att det är viktigt att förändring sker (Begrifflighet).
- Individen ska själv önska sig denna förändring, dvs. det ska finnas en känsla av meningsfullhet, att det individen gör ger livet en mening. (meningsfullhet)

- För att en förändring ska kunna ske behöver individen ha förmåga att hantera förändringar (hanterbarhet).

Individen ska alltså både kunna förstå sin situation, känna att förändring är nödvändig och kunna hantera förändringen. Det vill säga att individen inser ett sammanhang med sin existens. Enligt Antonovsky (2005) förlorar hälsan sin betydelse om individen inte finner en mening med livet. Svårigheter att komma igång är stora hos deprimerade individer just på grund av ovan nämnda orsaker, det vill säga brist på energi och minskad lust att motionera. Kjellman (2005) anser att det underlättar individens förändringsarbete om träningen hålls i en grupp och med en ledare som exempelvis personlig tränare. Problemet ligger dock i att få in en deprimerad individ i gruppen då denne oftast håller sig för själv (ibid.).

Palm et. al (2004) menar att en omfattande hjälp måste ges vid behandling av depression på exempelvis öppenvård och då ska behandlingen innehålla olika delar som bland annat information om sociala åtgärder, effekter av regelbunden motion och kostvanor. Dessutom anser Palm et. al (2004) att både fysisk träning och avslappningsövning ska ses som en viktig resurs i själva behandlingen. Som professionell aktör kan man finnas där för undervisning av hälsofrämjande förändringar, försöka motivera och så vidare. Men i slutändan är det individen själv som tar det avgörande beslutet. Faskunger (2001) betonar att det är upp till individen att själv (i vissa fall med stöd av andra aktörer) förändra sitt beteende. En livsstilsförändring kan individen både ha kontroll på och påverka. Enligt FHI är det ganska vanligt att människor som inte utför tillräcklig fysisk aktivitet söker hjälp hos exempelvis psykiatrin, vårdcentralen med flera för andra problem än fysisk aktivitet. FHI menar att det kan bli en inkörsport till insikten om vad som saknas för ett bättre välmående.

6. Empiriska material

Här presenteras de material som kommit fram av de semi-strukturerade intervjuer jag gjorde med teckenspråkiga professionella, en läkare, två socionomer, en specialpedagog och en personlig tränare. Samt med fyra anonyma intervjupersoner (varav två skedde via mail). Först presenteras det professionella perspektivet utifrån de teman uppsatsen berör, därefter kommer brukarperspektivet.

6:1 Professionellt perspektiv

8:2 Döva med depression

Läkaren, öppenvård, definierar depression som en bred psykisk ohälsa, det finns olika grader av depression. Det kan vara allt från nedstämdhet, olust, till ingen livsgnista och självmord. Man kan dela in ohälsan i tre grupper; svår, medel och måttlig. Ofta är det de med en svår depression som behöver läkemedel och terapi som behandling, medan de två andra grupperna kan ha diverse behandlingar som exempelvis terapi i form av KBT (kognitiv beteendeterapi). Mycket av behandlingen går ut på att skapa en helhetssyn hos patienten och förståelse för orsakerna till dennes depression. Vidare tittar man på riskfaktorer som finns runt patienten och på de friskfaktorer som exempelvis börja motionera, ändra sin kost med mera. En annan svårighet som kan uppkomma i arbetet med deprimerade döva är att motiverande samtal försvåras av språklig depravation som finns bland målgruppen. Det kan även bero på att deprimerade döva kan ha svårigheter att kommunicera och inse vidden av hjälp som erbjuds när de mår extremt dåligt.

”Hos målgruppen är kommunikativ problematik en av grunder till depressionens uppkomst.

Dövhet är en funktionsnedsättning och som en följd av brist i kommunikation är resultatet social isolering/utanförskap i samhället. Det skapar en sårbarhet hos målgruppen och det kan ha en livslång varaktighet samt vara en faktor som utlöser depression”

(Socionom, öppenvård).

Isoleringen och depressionen som kan vara en följd av kommunikationsbrist är som bekant ett problem för både individen och dennes omgivning. Personliga tränaren, MB Results, menar att som teckenspråkig personlig tränare fokuserar hon inte enbart på motion och kost utan det omfattar även rådgivning och personliga samtal. Ofta har en livsstilsförändring i form av motion en grund i andra problem och för att det ska bli så bra som möjligt behöver både personliga tränaren och kunden tillsammans lyfta fram det. Dock innebär det inte att man behöver älta problemet, utan vara medveten om det och de svårigheter som kan dyka upp under träningen. MB Results erbjuder teckenspråkig personlig tränare och det ger en direkt kommunikation med målgruppen, vilket det råder en brist på i Sverige. Med direkt kommunikation menar personliga tränaren att man lättare kan visa förståelse och förtroende samt skapar samhörighet med målgruppen.

