



STRESS OCH EN KÄNSLA AV SAMMANHANG,
en studie av svenska ungdomar med olika bakgrundsfaktorer

Författare: Gunilla Höggren & Kerstin Sandell

Examensarbete i Psykologi 41-60 poäng, fördjupningsnivå 1
10 p Uppsats
Institutionen för Individ och samhälle
December 2002

STRESS AND SENSE OF COHERENCE, a study of Swedish youth with different background factors.

Gunilla Höggren och Kerstin Sandell
Högskolan i Trollhättan/Uddevalla 2002.

Abstract

The purpose of our study is to investigate if Aaron Antonovsky's concept Sense of Coherence is related to stress, concerning 165 Swedish adolescent in senior high school. Our questions are if there's a difference between SOC and stresslevel depending on gender, social class, cultural and environmental background. We compared pupils from three different environments, a small, middle and big-sized city. We used a questionnaire with both SOC- and self-reported healthquestions. SOC accounted for 37% of the variance in subjective health complaints. Our hypotheses were confirmed, we found significance in SOC and health levels in both gender, socio-economic and cultural factors. Something must be done about the conditions the youth of today are situated in, concerning their inequitable basis.

Idag talas det överallt om hur dåligt alla mår ifråga om stress och utbrändhet. Rapport efter rapport talar om detta. I vår B-uppsats "Stress hos barn, en signal att ta på allvar" (2002) gick vi, i en litteraturstudie, in på hur barnen har det i vårt stressade samhälle. Inför denna C-uppsats beslöt vi att gå vidare med detta ämne och titta på hur lite äldre barn har det. Vi ville undersöka hur ungdomar i första årskursen på gymnasiet mår. Inför vår B-uppsats kom vi i kontakt med Aaron Antonovskys bok "Hälsans mysterium" (1987) och blev intresserade av hans salutogenetiska synsätt som innebär att man tittar på det friska, positiva och möjligheterna i istället för det sjuka, negativa och problemen. Antonovsky visade sig ha ett verktyg som mäter känslan av sammanhang – KASAM och enligt honom är ett starkt KASAM avgörande för framgångsrik hantering av livets stressorer och främjar därmed hälsans bevarande.

Antonovsky som var professor i medicinsk sociologi studerade hur israeliska kvinnor anpassat sig till klimakteriet. En av frågorna berörde om kvinnorna hade suttit i koncentrationsläger eller ej. Hela 29% av kvinnorna visade sig ha tillfredsställande psykisk hälsa, trots att de genomlidit en extremt stressfylld period av sitt liv i koncentrationsläger. Denna upptäckt gjord 1970 fick Antonovsky att ändra inriktning och från detta tillfälle intressera sig för vilka faktorer som gör att människor förblir friska - det salutongenetiska synsättet (Antonovsky 1979). Synsättet vidareutvecklades till att omfatta "*Utifrån ett salutogenetiskt synsätt ställer man sig frågan – varför hamnar människor vid den positiva polen i dimensionen hälsa - ohälsa, eller vad får dem att röra sig mot denna pol, var de än befinner sig vid ett visst tillfälle?*" (Antonovsky 1987,s.12). Den mänskliga tillvaron är stressfylld, att ställas inför en stressor

innebär en spänning som måste hanteras och den mest centrala uppgiften för hälsovetenskaperna är att studera faktorerna bakom sättet att hantera spänning. Dessa faktorer kallas för generella motståndresurser, GMR, och exempel på GMR är tex. jagstyrka och socialt stöd och allt som kan ge kraft att till att bekämpa en mängd olika stressorer (Antonovsky 1987). Det numera kända begrepp känsla av sammanhang - KASAM utvecklades för att identifiera och förstå hur något kan fungera som en generell motståndsresurs. Alla generella motståndsresurser hade den gemensamma nämnaren att de gör de stressorer som vi ständigt bombarderas av begripliga. KASAM utgör det centrala begreppet i den salutogenetiska forskningen och definieras som *"en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomgripande och varaktig men dynamisk tillit till att ens inre och yttre värld är förutsägbar, och att det finns en hög sannolikhet för att saker och ting kommer att gå så bra som man rimligen kan förvänta sig."* (Antonovsky 1979, s.10). KASAM är en mycket viktig faktor som ligger bakom vår position på kontinuumet hälsa och ohälsa och rörelser mot dess friska pol. I KASAM kan tre centrala komponenter urskiljas - begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Efter fortsatt forskning modifierades KASAMBegrepp till följande:

"Känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga,(2) de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och (3) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang."
(Antonovsky 1987, s.41)

Delkomponenten *begriplighet* beskrivs som den kognitiva komponenten där den ena polen utgörs av ordning, konsistens, struktur och klarhet och den andra polen består av kaos, oordning, slumpmässighet och oförklarlighet. Begriplighet innebär att det måste finnas en känsla av att det som händer i livet är något så när förutsägbart eller om det inträffar något oförutsett så går detta ändå att ordna och förstå. Av fundamental betydelse är den trygga basen, grundtilliten för ett barn, för att barnet på så sätt ska kunna bygga upp en tilltro till att tillvaron är förutsägbar och därmed begriplig. *Hanterbarhet* avser den egna upplevelsen av att ha eller sakna tillräckliga resurser för att kunna möta olika situationer i livet, såväl vardagliga som extrema. Motsatsen till en hög känsla av hanterbarhet är upplevelsen av att vara ett offer för ödet, att man inte har något att sätta emot när man är inne i en svår period av livet. Med *meningsfullhet* avser Antonovsky (1987) upplevelsen av delaktighet i det som sker och de processer som formar individens öde och dagliga erfarenheter. Den motivationsskapande komponenten meningsfullhet är den viktigaste av de tre delkomponenterna, sedan följer begriplighet och efter den hanterbarhet, händelsens hanterbarhet beror ju på förståelsen av densamma. De tre delkomponenterna i KASAM är ouplösligt sammanflätade och han rekommenderar inte att det tas fram tre separata delpoäng för dessa för att studera förhållandet mellan dem. Antonovsky (1987). arbetade fram ett verktyg, i form av en enkät, som fångade känslan av sammanhang. Detta består av 29 frågor, varav elva handlar om begriplighet, tio om hanterbarhet och åtta om

