



Vägen tillbaka till hälsa

**Intervjustudie med kvinnliga deltagare från en
stresshanteringshanteringskurs**

**Författare: Helén Ohlsson
Handledare: Peter Korp**

Examensarbete i pedagogik med inriktning mot hälsopromotion 51-60 poäng

10 poäng c-uppsats

Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Programmet i hälsopromotion i Vänersborg, 120 poäng

Vårterminen 2005

Abstract

Swedish title: Vägen tillbaka till hälsa: Intervjustudie med kvinnliga deltagare i en stresshanteringskurs

English title: The way back to health: Field survey with female participants in a life management course

Author: Helén Ohlsson, student in health promotion at the university academy in Trollhättan-Uddevalla

Type of work: C-paper in educational science

Institution: The department of care, health and culture

Year of publication: 2005

Instructor: Peter Korp

In recent years more and more people have been sick-listed due to stress and it has happened to more women than men. The purpose of this paper is to see if recovering from stress related states of ill-health can be promoted through participation in a stress management course. Five women who were or had been sick-listed and had participated in the life management course were interviewed. The results show that the course was an important forum for expressing emotions. The participants were more positive about the future after than before they entered the course. The participants believed that they had developed new attitudes towards life and that they had become more conscious about their coping strategies. They were more aware of the need of balance in life but that would sometimes interfere with their need of supporting others. The women made no big changes in their habits but the course seems to have taught them how to relax, a skill they used in different ways in their everyday lives.

Keywords: Change, health, women, coping, stress, stress management, promotion

Sammanfattning

Titel: Vägen tillbaka till hälsa: Intervjustudie med kvinnliga deltagare från en stresshanteringskurs

Författare: Helén Ohlsson, studerande på programmet i hälsopromotion, Högskolan Trollhättan-Uddevalla

Typ av arbete: c-uppsats i pedagogik

Institution: Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Tryckår: 2005

Handledare: Peter Korp

De senaste åren har allt fler blivit sjukskrivna på grund av stress och fler kvinnor än män är drabbade. Syftet med denna undersökning har varit att se om återhämtning från stressrelaterade sjukdomstillstånd kan främjas genom deltagande i en stresshanteringskurs. Fem kvinnor som var eller varit sjukskrivna och deltagit i en stresshanteringskurs intervjuades. Resultatet visade att kursen har varit ett viktigt forum för att bearbeta svåra känslor. Deltagarna såg mer positivt på framtiden än innan de började. De tyckte även att de hade utvecklat nya attityder till livet samt blivit mer medvetna om sina coping-beteenden. De var mer medvetna om behovet av balans i livet men detta kommer ibland i konflikt med behovet av att stödja andra. Kvinnorna gjorde inga stora förändringar av sina vanor men det verkar som om avslappning var något som deltagarna lärde sig på kursen och tillämpade på olika sätt i sin vardag.

Nyckelbegrepp: Förändring, hälsa, kvinnor, coping, stress, stresshantering, främjande

Innehåll

Innehåll.....	2
1. Inledning.....	4
2. Bakgrund.....	4
2.1 Stresshantering	4
2.2 Deltagarna och kursen.....	5
2.3 Tidigare forskning.....	5
3. Syfte och problemformulering.....	6
3.1 Avgränsningar.....	7
4. Teorier kring hälsa och stress.....	7
4.1 Hälsa och ohälsa.....	7
4.1.1 Det salutogena perspektivet.....	8
4.2 Stressforskning – från individ till samhälle.....	9
4.2.1 Coping-begreppet.....	9
4.2.2 Kontroll-lokus och tidsuppfattning.....	10
4.2.3 Optimism och framtidstro.....	10
4.2.4 Socialt stöd – kan både minska och öka stressnivån	11
4.2.5 Behandling av stress-sjukdomar.....	11
4.3 Hälsobeteendeförändring.....	12
4.4 Handlingsutrymme och genuskontrakt.....	13
4.5 Kvinnors hälsostrategier	14
4.5.1 Att bemästra ohälsa.....	14
4.5.2 Balansen mellan belastning och egen kraft.....	15
4.5.3 Behovet av meningsfullt arbete.....	15
4.5.4 Behovet av egen tid och utrymme.....	15
5 Metod.....	16
5.1 Genomförande, urval och bortfall.....	16
5.2 Etiska överväganden.....	17
5.3 Bearbetning av data.....	17
5.4 Metodkritik.....	17
6 Resultat.....	18
6.1 Kursen.....	18
6.1.1 Kursens betydelse och möjligheten att förebygga.....	19
6.1.2 Moment i kursen	20
6.1.3 Hälsoprofilbedömning.....	21
6.1.4 Sammanfattning frågeställning nr 1	22
6.2 Insikter	22
6.2.1 Insikt om att leva i nuet.....	22
6.2.2 Insikter om arbete.....	23
6.2.3 Insikter om inre och yttre krav – orsaker till ohälsa.....	23
6.2.4 Behovet av stöd och att finnas till för andra.....	24
6.2.5 Optimism och framtidstro.....	25
6.2.6 Sammanfattning frågeställning nr 2.....	25
6.3 Handling	26
6.3.1 Träning och avslappning.....	26

6.3.2 Fritid och hemarbete.....	26
6.3.3 Behovet av egen tid och eget utrymme.....	27
6.3.4 Sammanfattning frågeställning nr 3.....	28
7 Diskussion.....	28
7.1 Kursens betydelse.....	28
7.2 Insikter om beteenden, värderingar och tankesätt.....	29
7.3 Beteendeförändringar.....	29
7.4 Framtida forskning.....	30
8 Källförteckning.....	31
Bilaga 1.....	33

1. Inledning

I dagens moderna samhälle är det många som drabbas av en sviktande hälsa. Ohälsan har flera ansikten men gemensamt är att många upplever en alltför stor stress under en längre tid, vilket ofta leder till ohälsa och sjukskrivning. Det finns mycket omfattande forskning kring olika aspekter av stress - alltifrån stressfaktorer (ofta arbetsmiljö) till hur våra reaktioner och coping (anpassning) ser ut. Forskning om vad som kan göras för att återupprätta hälsan finns det förhållandevis lite utav. Utifrån ett salutogent (se 4.1.1) synsätt har jag därför valt att undersöka hur man kan hjälpa människor med stressrelaterad ohälsa tillbaka till hälsa. Kan en stresshanteringskurs vara en hjälp på vägen att förändra livet till det bättre och återfå hälsan? Jag har valt att bara intervjua kvinnor (på kursen var de i absolut majoritet) och dessutom använda en del genusforskning i teoridelen. Skrivningarna i teoridelen kan ibland hänvisa till "kvinnorna" och då avses de kvinnor som författarna har intervjuat, inte alla kvinnor som grupp.

2. Bakgrund

Den stresshanteringskurs varifrån undersökningen har hämtat respondenter, har vänt sig till alla intresserade i arbetsför ålder i närområdet. Första kursen hölls vårterminen 2003 och därefter har de haft två kurser per termin (en dagtid och en kvällstid) utom vårterminen 2005 då de endast hade en kurs. Totalt har 76 kvinnor deltagit i kursen fördelat på 46 personer år 2003 och 30 personer år 2004. Under våren 2005 deltar tio personer varav sju kvinnor och tre män.

2.1 Stresshantering

Stresshantering kan sägas vara en paraplybenämning på olika tekniker som har till syfte att minska stress och därmed förbättra hälsa och livskvalitet. Begreppet kan omfatta det mesta från meditation och positivt tänkande till psykoterapi – det beror på vem man frågar. Man kan fråga sig vad det är som ska hanteras när man pratar om stresshantering. Är det individen som ska anpassa sig eller är det samhället? Ibland kan fokusering på livsstilsfaktorer hos den enskilde ge ännu mer stress – särskilt hos personer med prestationsbaserad självkänsla (Grossi, 2004). Enligt Assadi och Skansén (2000) innebär stresshantering att lära om genom att bli medveten om bristerna i ett invariant livsmönster, och att lära sig nya sätt att tänka och handla (=förändrat beteende). Att lära sig stresshantering innebär liksom alla större förändringar i livet en stress-faktor i sig. Inläring av ett nytt beteende innebär att man förmodligen drabbas av ett antal bakslag i processen.

Assadi och Skansén (2000) delar grovt in stresshantering i två delar: Den första delen är *kognitiv (tankemässig) stresshantering* som handlar om sambanden mellan tankar och attityder och den andra delen är *konkret stresshantering* som kan vara handfasta råd om avslappning, problemlösning, tidsplanering etc. Malmström och Nihlén (2002) menar sig ha identifierat sju kategorier av färdigheter som de anser behövs för det som de kallar hälsokompetens. Det handlar om att träna på mentala och beteendemässiga "verktyg" för

att hantera olika situationer i vardagen. Dessa sju kategorier är: *perspektivförmåga, autonomi, samhörighet/stöd, aktiv kroppskänedom, vila och återhämtning, fysisk energireglering* och *den mentala regleringen* där positivt tänkande och förmågan att uppleva och njuta finns med.

På kursen ges stöd till deltagarna att se på sin situation ur ett nytt perspektiv. Samhörighet och stöd i gruppen är också mycket centralt för att deltagarna ska känna igen sig i varandra. Positivt tänkande genomsyrar upplägget och kursen har hela tiden anpassats efter deltagarnas behov. Grundformen på kursen har dock varit stabil (avslappning, samtal & teori) och inneburit en möjlighet att samtala med andra i samma situation. Kursinnehållet har i stora drag varit: stresshantering och att göra relevanta förändringar i sitt liv. Rörelse och avslappning har varit återkommande inslag vid varje kurstillfälle. Före genomförandet av kursen har deltagarna fått göra en hälsoprofilbedömning som erbjuds även efter kursen för att de ska kunna se om deras hälsa har förbättrats.

2.2 Deltagarna och kursen

Kursdeltagarna har för det mesta sökt själva till kursen men en del har blivit hänvisade från vårdcentralen och kuratorn. Deltagandet är frivilligt och en avgift tas ut. Ingen har nekats att delta men ändå har kursledarna blivit mer noggranna med antagningarna för att deltagarna ska vara "i rätt läge" för att kursen ska bli bra för dem. Några få har slutat i förtid för att det inte var rätt tidpunkt för dem. Ungefär hälften av kvinnorna har varit sjukskrivna vid kursens start och hälften har varit arbetande. Flera har inte fått någon annan hjälp med rehabilitering vid sina sjukskrivningar. Antal träffar har varit mellan åtta och tio - en gång i veckan. Under vårterminen 2005 har man efter de inledande fem träffarna träffats varannan vecka för att sträcka ut kursen under längre tid vilket både varit ett önskemål från tidigare deltagare och något som brukar rekommenderas i litteraturen.¹

På första träffen presenteras tankarna bakom kursen och tillsammans med deltagarna fastställs regler för samvaron för att det ska fungera på ett bra sätt:

- ☐ allt som sägs i rummet stannar här
- ☐ alla får prata till punkt utan att bli avbruten
- ☐ respekt för att dela på tiden
- ☐ respekt för att alla är olika och här pratar vi inte om rätt eller fel
- ☐ var och en tar ansvar för hur mycket man vill "lämna ut" av sig själv
- ☐ det är ok att "passa" om man inte känner för att prata eller kommentera

2.3 Tidigare forskning

Både folkhälsoforskningen och hälsopsykologin har oftast valt att arbeta med kvantitativa metoder och har visat mindre intresse för kvalitativa ansatser, som handlar om att tolka och förstå hälsorelaterade beteenden, menar Thomsson (1998). Hälsopsykologi är ett område som behandlar kopplingen mellan hälsa och beteende. Ett visst fokusskifte från

¹ Gertrud Olsson, hälsovetare, mail 18 mars 2005.

det rent medicinska har skett och man börjar fråga sig varför människor börjar, fortsätter eller förändrar olika hälsorelaterade vanor och beteenden. Inom hälsopsykologin finns all anledning att uppmärksamma kvinnors livssituation och brist på egen tid och utrymme skriver Thomsson (1998).