6:3 Döva och samhället

Specialpedagogen, dövenhet, menar att det föreligger myndigheter vissa svårigheter att förstå

konsekvenserna av social isolering för döva i samhället samt att social isolering bland annat kan påverka målgruppen både fysiskt och psykiskt. Samtliga professionella respondenter menar att deras arbete kan ses som en bro mellan döva och det hörande samhället. En stor del av deras arbete går ut på att förklara och informera berörda myndigheter om döva och dess situation. Socionomen, dövenhet, kan ibland känna att arbetet med att informera hörande tar mer tid än vad socionomen har med sina klienter. Enligt socionomen, dövenhet, antar många icke teckenspråkskunniga hörande att det räcker om döva befinner sig i en folksamling för att isoleringen ska brytas. Som exempelvis på ett boende för personer med funktionsnedsättning, med det menar de att döva inte är ensamma för det finns folk dygnet runt. Dock tänker de inte på att det är där som isoleringen märks mest, döva brukare ser folk men inte vad som sägs. Det är frustrerande för målgruppen och flera har beskrivit att de får huvudvärk och trötthet av att försöka förstå vad som sker runt om en.

“Målgruppen beskriver det som att de hellre är ensam i ett folktomt rum än ensam i social gemenskap med icke teckenspråkskunniga människor” (Socionom, Dövenhet).

Specialpedagogen, dövenhet, tar upp en problematik som är generellt för de verksamheter respondenterna representerar, det vill säga att hörande har ett stort utbud av verksamheter för exempelvis motion, kost, behandlingar. Utbudet för döva är begränsat och få. Tillgång till samhällig, hälsofrämjande information är ett annat problem. Hörande får input från samhället och i brist på information utvecklas misstro och misstänksamhet gentemot hörande hos döva. Utanförskap och begränsad delaktighet i samhället är två faktorer som orsakar varaktighet av depression hos målgruppen.

6:4 Fysisk aktivitet som en del av förändringsarbetet

”Träning och kost är en självklar del i alla människors liv för att kroppen ska må bra, dessutom hör sinne och själ ihop och det kallas balans”

(Personlig tränare, MB Results).

Samtliga respondenter menar att alla människor behöver någon form av fysisk aktivitet för att kunna förbättra sitt välbefinnande. Det viktiga är att finna genombrott hos sig själv och där kommer man till kärnan. Vad är orsaken till psykisk ohälsa? Enligt PT, MB Results, kan det bli jobbigt att inse att man måste förändra sin livsstil och det som krävs för att det ska bli en

hållbar förändring. Läkaren, öppenvård, anser att motivations arbete med döva deprimerade patienter kan innebära vissa svårigheter just på grund av att målgruppen ofta saknar energi och de kan inte tvinga dem då all behandling och vård på mottagningen är frivillig. Däremot kan professionella lägga en stor vikt på att försöka förklara, motivera målgruppen att förändra deras vardagliga vanor (motion, kost, alkohol).

“Som socionom kan man motivera brukaren först efter att denne har fått insikt om vad som behövs motiveras och förändras” (Socionom, dövenhet).

Det beror på orsaken till depressionens uppkomst och man kan börja med exempelvis medicinering, terapi och även kostförändring och träning. Dock menar PT, MB Resluts, att det är väldigt tufft att börja förändra sin situation med motion eftersom det krävs att man har både viljan och styrkan att genomföra det och det kan bli svårare om man är deprimerad.

”Det vore lättare om målgruppen har tillgång till en personlig tränare som kan peppa dem när träningen känns motig och ge dem det självförtroende de saknar” (PT, MB Results).

Det finns många olika former av fysisk aktivitet och det kan omfatta allt från promenad till ett hårt träningspass på gymmet. PT, MB Resluts, säger att det är viktigt att man ger sig själv lite tid för det tar ett par veckor innan man finner glädjen i träningen och endorfiner vaknar till liv när man börjar motionera regelbundet och rejält.

Enligt socionomen, öppenvård, har Region Skåne krav på hälsofrämjande samtal med alla målgrupper inom Region Skåne, vilket omfattar motion, kost, alkohol och rökning. Saknas förkunskaper hos oss professionella får de hämta information själva eller delta i utbildningsdagar med föreläsningar etc. Ofta är det så att döva saknar kunskaper om basal kroppskänedom⁸ och socionomen arbetar mycket utifrån den salutogena teorin med fokus på känsla av sammanhang (KASAM) samt kognitiv beteendeterapi (KBT). En stor del av metoden är visuell just på grund av att teckenspråk är ett visuellt språk. Socionomen, Dövenhet, menar att en stor del av målgruppen har svårigheter att begripa hälsofrämjande

⁸ Basal kroppskänedom (BK) är en behandlingsmetod inom sjukgymnastiken vars syfte är att hjälpa patienterna att upptäcka och förstå egna resurser, öka deras förmåga att påverka hälsan, kreativitet samt fatta egna beslut i livet.

sammanhang och begrepp på grund av språklig deprivation. Vad innebär ordet motion?
Hälsorelaterade faktorer?