meningsfullhet. Han gjorde även en kortare version av KASAM-formuläret på tretton frågor som han rekommenderade för de som inte vill använda det långa formuläret. Testet är tvärkulturellt mycket användbart och det har både hög reliabilitet och validitet. (Antonovsky 1987).

För att kontrollera reliabiliteten i KASAM har man i en litteraturstudie granskat 31 populationer undersökta med långversionen av KASAM, alfamedelvärdet mellan dessa blev då 0,88. Man granskade även 33 olika undersökningar som använt kortversionen, vilka fick ett alfamedeltal på 0,82. Det fanns även meningsfulla samband i 20 olika länder från olika världsdelar som testet prövats i. Detta tyder på ett tvärkulturellt användbart test och bekräftar evidensen hos KASAM-verktyget (Hansson och Olsson 2001).

Kärnan i det salutogenetiska synsättet utgörs av att den mänskliga organismen normalt befinner sig i ett dynamiskt tillstånd av obalans och att personer med ett starkt KASAM har en tillförsikt till att saker och ting i det stora hela, nu liksom tidigare, kommer att ordna sig, att det som ser ut som ett problem kommer att visa sig vara ganska oproblematiskt och går att lösa på ett rimligt sätt. Detta har mycket gemensamt med Banduras teori om upplevd självförmåga som påverkar valet av det sammanhang man agerar i. Antonovsky anser dock inte att ett starkt KASAM är detsamma som en speciell copingstil, utan att personer med ett starkt KASAM *"väljer just den copingstrategi som verkar mest lämpad för att handskas med den stressor som han eller hon ställs inför"* (Antonovsky 1987, s.171) Personen med starkt KASAM är flexibel i valet av lämplig copingstrategi och har flera strategier att välja mellan.

Andra forskare som ställer den salutogenetiska frågan och/eller för fram svar som liknar KASAM-begreppet är bland annat Thomas Boyce's koncept "känsla av permanens", Suzanne Kobasas begrepp "hardiness" (härdighet, robusthet) och Emmy Werners studie om de "sårbara, men oövervinneliga" maskrosbarnen (Antonovsky 1987).

I vilken utsträckning människor känner sig trygga, att de har tillräckliga resurser att hantera situationen, alternativt känner sig sårbara beror på tolkningen av situationen som ett hot eller en utmaning. Lazarus och Folkman (1984) definierar coping som ett ständigt föränderligt kognitivt beteendemönster med avsikt att bemästra speciella inre och yttre krav. Individens resurser består av hälsa och energi, existentiell tro, platsen för individens kontrollokus och dennes engagemang. Lazarus och Folkman (1984) menar att Antonovsky ser dessa resurser som stressbufferts medan de själva ser dessa som faktorer som föregår och påverkar stresshanteringen.

Det salutogenetiska perspektivet har rönt stor uppmärksamhet bland forskare som intresserar sig för personlighet, stress och coping, Rydén och Stenström (2000). Detta synsätt betonar möjligheterna istället för riskerna. Hälsopsykologi är det kunskapsområde som utnyttjar psykologiskt vetande i studiet av hälsa och ohälsa. Definitionen av hälsopsykologi utformades 1980 som *"alla psykologiska insatser inom forskning, undervisning och klinisk praktik vars syfte är att för det första befrämja och vidmakthålla människors hälsa, för det andra förebygga och behandla sjukdomar, för det tredje förbättra hälsovården, och för det fjärde påverka samhällets hälsopolicy"* (Matarazzo citerad i Rydén och Stenström, 2000, s. 19). Även Antonovsky menade att det salutogena synsättet inte faller inom ramen för en speciell disciplin, utan

istället innefattar ett tvärvetenskapligt synsätt, då det är ett problem istället för en disciplin (Antonovsky 1987).

Det tog relativt lång tid innan stressforskningen upptäckte barnen (Währborg 2002). Numera vet man att stress kommer till omedelbara uttryck hos barn, men också att stress tycks spela en betydelsefull roll för att utveckla flera av sjukdomarna i vuxenlivet. Stressbegreppet ryms inte inom den biomedicinska modellen. Många av kvalitéerna döljer sig i en kunskapsutveckling som är associerad med begreppet stress och dessa kvalitéter löper risk att gå förlorade om man enbart begränsar sig till den traditionella biomedicinska kunskapsmodellen. Det behövs en modell som tillåter den gränsöverskridande kunskapens samspel över traditionella discipliner. Även Johannisson (2002) anser att: *"det innebär att problemet inte bara är en medicinsk angelägenhet, utan ytterst ett politiskt och humanistiskt ansvar."* (Johannisson, 2002, s. 28)