Enligt Cassidy (2003) bildar stressforskning länken mellan sociala faktorer, psykologi och biologi vilket han kallar det biopsykosociala synsättet. Stressforskningen är i stort behov av samordning och integration. Cassidy (2003) nämner ett flertal principer men den viktigaste för mig i den här undersökningen är:

Ett synsätt som sätter in personen i sitt sammanhang: Stress kan inte förstås genom en analys av enbart individ- och miljöfaktorer utan man måste ta hänsyn till hur individen samspelar med sin omvärld. När andra analysnivåer tas med leder det till slutsatsen att problem med stress inte bara är ett problem för individen utan även för grupper, samhällen, länder och till och med kulturer. Om vi inriktar oss enbart på individnivå riskerar vi att lägga skulden på de drabbade (ibid).

På samhällsnivån kan man i statistik se att skillnader i social och etnisk tillhörighet jämte könsskillnader innebär olika villkor för hälsa. Gemensamt för dessa kategorier är: brist på inflytande, självbestämmande och makt vilket resulterar i ohälsa. Folkhälsoforskningen har ofta använt klassbegreppet för att studera skillnader i hälsa men mer sällan kön. Det framgår t ex inte alltid vilket kön man undersökt i yrkesepidemiologiska artiklar. Forskning om kvinnors ohälsa har framförallt bedrivits ur ett medicinskt perspektiv med ett stark biologisk inriktning där samhälliga orsaksanalyser fått stå tillbaka för genetiska förklaringsmodeller. Inom genusforskningen däremot betraktas relationer mellan könen som en socialt föränderlig konstruktion som inte är av naturen given. I en sociokulturell förklaringsmodell fokuseras könsskillnader i beteendemönster, livssituation och livsvillkor samt arbetsförhållanden och familjesituation (Hammarström, Härenstam, Piroška, 1996 I Östlin mfl).

3. Syfte och problemformulering

Syftet med undersökningen är att genom intervjuer med kvinnor som deltagit/deltar i en stresshanteringskurs undersöka hur återhämtning från stressrelaterade sjukdomstillstånd kan främjas. Enligt Adler och Matthews (1994 i Cassidy 2003) kan hälsopsykologin sammanfattas i tre huvudfrågor: 1) Vem blir sjuk och varför? 2) Vilka av de sjuka tillfrisknar och varför? 3) Hur kan sjukdom förebyggas och återhämtning befrämjas? Denna undersökning koncentrerar sig på den tredje frågekategorin. Studien undersöker om återhämtning från stressrelaterade sjukdomstillstånd kan främjas genom deltagande i en stresshanteringskurs.

Frågeställningar:

- 1) Vilken betydelse har stresshanteringskursen haft för respondenterna ?
- 2) Vilka insikter har respondenterna utvecklat om sina beteenden, värderingar och tankesätt ?
- 3) Har respondenterna förändrat några beteenden och skaffat några nya vanor i syfte att må bättre ?

3.1 Avgränsningar

Hälsopsykologi där individen ses i ett sammanhang (se ovan, tidigare forskning) har varit min utgångspunkt. Balansakten har varit att inte gå för djupt in på det psykologiska området (individens resurser) men inte heller förklara allt utifrån samhällets strukturer (upplevda krav). Jag valt att fokusera på de medvetna beteendeförändringarna men självklart berörs även djupare nivåer som omedvetna värderingar och identitet.

När det gällde den teoretiska basen så ville jag ha ett hälsofrämjande perspektiv och funderade kring vilka teorier som kan passa och fungera bra tillsammans. Empowerment som huvudbegrepp valdes bort då det kändes för otydligt och kräver en maktanalys på en mer sociologisk nivå. Utifrån ett hälsofrämjande perspektivet har jag valt att koncentrera mig på kvinnors hälsostراتيجier och coping och därmed inte gått närmare in på vad stress och utmattningsdepression innebär rent medicinskt. När det gäller stresshantering så är det ett stort ämne och det finns en mängd litteratur – ofta populär. Eftersom uppsatsen inte syftar till att utvärdera själva kursen så har inga jämförelser med andra stresshanteringsmetoder gjorts.

Litteratur om stress i arbetslivet har i stort sett valts bort då det inte upplevts som relevant för frågeställningen. Dessutom är det för många kvinnor är ofta kombinationen av ansvaret för hem och familj och ett krävande arbete som orsakar alltför mycket stress. Tanken från början var att anknyta även till litteratur om lärande men det blev för omfattande. Vid en ren kursutvärdering hade det förstås varit lämpligt eller om respondenterna talat mer i termer om att de lärt sig olika saker. Istället har det mer handlat om långsamma processer där de intervjuade beskrivit hur de successivt tvingats av sin sjukdom att hitta mer hållbara beteenden.

4. Teorier kring hälsa och stress

Beroende på vilken vetenskaplig disciplin man tillhör så fokuserar man på olika nivåer när det gäller hälsan. Jag har försökt att ha ett tvärvetenskapligt synsätt och har teorier som berör både individnivån (stressteorier) och samhällsnivån (teorier om kvinnors hälsa). Teorier om hälsobeteende ligger huvudsakligen på individnivå men kan ändå ses som en brygga mellan individ- och samhällsnivån. I teoridelen behandlas först frågan vad hälsa och ohälsa kan vara och vad det salutogena perspektivet innebär. Därefter följer teorier om olika sätt att hantera stress och hur man kan behandla stress-sjukdomar, ett avsnitt om hälsobeteendeförändring, teorier om handlingsutrymme och genuskontrakt och slutligen flera avsnitt om kvinnors hälsa utifrån ett genusperspektiv.

4.1 Hälsa och ohälsa

Befolkningens hälsotillstånd brukar ofta beskrivas i termer av frånvaro av hälsa. Det beror på svårigheter att hitta relevanta mått för begreppet hälsa. Tre olika sätt att värdera eller bedöma individers hälsoförhållande brukar användas (Socialstyrelsen 2000 i Nordell, 2002):

1. Medicinsk bedömning, t ex grundad på läkarundersökning.
2. Individens egen bedömning, t ex upplevda besvär.

3. Samhällets bedömning, t ex befrielse från arbete genom förtidspensionering, som i hög grad grundas på den medicinska bedömningen.

I den här uppsatsen ligger fokus på individens egen bedömning.

Medin och Alexandersson (2000) delar in hälsobegreppet i en biomedicinsk inriktning respektive en humanistisk. I den biomedicinska inriktningen ses hälsa som motsats till sjukdom och hälsa är det som betraktas som normalt, avvikelser är sjukdom. I den humanistiska inriktningen är utgångspunkten oftast hälsa istället för sjukdom. Där ses hälsa som något mer än frånvaro av sjukdom. Människan ses som aktiv och skapande samt som en del i ett samspel i det sammanhang hon ingår i. I den humanistiska ansatsen ses hälsa och sjukdom dels som ett kontinuum dels som olika dimensioner. Till den humanistiska inriktningen räknar författarna ett flertal ansatser och uppsatsen använder främst det salutogena (främjande) perspektivet då man på den berörda kursen säger sig använda sig av det.

4.1.1 Det salutogena perspektivet

Antonovsky (1991) har försökt genomföra ett paradigmskifte i den medicinska vetenskapen. Istället för att fråga varför människor blir sjuka så undersökte han vad det är som gör att vissa människor förblir friska – trots svåra påfrestningar. I den salutogenetiska modellen så fokuseras intresset på människans livsproblem och hur hon hanterar dem – istället för sjukdomen i sig (patogenetiskt synsätt). På så sätt vill man befrämja hälsa och hjälpa personen att flytta sitt fokus mot sina friska sidor.

Antonovskys KASAM-begrepp (känsla av sammanhang) antas avgöra en individs övergripande förmåga att hantera stress och innehåller tre begrepp: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Antonovsky ser hälsa som ett kontinuum som sträcker sig mellan fullständig ohälsa och fullständig hälsa. Även vid svår sjukdom har vi någon grad av hälsa kvar (Nordell, 2002). Antonovsky antog att känslan av sammanhang var ett stabilt personlighetsdrag och det finns likheter med dimensioner som intern kontrolluppfattning (inre kontroll-lokus), och problemorienterad coping (se 4.2.1). Antonovsky hävdade dock att skillnaden var att de flesta andra mätmetoder var kulturbundna och att KASAM är mer psykologiskt fundamental. En stark känsla av sammanhang kan innebära att svårigheter hanteras som personliga utmaningar men det kan lika gärna vara en förtröstan på högre makter eller en tro att allt har en mening (Rydén & Stenström, 1994).

Den salutogenetiska perspektivet har fått mycket uppmärksamhet bland forskare. En förklaring kan vara att det passar i en kultur som betonar tillvarons möjligheter snarare än dess risker. Den ligger också på en lagom teoretisk abstraktionsnivå: den är inte identisk med det som ska förklaras men går inte djupare än att det går att mäta med ett självskattningsformulär. Antonovsky antar att den som har en stark KASAM har en högre stresströskel genom att påfrestande situationer ses som utmaningar snarare än hot. Det salutogenetiska perspektivet passar i ett vårdssammanhang där man vill uppmuntra och förstärka individens inflytande över sin situation. Kunskapsteoretiskt så är den salutogenetiska modellen förankrad i ett systemteoretiskt tänkande. Människan ses som ett öppet system som ständigt är upptaget med att skapa jämvikt när det utsätts för

störningar. Utmärkande för öppna system är att de har en inneboende förmåga att bygga upp ordning och därmed fungera tillsammans med omgivningen. Antonovsky menar att genom att göra tillvaron begriplig avvärjer människan kaos och skapar ordning. För att vetenskapligt studera den salutogenetiska modellen ansåg Antonovsky att ett flertal metoder kunde användas, även om han själv använt enkätmetoden (Tamm, 2002).

4.2 Stressforskning – från individ till samhälle

Inom stressforskning betonar man att det finns ett samspel mellan människan och omgivningen. Omgivningen ställer olika krav på kunskaper, snabbhet, uppmärksamhet etc och varje individ har sin egen förmåga att möta dessa krav. När man upplever att kraven överstiger, eller ligger långt under ens förmåga uppstår en stressreaktion i kroppen. Hur stark reaktionen blir beror på ens egen tolkning av situationen och hur man upplever sin förmåga. Reaktionen är dessutom beroende av vilka behov man har samt vilka normer och värderingar man drivs av. Tillgång till stöd och hjälp på olika sätt är också viktigt vilket senare forskning visat. Eftersom den tidiga stressforskningen genomfördes på män så är sambanden mellan stressupplevelser och hälsa inte klarlagda på samma sätt för kvinnor (Thomsson, 1998).

Enligt Cassidy (2003) så kan stress definieras utifrån graden av samspel mellan individen och världen. En brist på samspel leder till fysisk eller psykisk sjukdom eller båda. Cassidy (2003) menar att hur människor upplever stress anses bero på olika kognitiva stilar och dessa utvecklas genom inlärning på samma sätt som intellektuella förmågor utvecklas under uppväxten. Det svårt att dra bestämda slutsatser om hur de olika kognitiva stilarna hänger ihop eller hur de samspelar hos en individ. Enligt en möjlig modell så verkar de viktigaste variablerna vara: *kontroll, optimism och socialt stöd*. Under kommande rubriker kommer dessa olika begrepp att behandlas men först en genomgång av coping-begreppet.

4.2.1 Coping-begreppet

Begreppet coping definieras av Lazarus och Folkman så här: ”Ständigt föränderliga, kognitiva och beteendemässiga, ansträngningar för att klara specifika yttre/och eller inre krav som tär på eller till och med övergår individens resurser” (Währborg, 2002 sid 67). Under senare år har coping-begreppet utvidgats och ofta avses hela den strategi som den enskilde utvecklar för att hantera en påfrestande situation. Känslofokuserad bemästring betyder att man i första hand försöker anpassa sin känslomässiga reaktion till situationen. Man kan t ex skärpa sin uppmärksamhet på det som förorsakar stress eller undvika det. Ett annat sätt är att man omvärderar stressornas betydelse genom att bestämma sig för att det som hotar välbefinnandet inte är så viktigt. Ett tredje sätt är att försöka distrahera sig eller framkalla en behaglig känsla. Den problemfokuserade bemästringen fokuserar på yttre faktorer. Man kontaktar exempelvis en annan person för att få hjälp att lösa problemet (Währborg, 2002).