”Jag använder ofta whiteboardtavla för att skapa förståelse och insikt hos mina patienter. Då ser de ett sammanhang och de brister som behöver förändras”

(Socionom, öppenvård).

Samtliga respondenter är eniga om att finns det tid och resurs till det är det ett alternativ att ta ut individen på promenad i närheten av mottagningen. På det sättet får individen en insikt om verkliga upplevelser. Att boka tid och följa med en patient till exempelvis Friskis & Svettis fungerar också men socionomen, öppenvård, menar att det är tidskrävande och det är inte alltid att de har resurser till det. Specialpedagogen, dövhet, anser att det föreligger problematik i samband med att följa sin brukare till någon träningsanläggning. Det kanske går bra att följa med en gång däremot fungerar det inte att följa med varenda gång och vanligtvis blir det att brukaren slutar gå dit själv. Dövheten har haft hälsorelaterade gruppverksamheter, en hel vecka hade de hälsovecka där de bjöd in olika föreläsare som bland annat läkare som beskriver hur det går till på vårdcentralen, kostrådgivare samt gjorde även ett studiebesök på Friskis & Svettis. Ett syfte är att tillbringa klarhet hos målgruppen om hälsofrämjande faktorer och dess betydelse.

Läkaren, öppenvård, anser att det är intressant med forskning som betonar att träning kan bota/lindra depression, men läkaren tror inte riktigt på det. Med det menar läkaren att det kan vara extremt svårt för dem med svåra depressioner. Det krävs mycket utav patienter med svåra depressioner och oftast är det läkemedel som ger bäst hjälp. Naturligtvis innebär det inte att läkaren utesluter motion utan det ingår i helhetssynen av patientens livssituation. Däremot brukar läkaren ordinera/rekommendera motion och motivera bättre livssvanor som exempelvis bättre sömn, sund kost och så vidare för patienter med medel och måttliga depressioner. Ofta är det så att dessa patienter har försökt att förändra sin livssituation genom att exempelvis börja träna och inta en sund kost men inte klarat av det själv på grund av sin psykiska ohälsa och dessa individer kommer då till psykiatri för att få hjälp med sina problem.

6:5 Social gemenskap som skyddsnät

Socionomen, dövenhet, använder en liknelse av socialt nätverk som föreläsaren Peter Hauser⁹ tog upp under hans föreläsning om det föreligger någon skillnad på dövas och hörandes hjärnor:

”Hauser anser att ett socialt nätverk kan liknas vid luftakrobatik på en cirkus. Med liknelsen menar Hauser att när livet rasar finns det sociala nätverket där precis som ett skyddsnät och fångar upp” (Hauser, 2012).

Socionomen, dövenhet, beskriver den sociala biten som en form av fysisk aktivitet. Genom diskussioner om målgruppens position i samhället, definition av utanförskap, isolering gör att målgruppen tränar på att uttrycka sig, tänka och komma till insikt. Det brukar vara uppskattat hos målgruppen att komma till insikt om vilken position de har i samhället och uppleva delaktighet och samhörighet med andra likasinnade.

MB Results har, utöver enskilda träningar med personlig tränare, gruppträningar som exempelvis mamma bootcamp, kettlebells med mera och enligt personliga tränaren har gruppträningar en stor betydelse för döva då de får delta i en sorts gemenskap som sker på deras villkor. Deltagarna får både träna och umgås med andra som är där av samma anledning och PT menar att den största glädjen är att kunna ha en rak kommunikation utan någon mellanhand. Vidare märker PT den enorma glädjen som gruppträningar ger deltagarna, dessutom syns det även på närvaron som för det mesta är 100 %. Här är både socionomen och specialpedagogen från dövenheten eniga i frågan om kommunikationens betydelse för dövas sociala gemenskap. Gruppträningar och diverse gruppträffar ger döva en möjlighet att bryta isoleringen och det är ett steg mot ett bättre välmående. Dövenhetens målgrupp har uttryckt positiva åsikter om de gruppövningar och gruppverksamheter, de menar att delaktighet i någon verksamhet på deras villkor betyder mycket för dem.

Dock föreligger det ett par problem med att ha gruppträningar, målgruppen är liten och när några ställer in är det svårt att genomföra en gruppträning då det enbart är ett par deltagare som kommer. Det beror mycket på exempelvis att deltagarna som studerar eller arbetar har

⁹ Peter Hauser är neuropsykolog och professor vid National technical institute of the deaf i USA. Hauser hade föreläsning i Sverige år 2012.

svårt att få ledigt för att delta, ofta är arbetsgivare ovilliga att skriva ut intyg för ledighet då de inte förstår innebörden av dövas situation i dagens samhälle. Socionomen, öppenvård, menar att de har likadana problem. I våras startade de ett samarbete med sjukgymnaster från en annan verksamhet inom psykiatrin i syfte att få döva patienter att träffas och lära sig olika övningar för att kunna hantera sina problem. Nu har antalet deltagare minskat och vad som ligger bakom det vet de inte riktigt.