De hälsobefrämjande insatserna i samhället är inte speciellt högt prioriterade och att nyckeln till att kunna förändra något är kunskap. Währborg avslutar sin nyutkomna bok med orden *"även forskning och utbildning måste förstärkas. När en så stor del av ohälsan utgörs av tillstånd som inte ens undervisas i inom högskolor och universitet så krävs krafttag för att hinna ifatt den nya ohälsan"*. (Währborg, 2002, s. 310)

Flera studier stödjer Antonovskys åsikt om att KASAM och hälsa har ett starkt samband. KASAM samvarierar med hälsa, och stress och stressfyllda händelser samvarierar negativt med KASAM. Personer med lågt KASAM har färre resurser att använda till stresshantering, medan ett starkt KASAM fungerar som en buffert i stressfyllda situationer (Bishop, 1993; Kallenberg och Larsson, 2000; Torsheim, Aaroe och Wold, 2001; Wolff och Ratner, 1999).

KASAM och stresshantering har ett samband på gränsen till signifikans. KASAM förklarar 22% av variansen i de sammanlagda copingmekanismerna. (Cederblad, Dahlin, Hagnell och Hansson 1995). Faktorer som gynnar god psykisk hälsa, trots tre eller flera riskfaktorer i uppväxtmiljön undersöktes med hjälp av KASAMformuläret och visade sig i barndomen vara; god självkänsla, copingförmåga, inre kontrollokus, intelligens, trygg relation med föräldrar och gemensamma värderingar inom familjen. Den psykiska hälsan var förvånansvärt bra i högriskgruppen - trots tre eller flera riskfaktorer - något som tyder på att det tillkommit kompensationsfaktorer (Cederblad, Dahlin, Hagnell och Hansson 1994). Ungdomar uppvisar mer otydliga symtom än vuxna och före puberteten har pojkarna fler beteendestörningar än flickorna. Först i samband med puberteten får flickorna mer problem, speciellt depressioner och andra psykosomatiska symtom. Flickorna är mer inåtagerande och pojkarna mer utåtagerande. Barnen från de största städerna, lägsta socialgrupperna och de med invandrarbakgrund visade sig ha sämre värden (Cederblad 1996).

På högstadiet sker en markant negativ förändring i KASAMnivå samt en signifikant skillnad i utvecklingen mellan pojkars och flickors KASAM. Flickor missgynnas i skolan, något som ger denna skillnad. Med målinriktad behandling kan KASAMnivån förbättras i positiv riktning, men medelvärdena är lägre bland ungdomar än vuxna (Hansson och Olsson 2001).

De psykosomatiska problemen har förvärrats bland barn under 90-talet. Det finns betydande sociala skillnader gällande psykisk hälsa och den enskilda

riskfaktor som är mest avgörande för ohälsa är låg social position. Uppskattningsvis kan 20-40% av all ohälsa förklaras på grund av denna faktor. Låg social position ökar risken för de flesta folkhälsoproblemen (Barnrapporten 1998).

På global nivå är fattigdom, och dess konsekvenser en av de mest potenta orsakerna till stress och stressberoende ohälsa och denna i sin tur förstärker fattigdomen. Fattigdom kan ha flera ansikten, t ex. som fickor av djup fattigdom i de rika länderna, eller som tillfällig fattigdom beroende på arbetslöshet samt som den tillvaro på marginalen som upplevs av dem som har nedvärderande arbeten med de lägsta lönerna. Ju lägre socialgrupp desto sämre hälsa (Levi (2002).

Invandrare som nyligen flyttat till Sverige har en del svårigheter i det svenska samhället och påverkas fortfarande av riskfaktorer från hemlandets miljö. Detta tillsammans gör att de befinner sig i en särskilt utsatt position. För att förebygga psykisk ohälsa på befolkningsnivå bör man först och främst utveckla stödjande miljöer för tre livsskedet; spädbarnsåldern, förskoleåldern och skolåldern. Skyddsfaktorer för psykisk hälsa är god självkänsla, bra relationer mellan vuxna och barn, sociala nätverk samt en bra och trygg skola. (Barnrapporten 1998). Av de svenska spädbarnen, 0-18 månader, har 38 % inte lyckats knyta an till sina vårdare på ett tryggt sätt. Kvalitén på samspelet mellan föräldrar och barn under de första levnadsåren har ett tydligt samband med barnets fortsatta psykologiska utveckling. Av förskolebarnen har 3-29% någon form av psykisk ohälsa. I denna ålder står pojkarna för de flesta problemen Hos skolbarnen är siffran för psykiska problem av något slag 5-20 %. Före puberteten har pojkarna mest problem medan flickorna får mest problem efter puberteten. Angående depressioner och självmordsförsök hade 9-13% av eleverna i årskurs nio i Stockholms län måttlig till svår depression. Av flickorna i 16-17årsåldern hade upp till 19 % depression och upp till 10 % hade gjort självmordsförsök. Av pojkarna i samma ålder hade upp till 7 % depression och upp till 6% hade försökt ta livet av sig (Barnrapporten 1998).