Copingbeteenden speglas i stor utsträckning i individers livsstil. Vissa copingstrategier är samma hos individen oavsett situation medan andra är kontextberoende. Hur effektiv en coping-strategi är beror på situationen, personen och det resultat som eftersträvas. Det

som skulle kunna ge ett positivt resultat för hälsan (t ex sluta röka) ger inte nödvändigtvis ett positivt känslomässigt resultat - åtminstone på kort sikt (Cassidy, 2004).

Coping-tänkandet kan kritiseras för att sakna genusperspektiv eftersom förklaringen söks i individers personlighet istället för i de sociala sammanhang som strategier och självuppfattningar växer fram i. Coping-teorin kan t o m sägas vara androcentrisk eftersom den framställer maskulina drag såsom oberoende, självsäkerhet och inre kontroll som en könsneutral förhållningsstrategi. Istället för att förklara könsskillnader med individuella egenskaper kan eventuella skillnader betraktas utifrån att kvinnor ofta (inte alltid) väljer delvis andra strategier än män (Hovellius & Johansson, 2004). (Se vidare under 4.5).

4.2.2 Kontroll-lokus och tidsuppfattning

Femtio års forskning har visat att *kontrollbegreppet* är centralt i nästan alla aspekter av mänskligt beteende däribland motivation, problemlösning, hälsa, psykisk sjukdom och stress. När det gäller hälsoeffekter är själva upplevelsen av kontroll det viktigaste. Om man upplever att man har kontroll (även om så inte är fallet) kan man motverka en del av stressens effekter. Människors tendens att förlägga kontrollen inom eller utanför sig kallas *kontroll-lokus* och i tidigare forskning uppfattade man att detta var ett stabilt personlighetsdrag (inre eller yttre kontrollokus). Antagandet att personlighetsdrag är stabila och oberoende av tid och rum har dock ifrågasatts grundligt inom psykologin, i synnerhet inom stressforskningen. Även om beteendemönster kan vara relativt stabila under vissa perioder och i vissa situationer så är det ingen tvekan om att dessa mönster utsätts för förändringar (Cassidy, 2003).

Hos stressade människor är ofta tidsbegreppet stört skriver Tamm (2002). Den stressade människan försöker ständigt att ”spara tid” och finna genvägar i de dagliga rutinerna. En sådan onaturlig fixering vid tiden innebär att människor ofta tänker på vad de ska göra senare istället för att koncentrera sig på det som de håller på med. Tiden tycks ständigt rusa iväg utan att man får något gjort. Ofta gör känslan av tidsnöd på arbetet att man har svårt att använda sin fritid på ett ”onyttigt” sätt. Känslan av att man hela tiden måste ”utföra” något gör att man har svårt att få någon återhämtning på fritiden. Med hjälp av avspänningsövningar kan man lära människor att ändra sitt hastiga tempo och komma in i en mer avspänd rytm. De som lär sig sådana metoder och använder dem regelbundet blir lugnare, gladare och mer stresstoleranta. De upphör att uppleva sig som passiva offer för yttre omständigheter (yttre kontroll-lokus) och återfår kontrollen över sig själva och sina liv (inre kontroll-lokus). Genom olika träningsmetoder kan den stressade människan reorganisera sin begreppsvärld och ändra sina tolkningsmönster i förhållande till tiden. Sådan kognitiv och beteendemässig träning tar tid men är nödvändig för en rekonstruktionsprocess (Tamm, 2002).

4.2.3 Optimism och framtidstro

Det finns ett flertal undersökningar som visar att det finns samband mellan en optimistisk läggning och god hälsa däribland Harvardundersökningen (Peterson, Seligman, & Valliant, 1988 se Macdermott & O’Connor, 1998, s.133) där *manliga* studenter följdes

under 35 år. Skillnaderna i hälsa blev allt större med ökande ålder och förklaringen var att de som kunde se optimistiskt även på besvärliga händelser höll sig friskare. Motsatsen till optimistisk stil är pessimistisk stil som i korthet innebär: Människor utgår ifrån att olyckor är deras fel och de anklagar sig själva, de tror ofta att situationer är bestående och generaliserar (alltid och aldrig – svartvitt tänkande). Det pessimistiska mönstret ger upphov till ”inlärld hjälplöshet” (Seligmans teori) som innebär att man ger upp därför att man inte tror att man kan påverka saker och ting. Detta mönster kan alltså leda till depression och en ökad risk för sjukdom (Macdermott & O’Connor, ibid 1998). Enligt Cassidy (2003) finns det i senare forskning en hel del kritik mot Seligmans teorier. Bl a har man visat att pessimister ofta är mer realistiska än optimistiska personer när det gäller att bedöma olika möjligheter. Men främsta invändningen är att det är problematiskt att utgå från teorier om personlighet och fasta egenskaper (se även 4.2.2). Förmodligen är det mer fruktbart att se optimism/pessimism som en kognitiv stil, något som är inlärt och därmed möjligt att förändra.

Enligt Cassidy (2003) har prestationsmotivation studerats under lång tid inom psykologin och innefattar engagemang och värderingar av mål. Prestationsmotivation förvärvas genom inläring och påverkas lätt av sammanhanget. Det tycks som om individer med stark strävan att prestera har lättare att handskas med stress än de som är mindre prestationsinriktade. Kanske finner man den psykiska hälsan snarare i strävandet än i prestationen? Strävandet mot ett mål innefattar ofta en känsla av optimism/hopp. ”Att färdas med hopp är viktigare än att komma fram” (citrat av Robert L. Stevenson i Cassidy, 2003).

4.2.4 Socialt stöd – kan både minska och öka stressnivån

Enligt Cassidy (2003) kan de studier som gjorts om socialt stöd delas in i kvalitativa och kvantitativa. I de kvalitativa studierna försöker man undersöka den typ av stöd som ges och dess funktion för personen. Det kan vara så att man har ett omfattande nätverk men det är det stöd som individen subjektivt upplever som har störst betydelse. Människor kan ge oss stöd på olika sätt, däribland emotionellt stöd, materiellt (praktiskt stöd), informationsstöd samt stöd i form av kamratskap och uppskattning.

På arbetet kan stöd från kollegor och chefer minska upplevelsen av stress och dessutom verkar det som om personer som känner att de har socialt stöd klarar högre stressnivåer. För kvinnor finns det ofta en negativ komponent i det sociala stödet. Socialt stöd handlar för kvinnor ofta om lika mycket (eller mer) givande som tagande. Dessutom har kvinnor ofta svårare att dra sig undan social samvaro än män när de känner sig alltför pressade (Thomsson, 1998).

4.2.5 Behandling av stress-sjukdomar

Vid behandling av stress-sjukdomar kan man se faser efter insjuknandet. I den första fasen är individen oerhört känslig och mer eller mindre utslagen. Medicinskt sett vet man ganska lite och förutom sjukskrivning och eventuell inläggning på sjukhus eller hälsohem finns inte mycket att erbjuda. Den medicinska behandlingen som ges är antidepressiva preparat, vilket hjälper många. Även sömnmedel kan ges då sömnrubbningar är vanliga.

Denna första fas kan vara i några dagar till några veckor (Perski, kap 3 I Theorell (red) 2003).

I den andra fasen efter ett stressammanbrott handlar det om att få kropp och själ i balans. Kognitiv inriktning i gruppaktiviteter och individuella kontakter kan vara till hjälp för att individen ska förstå sambandet mellan sin livsföring och sjukdomstillståndet. Det gäller att få insikt om de olika värderingar och antaganden som kan ligga bakom det som skett och få prova nya handlingssätt. Denna behandlingsfas kan ta upp till sex månader och processen i sin helhet kan ta flera år. Anledningen till detta är att stressammanbrottet har inneburit en allvarlig påverkan på det centrala och perifera nervsystemet. Det tar längre tid för dessa system att läkas än vid skador i andra vävnader. En annan anledning till att rehabilitering tar lång tid är att det kan krävas en total förändring av hela livssituationen; vilket innefattar en omvärdering av målsättningar, kanske av relationer och hela sättet att fungera i livet (Perski, kap 3 I Theorell (red) 2003).

I den tredje fasen handlar det om möjligheterna att komma tillbaka till ett aktivt familje- och arbetsliv. I denna fas är stresshantering det viktigaste elementet samt diskussioner om hur man ska förändra sin livssituation för att förebygga ett nytt insjuknande. För att rehabiliteringen ska bli framgångsrik krävs vanligen förändringar i den livs- och arbetssituation man ska återgå till, vilket kan vara svårt att åstadkomma. Misslyckas man här är det lätt att individen hamnar i ett kroniskt sjukdomstillstånd. Att arbeta med psykosocial prevention på arbetsplatsen genom utbildning och kartläggning är ofta nödvändigt för att drabbade individer ska kunna få en bra återgång till arbetet. Dessutom kan nya fall av arbetsrelaterad ohälsa förhindras (Perski, kap 3 I Theorell (red) 2003).

Om behandling av stressrelaterad sjukdom säger Währborg (2002) att upprättande av mål och delmål är viktigt vid tillstånd som har så hög komplexitet som stressrelaterad ohälsa har. Utan väldefinierade mål är det svårt att identifiera framgång i behandlingen. Vidare är faktakunskap en förutsättning för förändring, även om det sällan räcker. Kunskap har dokumenterade terapeutiska effekter om pedagogiken utformas problemorienterat och man i dialog med gruppen skapar möjligheter till insikt om vad man kan påverka och på vilket sätt. Det är lika viktigt att veta vad som inte kan påverkas, vilka gränser som naturen sätter. Detta knyter Währborg (2002) till Antonovskys begrepp känsla av sammanhang enligt följande:

Begriplighet: Kan man förstå sin kropp, sina reaktioner och samspelet med omvärlden ?

Hanterbarhet: Kan kroppen påverkas, dess välbefinnande och lidande ? Vad kan jag göra ?

Meningsfullhet: Hur hänger allt ihop – vardagen, själen och kroppen ? Vad är meningen med livet?

4.3 Hälsobeteendeförändring

Målet med hälsofrämjande verksamheter är att få en förändring av hälsobeteendet eller hälsovanorna. Sådana förändringar är individuella men följer en process som genomgår olika faser som är liknande för alla. Grunden till motiven att ändra en vana är missnöje med livssituationen, jagbilden eller hälsan. I processen är flera faktorer främjande; socialt

stöd, upplevda positiva effekter i hälsotillståndet och personligt erhållen kunskap. Faktorer som försvårar förändringen är avsaknad av uppmuntran, ensamhetskänsla, sysslolöshet, bristfällig information och kraftlös självbild. De individer som lyckas förändra sina hälsovanor har ofta en i grunden positiv självbild. Därför kan det ses som en viktig del i hälsofrämjande verksamheter att individen på olika sätt känner sig stärkt genom ökad självkänedom och större självförtroende (Krogerus-Therman, 1989).

Hur ska man då definiera hälsorelaterade beteenden? *Hälsobeteenden* är alla beteenden som syftar till att leva hälsosamt och förebygga sjukdom. *Hälsorelaterade beteenden* är vidare och inkluderar alla vanor som har något samband med hälsa – även om inget hälsosyfte finns. Exempel på hälsorelaterade beteenden är rökning, alkoholvanor, kost, tillräcklig sömn mm och inom hälsopsykologin är motion, rökning och alkohol särskilt väl undersökt. Det mesta vi gör har effekter på vår hälsa, i sig självt eller i kombination även om det ofta är svårt att vetenskapligt klargöra sambanden (Thomsson, 1998). Studier har dock visat att kvinnor generellt sett har fler positiva hälsobeteenden, bättre kunskap om hälsa och tror starkare på betydelsen av positiva hälsobeteenden än vad män gör. Det går att se ett samband mellan kunskap och föreställningar men sambandet mellan kunskap och faktiskt beteende är svagt (Näslund, 1996).