7. Brukarperspektiv

Här är strukturen lite annorlunda, som jag nämnde i avsnittet om etiska överväganden har jag valt att lämna intervjupersonernas svar orörda och inte göra några språkliga korrigeringar. Alla citat är intervjupersonernas ursprungliga svar liksom en större del av texten. De fyra intervjupersonerna går under intervjuperson A, B, C och D och de har fått besvara frågor utifrån tre teman: Döva med depression och social gemenskap, att förändra sin levnadssituation samt döva och det hörande samhället.

Döva med depression och social gemenskap

Tre av intervjupersoner har blandade diagnoser som depression, ångest och social fobi och får mediciner för det. Den fjärde intervjupersonen har haft både depression, ångest och social fobi. Dock är det nu mycket bättre och denne har inget behov av medicin men har en förpackning medicin i sin jackficka som en trygghet. Samtliga intervjupersoner beskriver de svårigheter som uppstod i samband med deras diagnoser.

“Mina diagnoser gjorde att jag blev inlåst i mitt eget hem om någon i min omgivning inte hade en möjlighet att följa med mig ut. Jag kände mig ofta isolerad eftersom jag inte levde i döv världen och det tärde på mig och mitt välmående” (Intervjuperson A).

Samtliga intervjupersoner bekräftar hur svårt det är att komma ut och beblanda sig med andra människor på grund av deras diagnoser. En intervjuperson menar att det är depressionen och det dåliga självförtroendet som ställer till för denne gällande delaktighet i någon social gemenskap. En annan intervjuperson anser det är jobbigt att bli ledsen utomhus inför andra okända människor. De är medvetna om vilken betydelse det har för dem att få komma ut och känna en delaktighet i samhället. Intervjupersonerna menar att de får en känsla av samhörighet och att de inte är ensamma. En intervjuperson menar att det räcker med att vara på gymmet med andra men inte behöva prata med dem.

“Ångesten smyger på när jag vet att jag ska bege mig till en stor folksamling, som exempelvis något evenemang på dövföreningen eller någon fest. Jag väljer ändå att gå dit trots mina diagnoser för jag vet hur bra jag mår efter en stund i gemenskapen med andra. Jag vill inte att min depression och andra diagnoser ska styra mitt liv. Jag brukar anlända i tid till evenemanget eller festen för att slippa kliva rakt in i ett folkhav” (Intervjuperson C).

Intervjupersonerna är eniga om att varje individs omgivning har en viktig betydelse för hälsan. Att vara delaktig i till exempel en familj innebär dock inte en minskad ensamhet. En av intervjupersonerna berättade att insikten om hur dennes depression påverkade omgivningen var tuff att uppleva. Med det vill intervjupersonen säga att mitt i depressionens mörker tänker man inte riktigt på hur det påverkar ens omgivning. Dock kan en omgivning dra ner en deprimerad person under ytan som en annan intervjuperson beskriver här:

“Jag känner mig jätte ensam för min familj kan inte så mycket teckenspråk och de tycker att jag kan prata ganska bra så det räcker med det. Jag mår inte bra och känner varför ska jag vara här?” (Intervjuperson D).

Att förändra sin levnadssituation

Intervjupersonerna har varierande erfarenheter av motiverande samtal, vissa upplevde det som en puff mot en ny förändring medan andra har svårigheter att komma igång. En av intervjupersonerna liknar att börja motionera med rökavvänjning, det vill säga att viljan att ge upp finns där liksom irritation och frustration. Läkare, kurator och terapeuter har motiverat samtliga intervjupersoner att de behöver förändra deras levnadssituationer.

“Min kurator har förklarat för mig att jag behöver förändra min livstil, som till exempel motionera, äta rätt och ändra sömnvana. Men jag tycker att medlemskap på gymmet och personlig tränare är så dyrt, jag har inte råd med dem så jag försöka träna själv. Nu i början är det jätte svårt och jag avbryter det hela tiden” (Intervjuperson B)

“Ja, jag saknar självbehärskning, jag känner att jag behöver en som sparkar mig i baken så att jag kommer igång. Tänker jag enbart på det så kan jag inte sätta igång. Det enda som fungerar är att ha peppande folk runt om mig. Men när jag tränar så kommer endorfiner igång och jag blir gladare, jo på riktigt, jag känner mig fräsch och slank men när jag ser mig i spegel “attans, jag ser inte ut som jag känner mig”. Då rasar allt och jag får börja om”

(Intervjuperson C).