De individer som växer upp i en socioekonomiskt mindre gynnad miljö, lågstatusmiljö, löper en större risk för ohälsa, än de som växer upp i en bättre socioekonomisk miljö, högstatusmiljö, - här finns en betydande ojämlikhet. Många av de barn och ungdomar som växer upp i storstädernas utkanter, är ur hälsosynpunkt, särskilt riskutsatta på grund av den ansamling av ekonomiska och sociala problem som präglar deras liv (Hagström, Redemo och Bergman 1998). Det salutogenetiska synsättet som fokuserar på det friska och möjligheterna, kan ge oss nya redskap i hälsoarbetet med ungdomar. Man ser till möjligheten, att en bra omgivning kan vara starkt kompensande för de ungdomar som av olika orsaker har brister i sin uppväxtmiljö. Hälsoarbetet bör inriktas på att stärka och utveckla ungdomars psykosociala hälsa i sin helhet, snarare än att fokusera på enstaka riskbeteenden eller risksituationer. Insatserna under barnens tidigare år ger de största hälsoeffekterna på sikt, men även ungdomstiden är en viktig period där åtgärder är betydelsefulla. Man bör fokusera på frisk- och skyddsfaktorer som kan utvecklas i ungdomarnas närmaste omgivning. Det salutogenska begreppet; känsla av sammanhang är viktig för att man skall uppleva att tillvaron är begriplig, hanterbar och meningsfull. Detta utgör en buffert mot påfrestningar och bidrar även till ökad

hälsa. Hagström m fl.(1998) tar upp åtgärder som syftar till att öka och stärka individens känsla av sammanhang, då de anser att känslan av sammanhang inte är något som ärvs genetiskt, utan att detta är resultatet av individens samspel med sin omgivning, och kan således påverkas. Exempelvis att det finns en fungerande relation utanför familjen där den unge blir sedd och bekräftad, att det skapas goda sociala nätverk och relationer, att trygga strukturer och ramar skapas och upprätthålls i skolan och på fritiden så den unge får tillfälle att utveckla sin sociala och emotionella kompetens. Social position, arbetslöshet och ekonomiska problem är relaterade till ohälsa, samt att antalet människor med hälsoproblem inom en rad områden var väsentligt högre hos människor med annan etnisk bakgrund än bland andra grupper (Hagström et al 1998). Ungdomarna med utländsk bakgrund har mer negativa erfarenheter av sin vardag och uppger att de mår psykiskt sämre än de ungdomar som är födda i Sverige. De ungdomar med rötterna utanför Europa löper en tre gånger högre risk att dö i självmord i Sverige. Pojkarna med utländsk bakgrund döms ofta till fängelsestraff, fastnar oftare i narkotikamissbruk, drabbas oftare av psykos och vårdas oftare på sjukhus för våld än pojkarna i samma ålder födda i Sverige. Många av ungdomarna som har flytt till Sverige har lämnat sitt sociala nätverk i hemlandet, många har varit med om svåra traumatiska händelser i hemlandet och det innebär ofta svårigheter att komma till ett nytt land och en ny kultur, detta är faktorer som kan inverka på dessa ungdomars högre ohälsa (Hagström et al 1998).

"Vad är det som får en tonåring att uppleva vingsuset inom sig av livets och växandets möjligheter?" (Hagström et al, 1998, s. 7)

Syftet med vår studie är att undersöka om KASAM och hälsa har samband och hur ungdomar i gymnasiets första år egentligen mår, i förhållande till denna relation. Vidare vill vi se om det föreligger skillnader - och i så fall hur stora - i KASAM och hälsa beroende på uppväxtmiljö och kön, samt socioekonomisk och kulturell bakgrund. Våra hypoteser: Hög KASAMnivå korrelerar med högre nivåer av självupplevd hälsa. Det är skillnad på hur starkt KASAM/hälsa varje person har, till stor del beroende på var du växt upp – liten stad – mellanstor stad – stor stad. Pojkar mår bättre än flickor. Högre socioekonomisk miljö ger högre KASAM- och hälsopoäng. Olika kulturell bakgrund genererar olika KASAM- hälsopoäng.

Metod

Deltagare/urval

Genom klusterurval blev det totala antalet deltagare i undersökningen 165 individer från fyra olika gymnasieskolor i Västra Götaland. För att fånga upp eventuella skillnader som kunde påverka utfallet på ungdomarnas uppväxtmiljöer valde vi helt olika orter: En liten ort med närhet mellan eleverna, men som i sitt upptagningsområde även har elever som bor utanför tätorten, en mellanstor stad med samma premisser och en storstad med flera gymnasieskolor, varav vi valde två skolor som är vitt skilda åt socioekonomisk. För att kunna skilja ut skolorna med olika socioekonomi fick vi ta hjälp av skolledningen och anledningen till att vi undersöker just dessa skolor är med avsikt att mäta om det råder skillnader mellan de olika förutsättningar dessa båda skolor representerar. Den ena skolan är en lågstatusskola och den andra en högstatusskola. På alla skolor besvarade två klasser i årskurs 1 från ett yrkesförberedande och ett studieförberedande program vår enkät.

Mätinstrument

Vi använde oss av Antonovskys (1987) enkät som undersöker känslan av sammanhang. Vi valde hans kortversion med tretton frågor som finns lättillgänglig i boken, främst med tanke på informanternas ålder, vi ville inte att de skulle tycka att enkäten varken var tråkig eller för lång. Ytterligare en anledning var att undersökningen inte skulle ta allt för mycket tid i anspråk från ordinarie lektionstid. Eftersom vi dessutom ville ha med fler frågor var detta en stark orsak till att välja kortversionen, annars skulle frågeformuläret bli alltför omfattande. Efter att ha tagit del av en liknande undersökning för ungefär samma åldersgrupp av Torbjörn Torsheim m fl. (2001) gjorde vi om fråga 4, 7, 8, 10 och 11 till ett enklare språk, framförallt av skälet att det är viktigt att frågan passar in i informanternas verklighet.