Det är något av en paradox att fler kvinnor drabbas av stressrelaterad ohälsa när de generellt har större intresse för hälsa än män. Kan maktfrågor – möjligheten att använda sin tid, både arbetstid och fritid någorlunda fritt - ha med saken att göra? Thomsson (1998) menar att det inte finns någon teoretisk modell som på ett komplett sätt kan beskriva vad som leder till hälsorelaterade beteenden. Utgångspunkten är ofta att människor har fria val när det gäller olika beteenden. Det är lätt att glömma de omständigheter, normer och förväntningar som gör det möjligt - eller omöjligt - att göra vissa val. Ett alternativ skulle vara att försöka att förstå vilken mening olika beteenden har för olika människor och identifiera vilka förutsättningar som krävs för att ett beteende ska vara reellt möjligt. Problematiseringen av meningen med ett speciellt beteende eller speciell aktivitet kan vara viktig särskilt när aktören har ett lågt värde i förhållande till den sociala omgivningen. Detta ligger nära begrepp som makt och frihet.

4.4 Handlingsutrymme och genuskontrakt

Nordell (2002) menar att det i dagens samhälle finns två motsatta tendenser. Det ena är att kraven på individen att ta ansvar för sitt eget och sin familjs liv och framtid har ökat. Implicit i det kravet ligger att en människa ska ha insikt om när den egna hälsan är hotad och ha förmåga att överblicka sitt livssammanhang så att hon vet var hon ska sätta gränser – i hemlivet såväl som på arbetet. Den andra tendensen är att många verksamheter samtidigt blir mer detaljstyrda och övervakade med hjälp av informationsteknologin. Tillsammans med sparbetning skapas ofta en situation som ställer många människor inför helt oförenliga krav och de upplever att de har ett minimalt handlingsutrymme. Människor hamnar således i kläm mellan upplevt handlingsutrymme (för litet) och omgivningens krav (för stora) på deras kapacitet. Handlingsutrymme kan beskrivas som det öppna område inom vilket individen kan anses ha ett fritt val. Inom detta utrymme har individen rent principiellt möjlighet att handla och påverka sin

situation. Om hon är medveten om sina handlingsmöjligheter och väljer att utnyttja dem är en annan fråga. Utanför detta utrymme där människan har fria valmöjligheter finns handlingsbegränsningar som kan graderas efter den kollektiva ansträngning som krävs för att förändra dem: från relationer med andra människor som kan omförhandlas med viss ansträngning till lagar och förordningar som bestäms politiskt och därmed innebär absoluta begränsningar för individen (Nordell, 2002).

Nordell (2002) skriver att i samhället utvecklas formella och informella genuskontrakt som formar det vardagliga livet för enskilda män och kvinnor. Genuskontraktet upprätthåller könsstrukturer genom att utforma regler för vad kvinnor och män bör göra, tänka och känna. Begreppet genuskontrakt avser normer, föreställningar och handlingar som definierar vad som är kvinnligt och manligt i specifika situationer särskilt när det gäller arbetsfördelningen mellan män och kvinnor. Genuskontrakt kan användas som ett redskap för att analysera hur genusrelationer formas och strukturella maktrelationer uppstår i handling, strategier och förväntningar. Även om begreppet definieras på samhällsnivå ger det en teoretisk grund för att undersöka hur genusrelationer formas på mikronivå.

4.5 Kvinnors hälsostrategier

Inom kvinnoforskningen har man länge diskuterat tre möjliga strategier som kvinnor använder sig av för att klara av sin situation inom ett könsstrukturerat samhälle med en manlig dominans. Den första strategin är synlig underordning, den andra öppen protest och den tredje en anpassning i kombination med dold underordning. De här tre strategierna gör det möjligt för kvinnor att leva med dilemmat som uppstår i konflikten mellan deras förståelse av sig själva och sin faktiska situation. När kvinnor använder någon av dessa strategier kan de känna att de har kontroll i sin situation och därmed kan de kan förhindra allvarigare stressreaktioner, trots att de inte kan påverka situationen egentligen (Thomsson, 1998). Vidare skriver Thomsson (1998) att när kvinnorna i hennes undersökning berättade om negativa aspekter i sitt liv så beskrevs de som undantag: det kunde gälla besvikelser i arbetsliv och familjeliv och ej önskvärda beteende, t ex stor alkoholkonsumtion. Många kvinnor håller inne med sina negativa livsomständigheter vilket gör att deras symptom på ohälsa ofta är svåra att förstå – både för dem själva och för andra. Vidare skulle mycket av kvinnors ohälsa och stress kunna förstås på ett annat sätt om deras liv sågs i relation till deras tendens att ta ansvar för människor nära dem. Forskning på arbetarklasskvinnors definitioner av hälsa visar enligt Carlstedt (1992) att det finns en överensstämmelse mellan att ”vara frisk” och att fungera som vanligt i olika ”roller”- mor, husmor, maka. Att definiera sig som frisk innebär således inte att man är fri från sjukdom.

4.5.1 Att bemästra ohälsa

Att bli sjuk innebär en förlust av trygghet, livet blir med ens oförutsägbart och ovisst. Man förlorar kontrollen över sitt eget jag och sitt eget öde. Behoven av trygghet och säkerhet blir för en sjuk person ett stort och mångfacetterat bristbehov, ett slags tomhet som behöver fyllas med en ny trygghet. Vid långvarig sjukdom förlorar individen sin självbild och den identiteten fungerar inte längre när man inte kan utföra samma aktiviteter som frisk. Förlusten av självuppskattning hänger inte enbart samman med

individens sjukdom utan även med vårt västerländska samhälle. Den etik som genomsyrar stora delar av västvärlden handlar om värden som oberoende, självständighet och individuellt ansvar. Som sjuk känner man sig lätt osjälvständig och svag. Så länge den sjuke enbart betraktar sin sjukdom destruktivt kan inte en ny identitet byggas upp, då ser man bara förlusterna. När man börjar återskapa sin psykologiska och sociala verklighet och förändrar sitt värdesystem kan man bygga upp en ny identitet (Tamm, 2002).

4.5.2 Balansen mellan belastning och egen kraft

Carlstedt (1992) skriver att humor, tröst, försoning och tillförsikt kan ses som ”generella motståndsresurser” mot ohälsa eller strategier för bibehållande av hälsa. Enligt Hollnagel och Malterud (2004) använde sig danska allmänläkare på 1970-talet av en bild som de kallade ”hälsobråket” (bråk=matematisk term med täljare och nämnare). Detta var en bild av balansen mellan patientens krafter och belastningar. Om belastningarna är större än krafterna uppstår vantrivsel och sjukdom. Samma sak kan ske om man inte får använda sina krafter på ett meningsfullt sätt. Människor är olika och hälsobråkets belastningssida och resurssida har olika innebörd för olika människor. Jogging t ex kan skapa hälsa och välbefinnande för vissa medan andra upplever det som en olustbetonad aktivitet och då blir det en belastning.

4.5.3 Behovet av meningsfullt arbete

Att orka arbeta framställs ibland som synonymt med att må bra och att vara frisk. Att ha fullt upp, genom obetalt- eller förvärsarbete kan ge en känsla av välbefinnande. Detta förutsätter att arbetet är meningsfullt och att individerna har inflytande över sin arbetssituation. Höga och meningsfyllda krav tillsammans med en upplevelse av att kunna hantera och bemästra situationen kan vara hälsobefrämjande. Medan motsatsen: meningslöst arbete, större än man mäktar med eller med krav utan erkännande eller inflytande, blir upplevelsen den motsatta (Carlstedt,1992). Detta kan jämföras med vad forskare inom förvärsområdet har visat genom ”krav-kontroll-modellen” (Karasek & Theorell, 1990

4.5.4 Behovet av egen tid och utrymme

De flesta människor förväntas ha en fritid när man kan ägna sig åt olika hobbies och rekreation på olika sätt. Thomsson (1998) ifrågasätter om många kvinnor överhuvudtaget har en fritid. Kvinnors fritid har ofta visat sig vara liten och fragmenterad med några minuter här och där medan män ofta har längre perioder i sträck (även om undantag finns, mitt tillägg). Särskilt mödrar tycks ha svårt att bryta det här mönstret av ständiga omsorger och se till sina egna behov. I sin undersökning har Thomsson (1998) sett en medvetenhet om att den trötthet kvinnorna känner har att göra med deras brist på eget utrymme och tid. Kvinnor med små barn tar det ofta med ro, de har en tro att det blir bättre sen. De som Thomsson intervjuade var vana att se sig själv i relation till familjen och det tycktes finnas en föreställning om att egna handlingar och önskningar inte får stå i konflikt med omgivningen. Risken att sära andra och vara självisk innebär ett större hinder för kvinnornas välbefinnande än något annat. Deltagande i olika fritidsaktiviteter begränsas eller förhindras ofta och kvinnorna förklarar det med olika tillfälligheter, de ser det inte som ett tecken på att de saknar inflytande över sitt eget liv (Thomsson, 1998).

5 Metod

Undersökningen är gjord utifrån ett kvalitativt och hermeneutiskt perspektiv. Enligt Patel och Davidsson (1994) är det svårt att exakt beskriva vad som kännetecknar en hermeneutisk ståndpunkt då det är en mångfacetterad företeelse. Men enkelt sett så har det historiskt funnits ett motsatsförhållande mellan positivistisk kunskap med objektivitet som ledstjärna och hermeneutik där man tolkar och försöker förstå den mänskliga verkligheten utifrån en medvetet subjektiv förförståelse. Hermeneutikerna eftersträvar att förstå helheten i forskningsproblemet genom att pendla mellan del och helhet. Enligt Lantz (1993) så syftar forskning med kvalitativ ansats till att undersöka det vardagligas meningsnivå. Undersökaren försöker förstå händelsers innebörd genom att studera fenomen i sitt sammanhang. Den kvalitativa ansatsen är antireduktionistisk och försöker ta hänsyn till så stor del av sammanhanget som möjligt. Eftersom jag valt att studera deltagares erfarenhet av att delta i en stresshanteringskurs och deras insikter har jag valt att använda en kvalitativ metod.

5.1 Genomförande, urval och bortfall

Från min praktiktid kände jag till ett projekt och jag tog telefonkontakt med en av de lokala projektledarna. Kursledarna hade möjlighet att träffa mig ett par veckor senare och lämnade då muntlig och skriftlig information om kursens varierande upplägg. Det bestämdes i inledningen att intervjua deltagarna på kursen men att kursledarna skulle vara behjälpliga med information om kursens upplägg. Det övergripande syftet med kursen är att deltagarna ska få fler perspektiv på tillvaron och våga förändra livsmönster som inte känns tillfredställande. Eftersom det tar tid att etablera nya livsmönster och vanor så är det en fördel att en viss tid har förflutit sedan deltagaren gick kursen men samtidigt inte så lång tid att det mesta har glömts bort. Naturligtvis har respondenterna utsatts för en mängd influenser under den tid som har förflutit sedan de deltagit i kursen och därför är det inte vetenskapligt möjligt att försöka *utvärdera* själva kursen. Mitt val har istället varit att försöka få en större förståelse för dessa kvinnors situation och vilka faktorer som varit viktiga i deras tillfrisknande, där kursen bör ha varit en faktor.

Vid en andra träff med en av kursledarna diskuterades urval av deltagare för kvalitativa intervjuer. Tanken var att intervjua sex till sju personer varav två kursdeltagare från 2003, två från 2004 och två från den pågående kursen plus någon mer. När det gäller bortfall tackade ingen nej vid förfrågan från kursledaren. Dock blev det en viss tidsnöd och två personer uteslöts därför. Slutligen blev det fem intervjupersoner. Åldersfördelningen var mellan 38 år och 62 år, ingen hade någon längre akademisk utbildning, alla hade barn (dock ej småbarn). Alla hade varit eller var sjukskrivna för stressrelaterad ohälsa och vid intervjutillfället arbetade två personer heltid, en arbetsprövade och två var sjukskrivna (utan arbete att gå tillbaka till).