En intervjuperson betonar att när denne väl genomgår ett träningspass blir denne glad och lycklig och diagnoserna känns så långt borta. "I den stunden är jag bara jag". En annan intervjuperson anser att det motiverande samtalet med terapeuten är en stor grund till att denne klarade att förändra sin levnadssituation. Dock tog det lång tid innan intervjupersonen kunde minska på terapin, medicineringen och att motionen blev en hållbar syssla. Vissa intervjupersoner beskriver en svårighet att begripa sambandet mellan nuvarande situation och ohälsa. De menar att det inte räcker med att terapeuter, läkare och kuratorer bara förklarar för dem vad som måste ändras. De önskar få visuell hjälp, exempelvis någon som följer med och visar hur man ska träna eller förändra kostvanor.

"Jag äter medicin men min läkare på vårdcentral pratar alltid om att jag måste ändra på mitt liv för bara medicin hjälper inte mig. Jag tycker det är svårt att ändra för jag är van vid hur jag lever. Jag tror inte det bli bättre för jag har varit så länge, i många år. Läkare säger att jag måste röra på mig, gå mer. Jag vet inte hur jag ska göra, bara gå mer? Det är också svårt att motion och bra mat hänger ihop för jag är van vid min matvana. Då kan det kännas onödigt att bara träna när jag inte äter rätt" (Intervjuperson D).

En intervjuperson har en timme obligatorisk träning i veckan på sitt arbete och det passar denne utmärkt för då kommer träningen igång och det finns inga möjligheter att hoppa över det. Intervjupersonen anser att det borde vara så för alla, att det ska finnas obligatorisk träning på varje arbetsplats.

Döva och det hörande samhället

Att en terapeut kan teckenspråk underlättar samtalet mycket menar samtliga intervjupersoner och under intervjuerna kommer det fram att det finns önskemål om fler teckenspråkiga verksamheter som exempel dövteam i övriga städer.

"Jag gick i terapi i mitt hem och då kom det en KBT-terapeut hit med en teckenspråkstolk. Dock har det hänt några gånger att jag inte ville ha tolk på grund av att exempelvis känsliga saker som skulle tas upp, då har vi haft terapi via papper och penna. Det hade varit bättre med en teckenspråkig terapeut men utbudet av det var noll här" (Intervjuperson A).

Samtliga intervjupersoner betonar att med ett teckenspråkigt stöd skulle de inte känna ett

utanförskap i samhället. Vidare skulle de då inte behöva förklara om döva och hur teckenspråket fungerar för hörande professionella. Ibland känner alla intervjupersoner att de vill avsluta terapin eller kontakten enbart på grund av kommunikationen.

“Jag hade en hörande terapeut förut i förbindelse med en händelse och det fungerade bra även om tolken fick stoppa mig för att be mig att upprepa det jag har sagt. Det kändes inte lika direkt kommunikation. Då menar jag ögon mot ögon med själva terapeuten, det är det jag saknar med hörande terapeut. Därför har jag medvetet valt en döv terapeut nu istället och det blir samtal på teckenspråk” (Intervjuperson C).

Att själv förändra sin livsstil kan vara svårt på grund av kommunikation menar en intervjuperson. Exempelvis är man på gymmet och vet inte riktigt hur en viss övning ska genomföras är det svårt att fråga om instruktioner då det bara jobbar hörande personal där. Denna intervjuperson betonar att denne inte har några problem med att kommunicera med papper och penna men att det är okunskapen hos andra som gör det svårare än vad det egentligen är. Flera av intervjupersonerna upplever ofta att hörande är rädda och stela i deras möte med döva. Två intervjupersoner beskriver hur ledsna de ibland kan bli när de stöter på okunskapen i samhället, de blir ständigt påmind om att de tillhör en minoritetsgrupp utan samma fulla delaktighet som majoriteten av befolkningen har i vårt samhälle.

8. Analys/resultat

Här integreras både mitt empiriska material, teorier och tidigare forskning.

Döva och depression

Läkaren, öppenvård, och socionomen, öppenvård, är eniga om att kommunikativ problematik är en av orsakerna till uppkomst av depression hos målgruppen. Det skapar en sårbarhet hos dem och kan utlösas exempelvis vid ständigt kommunikativt hinder i samhället. Sheppard & Badger (2010) menar att en annan faktor som påverkar sårbarheten är social isolering som är en följd utav brist i kommunikation mellan målgruppen och det hörande samhället. Sårbarhet är enligt Eriksson (2006) något genetiskt, dock innebär det inte att varenda individ med sårbarhet drabbas utav depression. Antonovsky's grundidé går ut på att en händelse inte innebär att alla blir utsatta, med det vill Antonovsky (2005) säga att några människor har bättre motståndskraft än andra. Dock beror det på förmågan att hantera de stressorer som uppkommer i det vardagliga livet. Socionomen, öppenvård, menar att målgruppen har en stor

stressor som ständigt ligger under ytan och det är begränsad förmåga att kommunicera med majoriteten i samhället. Vilken påverkar sårbarheten och motståndskraften. Samtliga anonyma intervjupersoner anser att det kommunikativa problemet som föreligger egentligen har förstörats av okunskapen hos de icke teckenspråkskunniga hörande. Dock är det inte alla döva som påverkas av okunskapen, vissa har förmågan att hantera den stressorn och de konsekvenser som kan medfölja.