Förutom de tretton KASAMfrågorna komponerade vi ytterligare åtta frågor, där informanterna fick mäta graden av självupplevd hälsa. Som grund för dessa frågor använde vi allmänna, välkända stressymptom och en frågefölder från Sahlgrenska universitetssjukhusets undersökning av folkhälsa med inriktning mot stress i Västra Götaland (2002). Slutligen använde vi oss av bakgrundsfrågor, där informanterna fick tala om vilket kön de tillhörde, i vilket land de är födda och om de är uppväxta på landsbygden, i stadsmiljö eller både och. Detta gjordes för att se vilka variabler eller kombinationer av variabler som kan samvariera med hälsa/ohälsa. Dessutom ställde vi en öppen fråga, där alla kunde skriva om vad de trodde skulle avhjälpa stressen.

I alla frågor som rörde KASAM och hälsan användes en mätskala från 1 – 7, där den siffra som stämde bäst in på hur de kände det helt enkelt ringades in. Maximal poäng på KASAMskalan var 91 och minimum 13. Motsvarande poäng på hälsoskalan var 56 respektive 8 poäng. På både KASAMskalan och hälsoskalan innebär högre poäng bättre hälsa, alltså högre grad av KASAM och mindre grad av stress. (Se bilaga 1)

Tillvägagångssätt

Ett missivbrev (bilaga 3) författades där vi talade om studiens syfte och skickades ut till berörda lärare. Enkäterna till den lilla och mellanstora staden delade vi själva ut i klassrummet efter att ha kontaktat informanternas lärare och avtalat tid. Till storstaden skickade vi, efter telefonkontakt, en enkät för godkännande av skolledningen, innan vi av såväl ekonomiska, tidsmässiga som praktiska skäl skickade enkäter och missivbrev per post – tillsammans med frankerat returkuvert - till berörda lärare, som gärna genomförde undersökningen själva. Vi behövde inte använda oss av några påminnelser, då de berörda lärarna var mycket samvetsgranna med att snabbt genomföra undersökningen och återsända enkäterna. Samtliga elever i studien ställde upp och besvarade sin enkät efter att ha blivit upplysta om att det var frivilligt och anonymt att medverka. Det var bara en som inte fyllde i hela enkäten, vilket sannolikt berodde på att personen glömde att vända på pappret.

Bearbetning och analys

För att kontrollera reliabiliteten använde vi oss av Cronbachs alfa. Därefter har vi gjort Pearsons produktmomentkorrelation (r_{x-y}), för att kunna se om det finns samband. Slutligen har oberoende T-test utförts. Vi har även undersökt determinationskoefficienten (r^2) för olika variabler. Regressionsanalys har utförts för att se om vi på så sätt kan predicera hälsonivån utifrån KASAMvärdet.

Resultat

De frågor vi använde oss av i enkäten för att få ungdomarnas bakgrund samt de olika svarsfrekvenserna redovisas i tabell 1. Frågorna användes i ett försök att se olika mönster i deras KASAM/hälsotillstånd. Av ungdomarna var 49% flickor, 51% pojkar. Tabellen tar även upp korrelationer och signifikanser. Histogram med normalfördelningskurva för KASAM respektive hälsa över alla deltagare i undersökningen finns i bilaga 3.

I vår analys började vi med att göra Cronbachs alfa för att kontrollera reliabiliteten. Alfavärdet för fråga 1-13 som berör KASAM är 0,74 och för hälsofrågorna 14-21 är alfamedelvärdet 0,75, vilket tyder på god reliabilitet.

En av våra hypoteser var att KASAM och hälsa har en positiv korrelation och vi testade fråga 1-13 från KASAMformuläret tillsammans med fråga 14-21 från hälsoformuläret. Se tabell 1. Korrelationskoefficienten är 0,61.

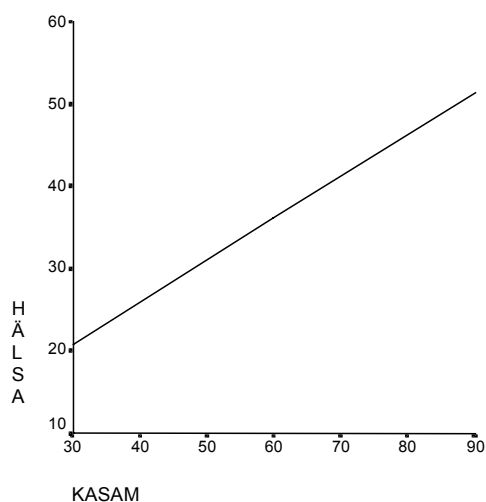
Determinationskoefficienten (r^2) är 0,37 vilket förklarar variationen hos den andra variabeln till 37%. Eftersom korrelationen var så hög gjorde vi även en regressionsanalys som visar att man kan predicera graden av hälsa beroende på grad av KASAM. Se figur 1.