Efter kursledarens telefonförfrågningar kontaktades kursdeltagarna per telefon av mig. Intervjuerna genomfördes mellan 24 mars och 6 april 2005 i projektets lokaler, med undantag för en intervju som gjordes i det lokala biblioteket. Innan intervjuerna påbörjades informerades respondenterna om uppsatsens syfte och att allt de sade var konfidentiellt. Respondenterna gav sitt tillstånd till att intervjun spelades in. Intervjuerna

var mellan 40 och 60 minuter och spelades in på minidisc och i ett fall på kassett- band. När det gäller intervjuerna har frågorna tagits i varierande ordning utifrån vad den intervjuade tagit upp i svaren. Det innebär att också att följdfrågorna har varierat något. Intervjun kan beskrivas som öppen riktad intervju som enligt Lantz (1993) kännetecknas av bestämda frågeområden med öppna svar. I den riktade öppna intervjun och den öppna intervjun är den upplevande människan i centrum och den mening hon ger det skedda som undersöks.

Litteratursökning gjordes parallellt med det övriga arbetet. Använda sökord är följande: Förändring, hälsa, kvinnor, coping, stress, stresshantering, främjande. I olika referenslistor hittade jag fler intressanta titlar.

5.2 Etiska överväganden

De som har intervjuats är utvalda av kursledarna och därför är deras identitet väl känd för dem. För att det inte ska gå att identifiera vem som sagt vad har inga namn angetts, ej heller fingerade sådana. Ålder och ev. sjukskrivningar nämns kort men ej i samband med de olika citaten. Närmare beskrivning av projektet har ej getts då det kanske skulle gå att identifiera kursdeltagarna genom detta.

5.3 Bearbetning av data

Intervjuerna transkriberades i sin helhet i stort sett men längre utvecklingar om andra familjemedlemmar har utelämnats. Användandet av minidisc innebar oväntade svårigheter då det endast går att spola tillbaka ett helt spår, ej några meningar som på kassettband. Detta uppvägdes dock av den goda ljudkvalitén.

Svaren sorterades i tre huvudkategorier: kursen, insikter och handlingar/beteenden. Vissa svårigheter att dra gränsen mellan en insikt och en handling gör att det inte var helt glasklara kategorier men ändå relativt enkelt. Både frågeformuläret och frågeställningarna bygger på samma tre kategorier. Inom kategorierna finns underkategorier som anknyter till teorierna, ibland med samma typ av rubrik i resultatdelen. Både likheter och skillnader mellan respondenterna har sökts för att ge en fyllig bild av deras olika upplevelser. Om antalet intervjuade varit större hade det varit mer relevant att försöka leta mönster med någon matrismodell men det lilla antalet respondenter och den kvalitativa ansatsen gör att det inte skulle vara meningsfullt.

5.4 Metodkritik

Man kan inte hävda att det är just kursen som har gjort att deltagarna har genomfört vissa förändringar i livet men det är rimligt att anta att den kan ha utgjort ett stöd. Eftersom en av kursledarna har tagit den inledande kontakten så är det inte uteslutet att vissa av deltagarna undanhöll viss kritik. En respondent frågade efteråt om jag trodde att kursen skulle få vara kvar i och med min undersökning. Detta berodde till stor del på att jag p g a tekniska problem med inspelningen blev nervös och glömde informera om syftet med undersökningen innan! Jag fick ändå intrycket av att respondenterna verkligen tyckt att kursen i sin helhet varit positiv. En del kritik av kursen och hälsoprofilerna kom emellertid fram.

Enligt Trost (1993) är problemet med retrospektiva frågor att de handlar om hur man ser på det förflutna i nuläget. Om man ändå vill ställa retrospektiva frågor bör man utgå från en händelse som var viktig för den intervjuade och gärna be dem gå tillbaka i minnet.

Jag anser inte att det är något större problem att svaren om det förflutna säger mer om vem man är idag i detta fallet. Undersökningen har velat spegla processen mot hälsa och däri ingår ständiga omprövningar varav intervjun blir ett tillfälle att bearbeta och ge det skedda en mening. Däremot behövde jag ibland ge de intervjuade olika förslag när det gällde kursen för att de skulle komma ihåg – frågorna var lite för öppna ibland. Att alla respondenter hade vissa minnesproblem relaterade till sin stress-problematik försvårade givetvis. Men även om de ibland hade svårt att komma ihåg kunde de ändå redovisa särskilda händelser som varit betydelsefulla för dem. När det gällde frågan om de sökt stöd hade jag tänkt ställa följdfrågor om både professionellt stöd och socialt stöd men så blev det bara i två fall. Eftersom de intervjuade ändå gav fylliga beskrivningar av sina liv går det ändå att dra vissa slutsatser. Genusperspektivet kändes efterhand allt viktigare och därför lades frågor om hemarbete till i de två sista intervjuerna.

Det fungerade det bra att vara i projektets lokaler. Den intervju som gjordes i biblioteket kändes dock lite spänd och blev kortfattad. Ändringen av lokal berodde på en missuppfattning om tiden som gjorde att jag inte kom in i den avtalade lokalen. Jag bedömde dock att det var bättre att försöka genomföra intervjun på biblioteket, där de var vänliga och ställde ett rum till förfogande, än att boka en ny tid. Dock fick jag vid detta tillfälle en hel del information efter att inspelningen stängts av vilket enligt Trost (1993) kan vara ett tecken på att den egentliga intervjun inte blivit helt lyckad.

Syftet med undersökningen var att undersöka vägen tillbaka till hälsa men det blev mycket mer material om hur det känns att drabbas av utmattningssyndrom (tidigare kallat utbrändhet) än jag tänkt mig. Så även om de intervjuade var på bättringsvägen var behovet att uttrycka sig kring sina hälsoproblem stora. Det var också väldigt viktigt att jag förstod sammanhanget och vad kvinnorna kämpade med dagligen. Dock finns det gott om undersökningar som utreder alla problem som stressrelaterad ohälsa kan innebära men mindre om vad man kan göra åt det.

6 Resultat

Utgångspunkten har varit en tankekedja; kunskap-insikt-handling. Kunskap (kursen) som eventuellt leder till insikt och insikt som kanske leder till handling. Resultatet är disponerat efter mina tre frågeställningar med en sammanfattning för varje frågeställning.

6.1 Kursen

Kursledarnas mål har varit att deltagarna ska få fler perspektiv på sin vardag. De har ofta minnesproblem, svårt att läsa och koncentrera sig. Därför har man valt att göra teoripassen korta och enkla för att sedan diskutera dagens tema två och två. Det anses viktigt att deltagarna får känna att det är deras tid – att saker får komma innifrån. Rundan i början och diskussionen två och två är en övning i att lyssna på sig själv och andra.

Grundstrukturen ser ut så här (total tid: 2,5 timmar):

- Inlandning i ring – sitta och ”landa” i 6 min till lugn musik.
- En runda med en sten -prata en i taget kring något man tänkt på sedan förra gången.
- Teoretiskt inslag (kort)
- Ev. film
- Diskussion i smågrupper. Gott om tid att dela erfarenheter
- Rörelsepass - strax innan mitten (till musik)
- Fika
- Fortsatt diskussion
- Ibland massage eller beröringsövningar
- Slutar med avspänning/avslappning

6.1.1 Kursens betydelse och möjligheten att förebygga

Respondenterna är ganska vaga kring frågan vad de ville uppnå med kursen. Alltifrån att få en bättre inre styrka till att hitta självklara saker som man egentligen vet men inte har formulerat. Trots att det var relativt få träffar så verkar de ha haft stor känslomässig betydelse för deltagarna. Att veta att man inte var ensam om sina problem och att detta inte var något konstigt, utan att det kan drabba alla människor. Det kan kännas svårt särskilt de första gångerna, men annars kändes det mycket positivt för respondenterna att delta. De kände sig glada, trygga och stärkta när de gick från kursen.

Väldigt positivt måste jag säga. De första gångerna så grät jag och det var inte för att jag var ledsen egentligen utan för att när vi talade om sådant som har varit så svårt, kommer det tillbaka igen...Men det är väldigt positivt att höra dem andra, för man är inte ensam då.

Det var helt fantastiskt man fick veta så mycket om sjukdomen och hur andra kände det. Man tyckte ju själv ett tag att det var ju mitt fel att det hade blivit så med min chef. Att det var jag som var skuld till det hela det var det ju inte.

... jag mår väldigt bra när jag går därifrån, jag funderar på varför. Det är nog att man vädrar av sig. Det är ett annorlunda sätt att umgås, väldigt annorlunda för ...man har inga förutfattade meningar om varandra, man träffas i ett helt neutralt sammanhang, det är väldigt positivt.

Att prata och lyssna på människor man inte kände, men som förstod vad det handlade om har varit positivt. Någon menade att detta var saker som hon inte kunde diskutera med vänner och bekanta, hon hade lärt sig att det var saker man inte pratar om. I vilken fas som kursen kommer in är också viktigt för att kunna göra mesta möjliga utav den. Tiden i sig är också viktigt, det går inte att skynda på tillfrisknandet särskilt mycket.

Nu kom ju den in så perfekt i tiden så att jag gick ju den på hösten och på julen, i januari så var det som att vända på en hand. Så kände jag, nu är jag lycklig och jag har inte varit det på många år, just känt den här lyckokänslan. Sen om det var kursen eller tiden, det vet jag ju inte.

Kursen var lite kort tyckte flera när de fick frågan men ingen tog upp det spontant. En person skulle gärna vilja ha en permanent grupp att gå till för att kanske må bättre:

Jag skulle nog kunnat gått längre. Man kände att när man väl kommit igång så var det slut. Det finns ju ändå människor, det är ju inte bara jag som har detta inom mig hela tiden. Man vaknar på morgonen, ont i huvudet, känner att man skulle vilja sova hela dan och man har ingen lust att gå upp. Det kan ju inte bara vara jag som känner så och jag tror att det är bra om man träffas och man ventilerar det på olika sätt i en styrd miljö.

Alla respondenterna hade sjukskrivning bakom sig men de flesta tyckte att blandningen med sjukskrivna och arbetande i gruppen hade varit bra och att de kunde spegla sig i varandra, även om de var i olika faser. Däremot var flera tveksamma när det gällde just möjligheten att förebygga stress eller ”utbrändhet” åtminstone när det gällde dem själva. En menade att människor tyvärr måste göra sin egna misstag.

Vissa hade kommit längre och en del var i början. Gruppen var bra sammansatt...Ja jag tyckte det var jättebra. För det blir ju det när du ser att någon annan är på väg in så hjälper det ju mig som har gått igenom det, ser hon inte det ?

Så jag tror inte att någon annan, att jag skulle kunnat hindra detta på något sätt utan jag var nog tvungen att gå hela vägen för att jag skulle fatta. Jag fattade inte förrän jag inte kunde gå, jag fattade inte förrän jag tappade minnet och jag fattade det knappast då. Jag är nog den typen av människa som har svårt att stanna upp. Jag hoppas att jag blivit bättre.

Någon tyckte att det i hennes grupp var några som varit sjukskrivna länge och förlorat hoppet. Hon tyckte att det kändes jobbigt men samtidigt var de avskräckande exempel på hur det kan gå om man går sjukskriven länge.

Jag var inte så dålig och jag tänkte inte bli det heller, kände jag...Ja man kände att man fick tips hur man skulle göra för att vara sjuk så länge... Ibland kände jag att man försvann liksom i den sjuka gruppen. Det var några stycken, det behöver ju inte vara så i de andra grupperna, men den där jag var där jag var så var de väldigt starka och liksom tog över.

6.1.2 Moment i kursen

Alla projektets stresshanteringskurser har sett lite olika ut men i huvudsak har det varit samma moment i olika blandningar även om det på senare kurser handlat mer om möjligheten till förändring och mindre om begreppet stress. Eftersom uppsatsen inte är en utvärdering har deltagarna inte utfrågats i detalj om de olika momenten utan jag har utgått ifrån att de har lyft det som har varit viktigast för dem.

Balansvågen (må-bra vågskål och stress-och press-vågskål) verkar ha varit en pedagogisk bild som flera tagit till sig. Respondenterna uttrycker på olika sätt insikten att de inte kan säga ja till allting, att de måste få ta igen sig ibland och att de inte kan hålla på att ge utan att få igen. En person menar att det handlar om att känna efter och våga sätta gränser:

Ja jag håller inte på med massa måsten längre nu. Om det är kalas och jag inte känner för att åka med så säger jag att ni får åka själv och så stannar jag hemma. Just det här att man känner efter. Och så våga sätta gränser.