Deprimerade människor har svårigheter att finna sammanhang, samhörighet och livet är dystert. En av de anonyma intervjupersonerna menar att det är på grund av depressionen och det dåliga självförtroendet som hindrar dennes möjlighet att finna en samhörighet och en mening med livet. Att diagnoser kan orsaka svårigheter för både dem själva och deras omgivning är något samtliga anonyma intervjupersoner är eniga om. Oestrich (2003) beskriver hur depressiva individer uppfattar omvärlden utifrån Beck's kognitiva triad-modell. Låg självkänsla, negativ syn på omgivning och negativ syn på framtiden är tre faktorer i triad-modellen. Socionomen, öppenvård, betonar att på grund av det visuella språket behöver en del av behandlingen vara visuell. För att skapa en insikt och känsla av sammanhang hos depressiva döva använder teckenspråkiga professionella verkliga upplevelser och illustrationer av individens tankar, uppfattning av omgivning och känslor. På det sättet kan målgruppen närma sig en bättre hälsa.

Hälsofrämjande faktorer

Alla professionella respondenter var eniga om att motion och social gemenskap har en stor betydelse för målgruppen. De skyddsfaktorer som begränsar utvecklande av problematik och skada hos en individ lyfts fram av det salutogena perspektivet (Gassne, 2008). Samtliga professionella respondenter menar att social gemenskap är för målgruppen en skyddsfaktor och okunskap om döva och deras situation hos majoriteten i samhället ses som en riskfaktor. Riskfaktorn påverkar målgruppen hälsomässigt som exempelvis psykisk ohälsa och fysisk inaktivitet. Samtliga anonyma intervjupersoner betonar att de får en upplevelse av glädje och samhörighet när de deltar i någon form av social gemenskap oavsett om det innebär att de måste umgås med andra eller bara befinna sig på samma ställe utan att kommunicera. Det är känslan av att man inte är ensam som har en viktig betydelse för intervjupersonerna. Dock tar socionomen, dövenhet, upp ett annat exempel som visar att det finns döva som hellre är ensamma än att delta i en social gemenskap med icke teckenspråkskunniga hörande. Att vara i

ett rum med andra som besitter okunskap om döva kan ge diverse psykiska symtom som exempelvis huvudvärk och en känsla av stress.

Precis som FHI (Folkhälsoinstitutet) nämnde ovan så föreligger det, generellt sett, samband mellan fysisk inaktivitet och psykisk ohälsa som i detta fall depression. Genom regelbunden motion gör endorfiner att människor mår bättre och får bättre kroppshållning och livskvalitet (personlig tränare, MB Results, Faskunger (2010). Dock finns det inte omfattande vetenskaplig forskning gällande vad som orsakar förbättring av depression, däremot finns det flera olika hypoteser där endorfiners effekter är en av dem (Kjellman, 2005). En anonym intervjuperson menar att genom träning finner denne en känsla av glädje när endorfinerna rusar genom kroppen. Dock betonar personliga tränaren, MB Results, att det krävs att individen tränar regelbundet i några veckor innan endorfinerna gör sig påminda.

Depression kan förmodligen lindras/botas med hjälp av fysisk aktivitet som dessutom omfattar social gemenskap för målgruppen. De anonyma intervjupersoner intygar även vilken betydelse både motion och social gemenskap har för deras diagnoser och levnadsvillkor. Men i samhället föreligger det viss kommunikativ problematik som leder till att målgruppen inte har tillgång till samma omfattning av hjälp, stöd och behandlingar som majoriteten i samhället.

Förändringsarbetet med målgruppen

Även om det finns forskning som visar att fysisk aktivitet kan bota depression är det inte okomplicerat. Alla respondenter var överens om att det föreligger svårigheter att motivera deprimerade människor till fysisk aktivitet och livsstilförändring. Här betonar även de anonyma intervjupersoner de svårigheter som uppkommer i samband med deras depression och förändringsförsök. Exempel på svårigheter är bland annat brist på motivation, kommunikativ problematik och brist på energi. Socionomen, dövenhet, betonar att professionella aktörer inte kan motivera sina brukare förrän de har kommit till insikt om vad som krävs för ett bättre välbefinnande. Det varierar från intervjuperson till intervjuperson hur de tar emot ett motiverande samtal. Vissa anser att det är en grund till att de har fått insikt om sin levnadssituation och försöker åtgärda det medan andra har svårigheter att se sambandet mellan förändringen och en förbättrad hälsa. Hattema et. al (2005) betonar att syftet med motiverande samtal (MI) är att ge individen hjälp att förbättra sin levnadssituation, bearbeta tveksamheter/svårigheter och genomgå en förändring. Hattema et. al (2005) är enig med

socionomen, dövenhet, i frågan om att motivationen måste komma från individen själv och att förändringen ska endast ske för dennes egna skull och inte för andras skull.