Tabell 1 Frekvenstabell med medelvärden, korrelationer och signifikanta resultat i KASAM/hälsa för olika grupper.

	f	%	Medelvärde och standardavvikelse för KASAM	Medelvärde och standardavvikelse för hälsa	Korrelationer för KASAM/hälsa
<i>Könsfördelning</i>					
Flickor	81	49,1	58,00±9,97**	34,05±7,86	0,54
Pojkar	84	50,9	62,76±10,25	38,63±8,64	0,63
<i>Gymnasieskola</i>					
Liten stad.	32	19,4	60,19±10,72	37,66±9,14	0,76
Mellanstor stad.	46	27,9	61,80±9,30	37,00±7,68	0,52
Stor stad	87	52,8	59,78±10,80	35,60±8,79	0,60
som delas upp i:					
Lågstatusskola	43	26,1	57,02±9,43*	32,83±8,26**	0,52
Högstatusskola	44	26,7	62,48±11,46	38,25±8,55	0,61
<i>Födelseland</i>					
Född i Sverige	124	75,2	60,94±10,40	37,57±8,09**	0,58
Ej född i Sverige	41	24,8	58,85±10,21	32,88±9,04	0,69
<i>Uppväxtmiljö</i>					
Uppväxt på landet	29	17,6	58,48±9,28	37,82±6,49	0,63
Uppväxt i staden	108	65,5	60,68±11,02	35,85±9,45	0,68
Både land/stad	26	15,8	61,38± 8,81	37,15±6,75	0,24
Totalt	165	100	60,4±10,4	36,4±8,6	0,61

** signifikant på 1%-nivån

* signifikant på 2%-nivån



Figur 1. Regressionslinje där graden hälsa kan utläsas av KASAM-värdet på X-axeln.

En annan fråga var om ungdomarna skulle ha olika starkt KASAM/hälsa beroende på om de var uppväxta i en liten stad, mellanstor stad eller en storstad. Det är väldigt små skillnader mellan medelvärdena både för KASAM och hälsa och det finns inga signifikanta skillnader. De som bor i den mellanstora staden har något starkare KASAM än de som bor i den lilla staden medan de från storstaden ligger något lägre. När det gäller hälsan är det däremot den lilla staden som har högst värde, den mellanstora staden näst högst och storstaden det lägsta. Se tabell 1.

För att kontrollera vår hypotes om socioekonomiska skillnader separerades lågstatusskolan och högstatusskolan ut ur storstaden. Högstatusskolan fick de högsta värdena bland alla skolor totalt, på både KASAM, ($p < 0,02$) och hälsa ($p < 0,01$) För medelvärden och korrelation, se tabell 1.

Medelvärdena är olika mellan invandrarungdomar på lågstatusskolan respektive högstatusskolan när det gäller KASAM och hälsa. På lågstatusskolan har 79% av eleverna utländsk bakgrund och på högstatusskolan har 23% av eleverna utländsk bakgrund. Invandrarelever i lågstatusskolan har lägre värden på både KASAM och hälsa i jämförelse med samma elever i högstatusskolan. Det föreligger även skillnader mellan svenska ungdomar på lågstatusskolan och svenska ungdomar på högstatusskolan vilka har ett högre KASAMmedelvärdet ($p < 0,05$). Se tabell 2.

En ytterligare hypotes, vilken har stora beröringspunkter med den förra hypotesen, utgjordes av att det skulle finnas skillnader mellan samtliga ungdomar födda i Sverige och de som hade annan etnisk bakgrund. Korrelationerna för KASAM och hälsa för samtliga invandrarungdomar är 0,69 och för alla de svenska ungdomarna 0,58.

Det visade sig finnas en ganska stor skillnad, där ungdomarna med annat etniskt ursprung hade lägre värden på både hälsa ($p < 0,01$) och KASAM. Se tabell 2

Tabell 2 Medelvärden beträffande KASAM och hälsa för ungdomar med utländskt ursprung och ej utländskt ursprung på lågstatusskola/högstatusskola.

	Invandrare totalt	Svenskar totalt	Invandrare skola med låg status ¹	Svenskar skola med låg status	Invandrare skola med hög status	Svenskar skola med hög status
KASAM Medel	58,85	60,94	56,36	57,94	60,22	63,05
Standardavvikelse	10,21	10,40	8,90	10,30	10,71	11,72
n	41	124	25	18	9	35
Hälsa Medel	32,88	37,57	31,68	34,53	33,22	39,54
Standardavvikelse	9,03	8,09	8,68	7,53	8,07	8,28
n	41	124	25	17	9	35

Nästa hypotes var att pojkar mår bättre än flickor och det finns skillnader i medelvärdena för flickor och pojkar. Korrelation mellan KASAM och hälsa för flickor visade den sig vara 0,54 och för pojkar 0,63. Se tabell 1. Pojkarna har högre KASAM ($p < 0,01$) och bättre hälsa ($p < 0,01$). Flickorna har genomgående sämre värden på alla hälsofrågor, utom på den om de har sömnproblem. De har mer magbesvär, känner mer rastlöshet ($p < 0,01$), högre grad av stress ($p < 0,01$) och känner sig mer deprimerade ($p < 0,01$), Se tabell 3

Tabell 3 Skillnader i flickors och pojkars hälsa.

	Flickor, medelvärde och standardavvikelse	Pojkar, medelvärde och standardavvikelse
Sömnproblem	4,65±1,98	4,61±2,00
Deprimerad	4,21±1,84	4,88±1,79
Magbesvär	4,61±1,71	5,33±1,91
Rastlöshet	3,58±1,66	4,30±1,69
Stressgrad	4,21±1,84	4,99±1,79

Diskussion

Vår huvudhypotes är att känsla av sammanhang (KASAM) och självupplevd hälsa har ett samband. Får man hög nivå på KASAMskalan ger detta även hög nivå på hälsoskalan. Likväl som låg nivå på KASAMskalan predicerar lägre värden på hälsoskalan. Antonovsky (1987) hävdar att KASAMmättet är konsekvent och positivt signifikant relaterat till samtliga positiva hälsomått, samt signifikant negativt relaterat till samtliga mått på ohälsa. I vår analys av enkätsvaren har vi funnit ett samband mellan KASAMnivån och värdet på hälsoskalan där korrelationskoefficienten är hög. Kvadrerar vi korrelationskoefficienten får vi fram 0,37- vilket innebär att 37% av variansen i hälsolivån kan förutsägas utifrån variansen i KASAMvärdet och vice versa.