Filmen om stress handlade om hur kända och okända människor hade upplevt stressrelaterad ohälsa och bidrog till förståelsen att detta drabbar många andra människor. Filmen och diskussionen efteråt verkar ha gjort dem medvetna om vad stress innebär för

dem själva och att de t ex har haft liknande symtom tidigare. Att bli medveten gör att det blir mycket lättare att hantera menar en respondent.

På den filmsnutten var det Lillemor Arvidsson och hon sa att hon hade blivit rädd för att prata i telefon och det var jag inte medveten om men det hade jag också blivit.

På kursen har man tillämpat samtal i runda där den som talar håller en sten i handen och även reflektion två och två. Det är ett sätt att samtala som ursprungligen kommer från olika självhjälpsgrupper men som tillämpas även i andra sammanhang. Grundtanken är att man ska ha tid att formulera sina egna tankar om sig själv utan att avbrytas av någon annan. Alla får samma tid men man kan välja att inte säga något. Rundan upplevdes som positiv men en respondent hade svårt för reflektionen två och två för då fick den som lyssnade inte ge respons. Hon hade svårt att förstå vitsen med att lyssnaren inte fick ge respons.

Men nånting som de hade med i kursen som var väldigt svårt var att sitta två och två, nu vet jag inte vad vi skulle prata om. Men så får man inte ens nicka eller ja-a och sitta och prata med en människa och inte få nån respons det var jobbigt.

- Vad tror du att man vann med den övningen ?

Nej jag vet inte. Det kanske är nånting man behöver träna på och så fick man en given tid, nä jag tyckte det var svårt, jättesvårt.

En respondent nämnde att låta andra prata som exempel vid frågan om hon använt något från kursen.

Jag tror jag tänker på det här med stenen att man ska försöka låta andra prata. Att det inte är farligt att vara tyst emellanåt.

6.1.3 Hälsoprofilbedömning

Respondenterna tillfrågades också om hur de upplevt hälsoprofilbedömningarna (HPB) då alla kursdeltagare får börja med att göra en hälsoprofil och även erbjuds att göra om en till 6 mån efter den första. Syftet med att göra HPB är dubbelt – att deltagarna ska se om de har gjort några förbättringar/förändringar som påverkat deras hälsa och projektet använder det som en utvärderingsmetod. Hälsoprofilbedömning (HPB eller hälsoprofil) består dels av ett samtal utifrån ett formulär där personen får skatta sin hälsa, vikt, stress, matvanor mm på en femgradig skala och dels av testpersonen får cykla på en testcykel och får en skattning av konditionen. (Gunnar Andersson, HPB-kurs 26-27 maj 2003). De två tillfällena innebär en möjlighet till ett enskilt samtal om sin hälsa och jag hade väntat mig att deltagarna skulle ha någorlunda klar minnesbild, trots deras minnesproblem. De flesta hade dock inte mycket att säga spontant utan jag fick ställa flera följdfrågor. Det verkade som att de flesta tyckte att det hade varit ganska jobbigt att bedöma sin egen hälsa och sitt liv – och även kanske att bli bedömd av en annan person. Vid andra tillfället hade alla förbättrat sina skattningar på något sätt men de hade svårt att minnas inom vilket område.

En hade uppfattningen att hälsoprofilen främst handlade om det kroppsliga medan kursen var inriktad på det själsliga menade hon. Alla intervjuade var positiva (eller mycket

positiva) till kursen som helhet men det verkade inte som att de tyckte att hälsoprofilerna hade varit till något större stöd för dem på vägen mot att bli friska. En menade att det var tiden som fick ha sin gång, man kan inte forcera det. När man gör hälsoprofil så brukar man betona att det inte är något mål att ha högsta ”poäng” (ibid) men det kan ändå kännas jobbigt; att man måste ändra på sig.

Att fylla i sånt, då måste man fundera på vad man själv gör, var man själv är. Det är alltid lite jobbigt att göra...det är egentligen en ganska otrevlig sysselsättning men nog egentligen väldigt bra. Men då formulera man för sig själv, sätter på pränt... Så att göra en hälsoprofil överhuvudtaget det är naturligtvis bra för då får man ögonen på: det där kanske inte är så nyttigt, det kanske man kan förbättra.

6.1.4 Sammanfattning frågeställning nr 1

Vilken betydelse har kursen haft för respondenterna ?

Deltagarna berättade att kursen inneburit en möjlighet att bearbeta svåra känslor. Att man inte kände de som deltog på kursen innan verkar inte ha varit något hinder – det viktiga var att det var andra i samma situation. I vilken fas i tillfrisknandet som kursen kommer in är viktigt för att kunna göra mesta möjliga utav den. Tiden i sig är också viktig, det går inte att skynda på tillfrisknandet särskilt mycket. Kursen kunde gärna ha varit lite längre, särskilt som det kan kännas nervöst första gångerna, en del behöver tid för att känna sig trygga i gruppen. Blandningen på gruppen tyckte de flesta var positivt. Någon tyckte att det i hennes grupp var några som varit sjukskrivna länge vilket hon tyckte kändes jobbigt. Flera var tveksamma när det gällde möjligheten att förebygga stress eller ”utbrändhet” åtminstone när det gällde dem själva.

När det gäller de olika momenten i kursen verkar blandningen av avslappning, rörelse och diskussioner ha varit uppskattad. Balansvägen var en pedagogisk bild som var lätt att ta till sig och som illustrerade kvinnornas behov att sätta gränser. Även filmen om stress har underlättat medvetenheten om vad stress innebär på ett personligt plan. Att bli medveten om sina problem och benämna dem gör dem lättare att hantera. Rundan upplevdes som positiv av alla och åtminstone en respondent nämnde att det blivit en tankeställare. En respondent hade svårt för reflektionen, att man inte fick ge respons. Hälsoprofilerna verkade inte uppfattas särskilt positivt av respondenterna. Jag tolkade svaren som att hälsoprofilerna kanske väckte en del ångest och att de var tudelade när det gällde nyttan för dem själva.

6.2 Insikter

6.2.1 Insikt om att leva i nuet

Enligt kursledarna så är medvetenhet om nuet inget tema på kursen men jag valde att ta med det då det verkade betydelsefullt för en person. Hon sa att hon levde mer i nuet, vilket jag tolkar som något mer än att ”inte vara stressad”. Hon berättade också att hon tidigare varit fixerad vid klockan och att en resa gjorde henne medveten om hur viktigt det var för henne att ha kontroll på tiden. Efter resan tog hon inte på sig klockan mer och lyckades släppa fixeringen. Detta skedde innan kursen. Överhuvudtaget så hade hon

dragit ner på livstempot och kunde njuta av livet och av t ex naturen. Hon hade insett att när man inte lever i nuet så försvinner tiden hela tiden.

6.2.2 Insikter om arbete

När det gällde arbete fanns det flera attityder, kanske beroende på vilken påverkan man tyckt att arbetet haft för stressupplevelsen och om man hade ett arbete att gå tillbaka till. En respondent menade att hon tappat organisationsförmågan och att det kändes extra svårt då det var en del av hennes yrkesidentitet. På något sätt hade alla omvärderat sitt attityd till arbete – alltifrån att inte låta arbetet vara alltför viktigt till att vilja ha en annan typ av arbete. Ett par stycken hade mer eller mindre klara mål med vilken typ av arbete de skulle vilja ha och de andra var oklara med vad de skulle vilja göra istället. En intervjuad sa att hon ringde på andra jobb ibland men tyckte att det verkade svårt bl a av åldersskäl. En person hade släppt tanken på att få ett nytt jobb och en annan tyckte inte att det var så viktigt vad hon jobbade med, bara hon fick ett arbete där hon fick röra på sig och inte servade på samma sätt som tidigare:

Har jag servat färdigt i den betydelsen ? Jag vet faktiskt inte, jag tror nästan det. Jag skulle vilja ha ett jobb där man rör på sig...Det är inte själva jobbet utan att vara ute och röra på sig. Det tycker jag verkar väldigt positivt.

6.2.3 Insikter om inre och yttre krav – orsaker till ohälsa

Det var flera som nämnde att de inte hade samma krav längre att det skulle vara perfekt städat hemma. En menade att hon tagit bort måsten och fått en insikt om att hon inte kunde vara perfekt och vara med på allting. En annan var medveten om att andras krav påverkade henne negativt ibland men tyckte nog fortfarande att det var svårt att säga ifrån. Istället upplevde hon att kroppen sa ifrån.

Jag klarar tex väldigt, väldigt dåligt att folk säger till mig vad jag ska göra. Jag har kanske alltid men det är väldigt tydligt. Förut kämpade man på men idag går det inte. Får jag den minsta press att göra något jag inte vill så funkar inte kroppen.

När det gäller orsaken till att de blev sjuka menar de flesta att det handlar om deras hanterande av livet, deras sätt att vara. De tyckte alla att de hade utvecklat andra attityder till livet – alltifrån att acceptera sin inre stress till att ändra sin attityd till sig själv och andra. En person menade att det var många faktorer tillsammans som varit orsaken – det var alltifrån anhöriga som behövde omsorg till att hon skulle vara duktig på jobbet plus ett stort hus med tomt som skulle skötas. Just att man inte tar sig tid och känner efter gör att sjukdomen verkar komma som en överraskning även om man förstår det sedan.

för det kan man ju räkna ut med rumpan att man blir sjuk av att göra som jag gjorde. Jag sov urdåligt, jag slutade aldrig jobba, för även om jag inte var där så hade jag jobbet i huvudet hela tiden, helgerna också. Jag jobbade alltid sent, jag hade alltid dåligt samvete för att jag skulle hem och laga mat till barna. Så rent självklart att man inte kan må bra av det att man måste bli sjuk av det till slut, jag kunde inte fatta det.

Omvärderingen av livet är inget som de har fått gratis. Två stycken gick tillbaka till arbete/studier alltför snabbt och blev sjukskrivna igen. Negativa värderingar av

sjukskrivna verkar ha bidragit till att de ville bli betraktade som friska och starka människor snarast möjligt, inte som hypokondriker.

Jag vet själv, jag tänkte att en utbränd människa den är en som känner efter, jag var alltså stenhård, tyckte det var bara en nutidssjukdom och så själv drabbas av detta, jag fick ställa in bilen i garaget, jag kunde inte med att visa mig, det var det värsta som kunde hända mig.

På frågan om de kunde påverka hur de mådde menade de flesta att de kunde det. En verkade ha ett uttalat yttre kontroll-lokus och hänvisade till mediciner, fint promenadväder och kontakt med anhöriga medan de andra främst hänvisade till inre strategier. Någon menade att hon blivit bättre på att ta sig tid och tänka och känna efter. De flesta har blivit bättre på att sätta gränser, att säga nej, fast kanske inte tillräckligt ofta. En person menade att hon lätt gick upp i varv, men att hon hade lärt sig att ha en inre dialog som lugnade henne. Men det är inte alltid så lätt att lyssna till sig själv heller med andra familjemedlemmars behov att ta hänsyn till.

Lyssnar man inte på sig själv så lyssnar man på andra och då blir det inte bra. Då gör man vad dem vill, inte vad man själv vill. Sen kan man inte till 100 % lyssna på sig själv, inte när man har familj och barn och hem och hus. Men i det längsta mån man kan så ska man nog göra så.