Både läkaren, öppenvård, och folkhälsoinstitutet (FHI) nämner att individer med psykisk ohälsa som depression drar sig för att söka hjälp. Gassne (2008) menar att det är symtomen hos en deprimerad individ som försvårar möjligheten att söka hjälp. Dock är det målgruppens tidigare egna försök till livsstilsförändring som exempelvis att börja motionera och äta rätt inte höll och det är det som gör att de till sist söker hjälp. Problemet som kan uppkomma när målgruppen väl har tagit sig till någon verksamhet för att få hjälp och stöd är att de professionella inte har kompetens nog att ge dem behandling och stöd på deras språk och villkor. Samtliga anonyma intervjupersoner har uttryckt en avsaknad av teckenspråkiga verksamheter där de bor och att en direkt kontakt med en teckenspråkig professionell aktör är önskvärd för dem. Dessa språkliga barriärer är en grund till både utanförskap och psykiska ohälsa som depression för målgruppen. Eriksson (2008) menar att en av människans grundläggande behov omfattar social gemenskap och det påverkar både människans fysiska och psykiska hälsa. Människan känner en samhörighet med sin omgivning och det skapar en känsla av sammanhang. Genom att få en insikt och förståelse om vikten av sociala gemenskapens effekter skapar känsla av begriplighet och det är en central del för individens möjlighet till att röra sig mot den friska polen på KASAM-skalan (Gassne, 2008).

Träning i grupp eller med personlig tränare underlättar för individen att genomföra livsstilsförändringen (Faskunger & Schäfer Elinder, 2006). Genom att delta i en social gemenskap i form av träning får individen tillgång till emotionellt stöd som enligt Carlson (2007) innebär uppmuntran, beröm från omgivningen. Personlig tränare, MB Results, märker vilken glädje och betydelse gruppträningar har på målgruppen. Med det vill PT säga att det är viktigt för döva att få delta i en aktivitet som sker på deras villkor. Målgruppen får en känsla av sammanhang och samhörighet genom samtal med likasinnade Dock föreligger det ett problem för professionella respondenter att erbjuda målgruppen samma mängd utbud utav hälsorelaterade verksamheter då resurser till det inte finns.

9. Avslutande diskussion

Syftet med uppsatsen är dels att studera om och hur motion och social gemenskap påverkar döva personer som är deprimerade, dels hur professionella inom teckenspråkiga sociala arbetet ser på motionens och den sociala gemenskapens betydelse för psykisk hälsa och för döva. Jag upplever att samtliga professionella respondenter är eniga med de anonyma intervjupersonerna i fråga om den effekt social gemenskap har på målgruppen. Fysisk aktivitet och delaktighet i social gemenskap går hand i hand i frågan om goda effekter på deprimerade döva. Även om forskning om huruvida fysisk aktivitet kan motverka depression hos döva är få visar de att det har positiva effekter och i vissa fall är lika med terapeutiska behandlingar där läkemedel ingår. Jag finner Antonovsky's salutogena teori intressant, med teorin menar Antonovsky (2005) att hur en depressiv individ hanterar sin levnadssituation beror på den motståndskraft denne har. Eriksson (2008) menar att genom fysisk aktivitet och social gemenskap blir motståndskraften stark och målgruppen känner samhörighet med sin omgivning, en delaktighet i den sociala gemenskapen och förbättrad förmåga att hantera stressorer. Det är en skyddsfaktor mot utveckling av depression och övrig psykisk ohälsa. Men det föreligger en riskfaktor här, det vill säga att kommunikativ problematik hindrar målgruppens delaktighet i samhället. Dessutom menar specialpedagogen, dövenhet, att döva missar en stor del av hälsofrämjande information och kampanjer som majoriteten i samhället har tillgång till. Vilken är en riskfaktor för deprimerade döva då de inte har ork att argumentera, förklara och lyfta fram deras levnadssituationer för okunniga hörande. Det är här som teckenspråkiga professionella aktörer behöver rycka in och ”bygga en bro” mellan de två världarna. Kan professionella aktörer inom det teckenspråkiga sociala arbetet använda forskning om sambandet mellan fysisk aktivitet och psykisk ohälsa för att skapa större utrymme för integration av terapi, fysisk aktivitet och social gemenskap för målgruppen? Samtliga professionella respondenter var eniga om de svårigheter som kan uppstå i denna fråga. Exempel på svårigheter är brist på resurs och tid. Samtidigt visar brukarperspektivet att det finns önskemål om utökad verksamhet inom det teckenspråkiga sociala arbetet och vad döva får ut av det. Det är två alldeles motstridiga faktorer som skapar frustration hos både grupper.