Vår nästa hypotes är att det skulle föreligga skillnader i KASAM/hälsa beroende på om ungdomarna växt upp i en liten stad, mellanstor stad eller stor stad. Vi trodde att det skulle föreligga ganska stora skillnader i KASAM/ hälsa beroende på var man är uppväxt och bor, till fördel för den mindre orten. Det visade sig dock att det fanns skillnader, men att dessa var mindre än vi förväntat och ingen var signifikant. Beträffande KASAMskalan kom den mellanstora staden högst, följd av den mindre staden och längst ned kom storstaden. På hälsoskalan blev ordningen liten stad, mellanstor stad och sist kom återigen storstaden. Det är intressant att KASAMnivån är högst för den mellanstora staden men att samma stad kommer på andra plats vad det gäller hälsolivån. För den lilla staden är detta faktum omvänt, då den kommer i topp på hälsoskalan men hamnar på andra plats vad det gäller KASAMmättet. Man frågar sig vad detta kan bero på. Är det kanske bättre att bo på en lite större ort där det finns ett större utbud av aktiviteter, gott om arbetstillfällen med påföljande låg arbetslöshet hos föräldrarna. En annan aspekt är också att man är lite mer anonym i den lite större staden och det är mer accepterat att få vara som man är. En annan faktor är att det finns ett mycket större utbud av jämnåriga att välja emellan och på så sätt är det lättare att hitta någon/några man trivs med. I småstaden känner alla varandra eller känner åtminstone till varandra, vilket kan vara både på gott och ont. Man tillåts inte på samma sätt att vara annorlunda, jantelagen brukar vara väldigt stark på mindre orter. Det finns inte heller samma utbud av kamrater och aktiviteter och arbetstillfällen att välja mellan på en mindre ort. Något som gör att den lilla staden trots sin andraplats på KASAM –skalan hamnar i topp på hälsoskalan kan vara sitt oerhört vackra läge med stora möjligheter till aktiviteter både i och på havet. Industristaden, den mellanstora staden, har inte dessa kvalitéer.

Vår tredje hypotes är att barn och ungdomar som haft en sämre socioekonomisk uppväxtmiljö har lägre värden på KASAM och hälsoskalan. Anledningen till att vi undersökte två skolor i storstaden var med avsikt på att mäta om det rådde skillnader mellan de olika förutsättningar som dessa båda skolor representerar. När vi delade upp storstadens skolor fick lågstatusskolan de lägsta medelvärdena för både KASAM och hälsa, medan högstatusskolan fick de högsta bland alla skolorna i undersökningen. Skillnaden mellan storstadsskolorna är signifikant på 2%-nivån på både KASAM och hälsa. Av ungdomarna på lågstatusskolan som vi undersökt har 79% utländsk bakgrund. Motsvarande siffra för högstatusskolans skolan är 23% och det innebär att större

delen av ungdomarna på lågstatusskolan har både annat etniskt ursprung och låg socioekonomi. Därför är det svårt att säga hur mycket som beror på etnicitet och hur mycket som beror på fattigdom eller hur de samvarierar. Ungdomarna med utländsk bakgrund på lågstatusskolan har det lägsta medelvärdet i KASAMnivå bland alla undersökta delgrupper. Svenska ungdomar på samma skola ligger något över. Detta tyder på att den socioekonomiska faktorn är betydelsefull. En förklaring är att många av ungdomarna på lågstatusskolan kommer som flyktingar från länder som är drabbade av krig, hungersnöd och/eller politiskt förtryck. Flera forskare belyser att barn i socialt mindre gynnade grupper har sämre hälsa. (Barnrapporten, 1998; Cederblad, 1996; Hagström et al, 1998; Levi, 2002;). Till viss del kan detta förklaras av att de i större utsträckning utsätts för flera riskfaktorer, samtidigt som det finns sämre ekonomiska, sociala och kulturella resurser. Barnrapporten tar upp att det finns betydande sociala skillnader gällande psykisk hälsa hos barn. Den enskilda riskfaktorn som är mest avgörande för ohälsa är låg social position. Denna ökar risken för de flesta folkhälsoproblemen och Barnrapporten tar upp att mellan 20 – 40 % av all ohälsa kan förklaras av låg social position. Tittar man närmare på storstaden ur denna synvinkel blir det intressant, här skiljer det sig avsevärt mellan lågstatusskolan och den bättre ansedda skolan, och skillnaden visar sig mycket riktigt vara signifikant. Den senare kommer i topp både i avseende på KASAM och hälsnivå för alla skolor i vår studie och förortsskolan kommer långt ner under alla andra skolors medelvärde både i avseende på KASAM och hälsa. Det var inte oväntat att det skulle förhålla sig så men vi trodde inte att skillnaden skulle vara så stor mellan skolor i samma stad.