6.2.4 Behovet av stöd och att finnas till för andra

Flera hade fått stöd av psykolog genom arbetsgivaren eller på annat sätt, i en eller flera omgångar. De tyckte att det var bra men lite för få gånger. För en person hade det handlat om att acceptera att vissa saker i livet inte gick att ändra, att bearbeta sorg som hon upplevde att hon inte kunde prata med andra om. Att söka sådan hjälp är ofta ingen självklarhet utan man vill kunna klara sig själv. Eftersom kvinnorna har stått för omsorgsdelen i familjen har det varit svårt att vara den som plötsligt behöver stöd. De flesta berörde inte hur det påverkat relationen till deras man men en person sade att den varit mycket ansträngd ett tag. För familjen kan det vara svårt att förstå, särskilt för barnen:

Jag vet inte hur barnen egentligen förstod det... De har förstått att jag mått väldigt dåligt och försökt att ta hänsyn men det är inte så väldigt lätt när man är hemma. De tar mig för givet på nåt sätt. Sen har jag en man som har stöttat mig, visst har han gjort det. Men jag tycker inte att han riktigt, riktigt har förstått, jag tror inte det. Men jag bara orkade inte. Jag orkade inte med människor, jag orkade inte med mig själv, jag orkade inte med familjen. Men visst har de stöttat mig, jaja man kan inte säga annat.

Möjligheten att ta emot stöd kan också vara begränsad då många människor försöker komma med goda råd som man varken vill eller kan ta emot. Att ta emot hjälp innebär att man inte klarar sig själv - motsatsen till att vara frisk och självständig.

Men det är klart att det inte är lätt med en människa som inte själv... jag visste inte från minut till minut hur jag mådde. Sur och tvär och ledsen, mest ledsen var jag. Jag förstår ju att alla försökte vara snälla. Människor försökte att vara gulliga och tala om hur jag skulle göra si eller så och det går inte. Det går inte i vanliga fall och speciellt inte när jag är sjuk, då blir jag ju jättearg.

Att vara den som ger stöd verkar vara mycket djupt rotat hos kvinnorna, både till äldre anhöriga och till andra. I viss mån kan omsorgen om andra vara ett sätt att strukturera vardagen när man är sjukskriven. En respondent hade hittat ett företag där hon kunde hjälpa till med småsaker och där de hade tid att dricka kaffe med henne. Ibland hade hon med sig lunch till dem. När det gäller vänner svar en respondent lite förvånad över att hon behållt sina vänner men hon hade varit tydlig med att hon inte orkade hålla kontakten utan att det var upp till dem. En annan menade att hon jobbat för mycket och inte haft tid att odla umgänge vilket hon hoppades kunna ta igen nu.

konstigt nog har jag behållt alla mina vänner, jag har talat om för dem klart och tydligt att ni får hemska gärna ringa mig men får förstå att jag kanske säger nej. Och alla har förstått detta.

6.2.5 Optimism och framtidstro

I slutet av kursen ska deltagarna skriva ett brev till sig själva om vad de vill. Kursledarna skickar brevet vid en överenskommen tidpunkt ett antal månader senare. Av respondenterna hade de flesta inte skrivit brevet antingen för att de inte tyckte att de kunde se någon framtid då eller för att de var inte var med den gången. Det verkar överhuvudtaget ha varit svårt för flera att formulera mål eller idéer för framtiden. De två som gjort det hade yrkesmässiga mål och en var på god väg genom att studera samtidigt som hon arbetade. De som fortfarande inte tyckte att de mådde så bra ville få en bättre psykisk hälsa. En tyckte att hon ändå kunde se lite mer positivt på framtiden än innan kursen och försökte peppa sig själv dagligen.

Förut kände jag ingen framtid. Det gör jag idag...fastän man inte mår riktigt bra alltid, för det gör jag inte... Ja den här dan blir också bra, att jag inte är sämre för det fastän man vaknar på morgonen och mår dåligt. Utan att man tar tag i dagen...Man har en inre dialog med sig själv.

6.2.6 Sammanfattning frågeställning nr 2

Vilka insikter har respondenterna utvecklat om sina beteenden, värderingar och tankesätt?

Intressant nog var det bara en respondent som sade att hon levde mer i nuet. Överhuvudtaget hade hon dragit ner på livstempot och kunde njuta mer av livet. När det gällde arbete fanns det flera attityder. På något sätt hade alla omvärderat sin attityd till arbete. Ett par stycken hade mer eller mindre klara mål med vilken typ av nytt arbete de skulle vilja ha och ett par stycken var oklara med vad de skulle vilja göra istället.

När det gäller orsaken till att de blev sjuka menar de flesta att det handlar om deras hanterande av livet, deras sätt att vara. De tyckte alla att de hade utvecklat andra attityder till livet. Vägen tillbaka till ett normalt liv har tagit lång tid och det är lätt att börja arbeta alltför tidigt och därmed bli sjuk igen. De flesta menade att de kunde påverka hur de själva mådde även om yttre faktorer hade en viss påverkan. De flesta verkade ha blivit mer medvetna om sina inre strategier. De flesta tyckte att de blivit bättre på att sätta

gränser - att säga nej, fast inte tillräckligt ofta. Eftersom kvinnorna har stått för omsorgsdelen i familjen så har det varit svårt att vara den som plötsligt behöver stöd.

Att kunna vara optimistisk om framtiden är viktigt för hälsan (se 4.2.3) och brevskrivningen till sig själv är ett sätt att arbeta med detta. Det är lite nedslående att bara en respondent hade gjort övningen (en gick kursen och hade inte hunnit till det momentet) och att de verkade ha så svårt att formulera mål eller idéer för framtiden.

6.3 Handling

6.3.1 Träning och avslappning

Alla respondenter sa att de tränade för att må bra och alla utom en hade varit fysiskt aktiva förut. De försökte promenera varje dag men de erkände att vädret spelade en viss roll. Förutom vanliga promenader så tränade de på gym, gick stavgång och cyklade. En hade tränat väldigt mycket förut men hade nu som mål att bara träna för att det var roligt. Bara en person nämnde att hon upplevde hinder för att träna. En hade blivit medveten om att hon mådde bra utav att röra på sig när hon började på vattenavslappning. Hon var mycket entusiastisk över den avslappningseffekt som det varma vattnet hade:

Och så har jag gått en gång i veckan på vattenavslappning, det är så underbart. En liten bassäng med 34-gradigt vatten och så är det, så jobbar man två och två och håller varandra i vattnet och gör olika rörelser och så ska man slappna av det är det man ska lära sig. Och så rör sig vattnet mot en det är så skönt att det liknar ingenting. Första gången jag gjorde det så var det som om jag var en liten baby och det var mamma som höll mig.

På kursen inledde de med avslappning varje gång och det tyckte alla deltagarna kändes bra. Det var dock bara en som använde sig av avslappningsband varje dag. En hade ett band men hade svårt att göra avslappning på dagen. Däremot hade hon lärt sig (på en annan kurs med samma kursledare) att somna lättare genom att lägga händerna på magen och känna andningen. En lyssnade på lugnande musik på nätterna och hade börjat njuta av att röra sig till musik:

Ja avslappning, det här med att lyssna på lugnande musik, jag ligger med min freestyle på nätterna. Det har jag nog fått från kursen för det gjorde jag inte innan. Så det här med frigörande dans, det hade vi ju där. Och det var ju jättelöjligt, det är ju inget man håller på med men jag känner det när jag är själv på jobbet när det är nån go musik så går jag upp och rör på mig och det har jag aldrig gjort förut heller.

6.3.2 Fritid och hemarbete

De flesta verkade ha en fritid i stort som de var nöjda med. För de som inte arbetade var problemet att strukturera tiden på ett bra sätt så att de kom hemifrån. Det kan vara svårt att få hemarbetet att flyta även om alla på något sätt verkade ha förändrat sitt förhållningssätt, åtminstone delvis. En person ifrågasatte om allt i hemmet verkligen var hennes huvudansvar men menade att hon själv hade skämt bort familjemedlemmarna..

Allt hemma är mitt huvudansvar. Till och med hunden tittar på mig när han ska gå ut. Jag har ju skämt bort dem naturligtvis, det har jag, hela familjen. Min man jobbade väldigt

mycket då och hans jobb har alltid varit viktigare än mitt, det har alltid varit så. Därför har jag haft huvudansvaret hemma. Men jag har alltid jobbat heltid, mer än heltid plus att haft allting hemma. Där är mycket kvar att göra ännu, det är det. ...Och ungarna dom har gillat min mat, alltid gillat min mat och pappa ska inte laga mat för det är inte så poppis, han lagar inte så god mat.

En respondent menade att hon och hennes man hade varsitt ansvar och att det aldrig varit några större diskussioner. Dessutom sade hon att hon gillade att städa och pyssla hemma åtminstone om hon fick göra det i lugn och ro. Men ibland tog orken slut och då tog hon det lugnt även om hon inte hunnit färdigt.

Tex igår när jag fixa tvätten så till slut orkade jag inte längre. Jag tänker jag skiter i det. Så hela köksbordet var fullt med grejer, man skulle sortera ut och mangla och ha sig... Inga kommentarer. Jag tror hela familjen har blivit lite mera: okej mamma orkar inte det just nu. Eller så hjälps vi åt och fixar det sen. Jag lyssnar på mig själv först och säger jag nej. Dem som blir sura på mig då får bli sura då.

Det är inte bara de närmast anhöriga som påverkar vad vi lägger tid på. En respondent hade t o m flyttat för att slippa den upplevda pressen att ha det snyggt i trädgården. Frågan var om hon gjort några förändringar i sitt liv:

I hemmet, jag flyttade. Vi bodde i en hörntomt där alla gick förbi. Å gud nu ser dom att det är orensat i rabatten. Nu bor vi så det är ingen mer som går förbi mer än de som bor innanför. Det känner jag att jag mår väldigt bra av.

6.3.3 Behovet av egen tid och eget utrymme

Att inse att alla har rätt till lite egen tid utan att ha dåligt samvete verkar alla ha arbetat med. De flesta nämnde enkla saker som att unna sig att köpa något eller bara läsa tidningen. Alla lade betydligt mer tid på att läsa och titta på tv än de gjort tidigare. Alla verkade att ha utvidgat sitt handlingsutrymme något och tog sig rätten att ta det lugnt ibland.

Läser, tittar på tv. Jag tror inte jag har tittat på tv sen, ska jag säga dig sen...det var något som jag aldrig någonsin gjorde, aldrig. Jag tittade kanske på nån film nångång men det har jag börjat, göra det är riktigt roligt.

Men ofta handlar det om att göra mindre av det som man mår dåligt av, tex olika ”måsten” såsom städning. De har arbetat på att sätta gränser gentemot vänner och anhöriga t ex genom att inte bjuda hem folk så ofta. Ett annat sätt att sätta gränser för sig själv och andra var att inte planera så mycket i förväg, att inte vara så lojal mot andras behov. Men det känns ändå viktigt att inte det innebär problem för andra:

Känner jag inte för det så kanske jag inte gör det. Jag är mer , inte så lojal längre. Sen sätter jag inte folk i knipa, i klister eller nånting. Jag planerar nog inte så långt i förväg, jag tror inte det.

Behovet av ett eget utrymme var det bara en som tog upp. Hon hade numera ett eget rum där hon kunde vara ifred.

Är för mig själv, låser in mig. Jag har ett jättefint nytt sovrum som vi har gjort ordning. Där är jag ofta själv, där ligger jag och läser, det tycker jag om.

6.3.4 Sammanfattning frågeställning nr 3

Har respondenterna förändrat några beteenden och skaffat några nya vanor i syfte att må bättre ?

Det verkar ha varit lättare att återuppta tidigare vanor eller att modifiera nuvarande vanor framför att göra något helt nytt. När det gäller avslappning var alla medvetna om den positiva effekt som avslappning innebar och använde det på olika sätt i sin vardag. Det var dock bara en person som lyssnade på avslappningsband regelbundet.

De flesta verkade ha en fritid i stort som de var nöjda med men en viss konkurrens mellan hemarbete och egen fritid fanns. De flesta verkade ha ändrat sitt förhållningssätt till hemarbetet men det var tveksamt om det innebar att de andra familjemedlemmarna gjorde så mycket mer. Huvudansvaret för hemarbetet verkade kvarstå på kvinnan. Alla verkade ändå ha utvidgat sitt handlingsutrymme och tog sig rätten att ta det lite lugnt ibland. Dock handlade det ofta om enkla saker och sällan projekt som kräver omförhandlingar i familjen. För kvinnorna hade deras kamp för att uppnå balans mellan att ”må-bra vågskålen” och ”stress och press-vågskålen” främst inneburit att de minskat på saker i den senare; både när det gäller antalet saker de gör och deras inställning till olika ”måsten” såsom tex hemarbete. Även om kvinnorna unnar sig mer tid för sig själva så verkar det svårt att lägga till saker i ”må-bra-vågskålen” om det skulle kräva en förhandling med övriga familjemedlemmar.