Majoriteten i samhället samt icke teckenspråkiga professionella har en stor okunskap om målgruppen och dess kultur och kommunikativa tillgångsätt. Okunskapen orsakar problematik som social isolering/utanförskap för målgruppen och begränsad tillgång till teckenspråkig

hjälp/stöd. Genom diverse gruppverksamheter som exempelvis hälsovecka skapar professionella en social sfär för döva där de får mötas och få information på deras egna språk. Som nämnt ovan föreligger det problematik i att erbjuda målgruppen dessa verksamheter på grund av kompetens och resursbrist. I dagsläget finns det enbart en aktiv personlig tränare i Sverige som erbjuder gruppträningar, träningscoaching online, enskild träning på fullt teckenspråk. Det är en väldigt bra tillgång för döva, dock täcker det endast en liten del av behovet av teckenspråkig personlig tränare. Faskunger & Schäfer Elinder (2006) anser att det krävs insatser på samhällsnivå för att förändra det stillasittande fenomenet som är ett folkhälsoproblem. Frågan är om insatserna även omfattar målgruppen?

Källförteckning

- Ahrne, Göran, Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. 1. uppl. Malmö: Liber
- Antonovsky, Aaron (2005). *Hälsans mysterium*. 2. Utg. Stockholm: Natur och kultur
- Beteendeterapeutiska föreningen
<http://www.kbt.nu/kbtinfo/kbt.asp?sida=kbt> (hämtad 2012-12-21)
- Bryman, Alan (2002). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 1. uppl. Malmö: Liber ekonomi
- Carlson, Per (2007). *Socialt kapital och psykisk ohälsa*. Statens folkhälsoinstitut: Rapport nr A 2007:5
- Deaf Information
www.deafinfo.org.uk (Hämtad 2012-11-19)
- Disner, Seth G & Beevers, Christopher G (2011). *Neural mechanisms of the cognitive model of depression*. Nature Reviews Neuroscience: Aug 2011, Vol. 12 Issue 8, p. 467-477.
- Eriksson, Rolf (2006). *Vad är psykisk ohälsa?*
<http://www.suntliv.nu/Amnen/Stress/Fakta-om-stress/Vad-ar-psykisk-ohalsa/> (hämtad 2012-11-19)
- Eriksson, BO G (2008) *Gemenskap och hälsa*
<http://www.vardalinstitutet.net/sites/default/files/tr/naring/naringdocs/naringartikelpdf/6973.pdf> (hämtad 2012-11-19)
- Faskunger, Johan (2001). *Motivation för motion: en handbok för hälsovägledning steg för steg*. Farsta: SISU idrottsböcker
- Faskunger, Johan & Schäfer Elinder, Liselotte (2006). *Fysisk aktivitet, hälsa och sjukdom*. Statens folkhälsoinstitut

- Fellingner, Johannes & Holzinger, Daniel & Pollard, Robert (2012). *Mental health of deaf people*. Volume 379, Issue 9820, 17-23 March 2012, P. 1037 - 1044
- Folkhälsoinstitut
www.fhi.se (Hämtad 2012-11-29)
- Gassne, Jan (2008). *Salutogenes, Kasam och socionomer*. Lunds universitet
- Göransson, Lena & Malmström, Sven-Erik (2002). *Döva i Skåne: från projekt till regionalt resursteam för döva*. Lund: Hörsel och dövenheten, St Lars
- Hetteima, Jennifer, Steele, Julie och Miller, William R (2005). *Motivational interviewing*. Annual Review of Clinical Psychology. Vol. 1: 91-111.
- Jönson, Håkan (2010). *Sociala problem som perspektiv: en ansats för forskning & socialt arbete*. 1. uppl. Malmö: Liber
- Kjellman, Bengt (2005). *Indikationer finns för att fysisk aktivitet har terapeutisk effekt vid depression*. Läkartidningen: Nr 5, 2005, Volym 102 (hämtad 2012-11-29)
- Oestrich, Irene (2003). *Tankens kraft - kognitiv terapi i klinisk praktik*. Lund: Studentlitteratur
- Region Skånes Dövenhet
<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/HH/Om-oss/Organisation/Syn-horsel-dov/Dovenheten/> (hämtad 2012-11-24)
- Reslegård, Elisabeth (2000)
<http://www.sverigesinre.nu.canit.se/psyke2.pdf> (hämtad 2013-01-22)
- Sheppard, K & Badger, T (2010). *The lived experience of depression among culturally Deaf adults*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2010, 17, 783-789
- Palm, Ulf, Scharin Mikael, Loewenstein, Anna, Wendestam, Christer (2004)
Vårdprogram för depression
<http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/Dokument/medinfo/Psykiatri/V%C3%A5rdpro>

[gram%20Depression.pdf](#) (hämtad 2012-12-15)

- Vetenskapsrådets forskningsetiska principer

http://www.ibl.liu.se/student/bvg/filarkiv/1.77549/Forskningsetiska_principer_fix.pdf

(hämtad 2012-10-17)