7 Diskussion

7.1 Kursens betydelse

Syftet med undersökningen har varit att se om återhämtning från stressrelaterade sjukdomstillstånd kan främjas genom deltagande i en stresshanteringskurs. Kursen har bidragit till att deltagarna fått en ökande medvetenhet om stressrelaterad ohälsa i allmänhet och i synnerhet vad det innebär för dem själva. Währborg (2002) skriver att kunskap har dokumenterade terapeutiska effekter om pedagogiken utformas problemorienterat och man med dialog i gruppen skapar insikt om vad som kan påverkas och på vilket sätt. Å andra sidan innebär ett stress-sammanbrott att det ofta krävs en total förändring av hela livssituationen vilket förstås är en process som tar ganska lång tid (se 4.2.5, Perski).

Hälsoprofilerna verkade inte ha upplevts som något direkt stöd för respondenterna på vägen tillbaka till hälsa. Man kan inte generalisera utifrån så litet underlag men om det är som Grossi (2004) säger att fokusering på livsstilsfaktorer kan ge ännu mer stress kanske en annan metod skulle passa den här målgruppen bättre ? Det är ofrånkomligt att tanken på förändringar för att uppnå en bättre hälsa väcker en viss ångest. Dock skriver Währborg (2002) om vikten av att ha mål och delmål för att kunna identifiera framgångar. Den stora utmaningen för alla som arbetar med människor med

stressrelaterad sjukdom är att kunna ge dem hopp om att det går att få ett friskare liv. Detta verkar kursen ha lyckats med för respondenterna.

7.2 *Insikter om beteenden, värderingar och tankesätt*

Alla respondenter tyckte att de hade utvecklat andra attityder till livet. De flesta verkade ha blivit mer medvetna om sina inre strategier men där tror jag att även psykologbesöken har gjort sitt till. I viss mån kan man säga att kvinnorna blivit medvetna om sina coping-beteenden (se 4.2.1) och använder sig mer medvetet av känslufokuserad coping. När det gäller problemfokuserad coping (yttre faktorer) säger kvinnorna att de har blivit bättre på att sätta gränser men kanske inte tillräckligt ofta. Eftersom kvinnorna har stått för omsorgsdelen i familjen har det varit svårt att vara den som plötsligt behöver stöd. Att vara mamman i familjen innebär att hela tiden försöka leva upp till en slags bild av vad kvinnlighet och moderskap innebär. Ett annat sätt att uttrycka det är att sjukdomen delvis beror på en konflikt mellan det handlingsutrymme (se 4.4) totalt som kvinnorna upplever och kraven på att sköta både hemarbete och lönearbete. I någon mån verkar alla kvinnor uppleva att de har ett större handlingsutrymme – att de kan välja i viss mån hur de ska agera. Om denna vidgning av handlingsutrymmet består eller är tillräcklig för att kvinnorna ska kunna upprätthålla hälsan är däremot osäkert.

När det gällde arbete hade alla i någon mån omvärderat sin syn på arbete men det var ändå tydligt hur viktigt det var att kunna arbeta - att det är synonymt med att vara frisk och må bra som Carlstedt (1992) skriver. Två stycken talade om den skam de upplevt då de blev sjukskrivna och hur de gått tillbaka till arbete/studier alltför fort och blivit sjukskrivna igen. För att kunna bli frisk var de tvungna att göra upp med sina värderingen – t ex att utmattningsdepression drabbar hypokondriker som känner efter för mycket. En negativ värdering i samhället av sjukskrivna verkar bidra till att man vill bli frisk så fort som möjligt och slippa den nedklassning som sjukrollen innebär.

Intressant nog var det bara en respondent som sade att hon levde mer i nuet. När hon lyckats släppa sitt behov utav att ha kontroll på tiden och allt runtomkring kunde hon njuta av tillvaron genom att vara i nuet. Detta verkade hon ha kommit fram till utan kursen. Förmodligen skulle man kunna beskriva det som att kontroll-lokus har förändrats från yttre till inre. Mer forskning om metoder att vara i nuet vore intressant att ta del av. Olika avslappningsmetoder finns det forskning om men finns forskning om hur människor gör för att vara mer avslappnade i vardagen ?

7.3 *Beteendeförändringar*

Krogerus-Therman (1989) menar att individer som lyckas förändra sina hälsovanor i grunden har en positiv självbild och att det därför i hälsofrämjande verksamheter är viktigt att stärka individen till att skaffa större självförtroende. Det verkar som att det varit lättare att återuppta tidigare vanor eller att modifiera nuvarande vanor framför att göra något helt nytt. För flera verkade medvetenheten om avslappning dock vara något relativt nytt som de fått med sig från kursen. De tillämpade detta på olika sätt men det var bara en person som lyssnade på avslappningsband regelbundet vilket kräver en mer aktiv prioritering av sig själv och sin tid.

Thomsson (1998) kom i sin undersökning av kvinnor i vårddyrken fram till att kvinnor sällan har ordentlig fritid. Hon menar att kvinnors relationsinriktning innebär ofta att de tycker att de mår bra när deras anhöriga mår bra, vilket gör det svårt att hävda rätten till egen tid och utrymme. Detta stämmer inte riktigt med min undersökning där de flesta kvinnorna var fysiskt aktiva och sade sig ha en fritid som de var relativt nöjda med. Alla verkade att ha utvidgat sitt handlingsutrymme och tog sig rätten att ta det lite lugnt genom att läsa eller titta på tv. Detta kan man tolka antingen som att kvinnorna i min undersökningen faktiskt skaffat sig tillräckligt med egen tid och utrymme eller att de som en hälsostrategi intalar sig att de har det tillräckligt bra för att inte bli ännu mer stressade. Den sistnämnda tolkningen nämner Thomsson (1998) (se 4.5). Dessutom tror jag att när man är sjuk/inte helt frisk orkar man inte att ha en lika aktiv fritid som annars och därför kanske kvinnorna är nöjda med att ta det ganska lugnt ett tag.

7.4 Framtida forskning

Jag tycker att uppsatsen har visat på att en stresshantering i grupp kan innebära ett stöd i att återfå hälsan efter längre sjukskrivningar p g a stress. Problemet som jag ser det är att för att vara motiverad att ändra livsstil krävs ofta en kris men då har kanske livsstilen inneburit försämrad hälsa i så hög grad att orken och möjligheten att förändra sitt liv drastiskt har försämrats. Försämringen av hälsan sker ofta gradvis men för många är det först då de upplever en kraftig funktionsnedsättning som de verkligen försöker att göra något åt situationen. Här finns kanske likheter mellan hälsorelaterade beteenden såsom rökning, brist på motion och stressrelaterad sjukdom - mer forskning om detta skulle kunna fördjupa vår förståelse av vilka svårigheter och möjligheter som finns vid förändring av hälsobeteenden.

Det vore intressant att veta mer om möjligheten att förebygga stressrelaterad ohälsa – i ett längre tidsperspektiv och för större grupper. En amerikansk studie av en kort stresshanteringskurs (träff 1 gång/vecka i 6 veckor) att entimmes återträffar efter 5, 11 och 17 månader innebar minskat antal fall av utbrändhet inom en period på 2,5 år (Rowe, 2000). De intervjuade i min undersökning var själva skeptiska till möjligheten att förebygga stressrelaterad ohälsa vilket skulle spara mycket lidande. Kanske är det som Cassidy (2003) skriver att det är inte bara individer som har problem med stress utan grupper och hela samhällen. Här hamnar man i ett spänningsfält mellan individens, arbetsgivares och samhällets ansvar. Thomsson (1998) menar att ansvaret för de hälsorelaterade vanorna kan aldrig vara enbart individens ansvar. Friskvård syftar ofta till att förändra människor men ofta görs inte särskilt mycket för att göra t ex arbetsmiljön mer hälsofrämjande. Jag tycker att vid hälsostudier borde maktaspekter finnas med i större uträkning. Teorier om handlingsutrymme tror jag kan vara fruktbara. Thomsson (1998) menar att man borde undersöka mer om hur olika hälsofrämjande åtgärder svarar mot upplevda behov och möjligheter hos olika befolkningsgrupper. Hälsofrämjande satsningar skulle vinna på att man ser till hela människan i hennes fysiska och sociala omgivning - allt från arbete, privatliv, livsstil och förutsättningar för hälsa jämte aktuell hälsa.

8 Källförteckning

- Antonovsky, Aaron (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur
- Assadi, Abdolkarim och Skansén, Jan (2000). *Stresshandboken: lär dig att förstå och hantera din stress*. Lund: Studentlitteratur
- Carlstedt, Gunilla (1992). *Kvinnors hälsa: en fråga om makt*. Stockholm: Tiden/Folksam
- Cassidy, Tony (2003). *Stress, kognition och hälsa*, Lund: Studentlitteratur
- Grossi, Giorgio (2004). *I balans*, Stockholm: Bonnier fakta
- Hammarström, Anne, Härenstam, Annika och Östlin, Piroska (1996). Kön och ohälsabegrepp och förklaringsmodeller I Östlin mfl (red) *Kön och hälsa – en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv* Lund: Studentlitteratur
- Hollnagel, Hanne och Malterud, Kirsti (2004). Patientens starka sidor, kap 10 I Malterud, Kirsti (red). *Kvinnors oförstådda ohälsa*. Stockholm: Natur och Kultur
- Hovellius, Birgitta & Johansson, Eva E. (2004). *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur
- Krogerus-Therman, Iselin (1989). *Att förändra hälsovanor. En kvalitativ-fenomenologisk undersökning*. Licentiatavhandling, Institutionen för hälsovårdsadministrationen, Kupio Universitet
- Lantz, Annika (1993). *Intervjumetodik*. Lund: Studentlitteratur
- Malmström, Clas & Nihlén, Charlie (2002). *Positiv stress - leda och utveckla med hälsokompetens*. Kristianstad: Liber AB
- Medin, Jennie & Alexandersson, Kristina (2000). *Hälsa och hälsofrämjande- en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur
- McDermott Ian & O'Connor, Joseph (1998). *NLP och hälsa: att använda och förbättra sin hälsa med NLP*. Jönköping: Brain Books AB, s 133-134. Citerar Peterson, C, Seligman, M och Valliant, G Pessimistic explanatory style is a risk factor for psysical illness: a thirty five year longitudinal study, *Journal of Personality and Social Psychology* 55 (1988), 23-7
- Nordell, Kersti (2002). *Kvinnors hälsa – en fråga om medvetenhet, möjligheter och makt*. Göteborg: Kulturgeografiska institutionen vid Göteborgs Universitet

Näslund, Görel K. (1996). *Health Behavior. Studies on determinants for health behavior and the relationships between behavior, beliefs and knowledge*. Stockholm: Karolinska Institutet

Patel, Runa och Davidsson, Bo (1994). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.

Perski, Alexander (2003). Om stress, utbrändhet och vägar tillbaka till hälsa, kap 3 I Theorell, Töres (red) *Psykosocial miljö och stress*, Lund: Studentlitteratur

Rowe, M. Michelle (2000). Skills training in the long-term management of stress and occupational burnout. *Current Psychology*, 19, 215-229

Rydén, Olof & Stenström, Ulf (1994). *Hälsopsykologi - psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB

Tamm, Maare (2002). *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur

Thomsson, Heléne (1998). *Anpassningens pris – kvinnors liv i vård och vardag*. Stockholm: Förlagshuset Gothia

Trost, Jan (1993). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur

Währborg, Peter (2002). *Stress och den nya ohälsan*. Stockholm: Natur och kultur

Övriga källor

Gunnar Andersson (2003). HPB-kurs 26-27 maj

Högskolan i Trollhättan / Uddevalla

Institutionen för omsorg, hälsa och kultur

Box 1236

462 28 Vänersborg

Tel 0521-26 40 00 Fax 0521-26 40 99

www.htu.se