Hagström et al (1998) tar upp att ungdomar med utländsk bakgrund har mer negativa erfarenheter av sin vardag och uppger sig må psykiskt sämre än ungdomar födda i Sverige. Ungdomar 15-18 år med utomeuropeiskt ursprung, löper en trefald högre risk att dö av självmord än svenska ungdomar. I Barnrapporten (1998) påtalas det att invandrare som nyligen flyttat till Sverige befinner sig i en särskilt utsatt position, det nya hemlandet innebär en hel del problem och svårigheter samtidigt som de fortfarande påverkas av riskfaktorer från det gamla hemlandets miljö. Barnens hälsa påverkas av den tid man vistats i Sverige, den kultur föräldrarna härstammar från och av familjens sociala position. I vår undersökning visade det sig att det existerade skillnader och genom ett t-test visade det sig att ungdomar födda i Sverige har ett högre hälsomedelvärde som är signifikant på 1%-nivån, men vi finner ingen signifikans på KASAMmättet. Detta stödjer vår hypotes om att ungdomar med annan etnisk bakgrund och svenska ungdomar skiljer sig åt när det gäller KASAM och hälsa. Invandrarungdomarnas relativt höga KASAMvärde kan bero på att de har en starkare anknytning till sina föräldrar genom sin kulturella bakgrund. Anknytningen i sin tur blir säkerligen än starkare på grund av trycket utifrån då de tillhör en s k minoritetsgrupp i samhället och integreringen i det svenska samhället inte fungerar alltför bra. Vad det gäller hälsan har de med all säkerhet varit utsatta för händelser i sitt gamla hemland som undergräver den och i Sverige blir de medvetet/omedvetet utsatta för diskriminering eller till och med rasism. Man kan ju fråga sig hur dessa ungdomar skulle må, om de inte hade en så hög KASAMnivå som de faktiskt har. Deras högre korrelation mellan KASAM/hälsa, jämfört med svenska ungdomar, kan bero på dessa faktorer.

Vår sista hypotes är att pojkar mår bättre än flickor både när det gäller KASAM- och hälsoliv. Pojkar får signifikant högre värden på 5%-nivån, både vad det gäller KASAM och hälsa. Detta bekräftar vår hypotes. Våra resultat visar att flickorna, som är i 16-årsåldern, mår sämre än pojkarna och detta kan vi relatera till Barnrapporten (1998); Cederblad (1996); Hagström et al (1998); som säger att före puberteten har pojkarna fler beteendestörningar än flickorna, men att flickorna i samband med puberteten får högre grad av problem, speciellt depressioner och andra psykosomatiska symtom. Cederblad påvisar även att symtomen skiljer sig åt mellan pojkar och flickor. Flickor reagerar mer inåtriktat, pojkarna är mer utåtagerande. Barnrapporten tar upp det skrämmande faktum att upp till 19% av flickorna i 16-17 årsåldern har depression och att upp till 10% har försökt ta sitt liv. Hos pojkarna är dessa siffror att upp till 7% har depression och upp till 6% hade gjort självmordsförsök. Även våra resultat visar, när vi går in på delfrågorna, att flickorna upplever en större ohälsa än pojkarna. De känner sig mer deprimerade, har mer magbesvär känner sig oftare rastlösa och mer stressade. De t o m känner sig oftare arga än vad pojkarna gör. En faktor som påverkar denna skillnad kan vara att flickorna kommer i skymundan under både uppväxt och skoltid, då de inte får utlopp för sina känslor på samma sätt som pojkarna tillåts. De bär istället mycket inom sig och detta resulterar kanske i högre grad av depressioner. Det är, trots allt jämlikhetstänkande, pojkarna som tillåts ta för sig och uppmärksammas. Kanske är det så att flickornas uppdämda känslor yttrar sig psykosomatiskt, då de inte tillåts vara utåtagerande på samma sätt som pojkarna. När pojkarna passerat sin tid med utåtagerad stress före puberteten och börjar lugna sig, finns det utrymme för flickorna.

Slutsats och funderingar inför framtiden.

Vi anser att Antonovsky (1987) lyckades med sin föresats att konstruera ett verktyg som mäter människors grundtrygghet/tillit som i sin tur är avgörande för människors hälsa och hur de lyckas hantera stressituationer. Har man en stark grundtrygghet, det vill säga en stark känsla av sammanhang, och anser att världen runtom är begriplig, meningsfull och hanterbar avspeglar sig detta i sin tur på hälso- skalan. Antonovsky menar att individer med ett starkt KASAM är mer flexibla i valet av den bästa copingmetoden lämplig för den specifika situationen och att personer med ett starkt KASAM också har fler copingstrategier att välja emellan. En viktig fråga för framtida forskning är vilka faktorer i barndomen som bygger upp ett starkt KASAM. Vi tycker att Antonovskys verktyg är lämpligt att använda dels för att kunna mäta den viktiga grundtillit som han benämner känsla av sammanhang men också för att vi på detta sätt kanske bättre kan förstå varför människor hamnar på vissa nivåer på en skala när hälsa och stress enbart mäts med andra måttstockar. Vi menar dock att båda typerna av mått är viktiga, de kompletterar varandra och är lämpliga att använda i kombination. Om man på hälsoskalan hamnar på en viss nivå kan man gå till KASAMskalan och där studera varför det kan förhålla sig på detta vis. Detta kan i sin tur ge ledtrådar till vilka delar eller faktorer som behöver stärkas och befrämjas för att få oss att kunna må bättre, samt kunna

hantera stress på ett bättre sätt. Arbetar vi på detta vis när vi undersöker hur människor mår får vi kanske med oss en helhetssyn på ett annat sätt än när vi använder oss av andra verktyg. En skala som visar att personen vi undersöker har stora problem med mage, värk i axlar samt sömnproblem säger en hel del. Men kan vi dessutom undersöka var samma person hamnar på KASAMskalan tillför detta ytterligare en viktig dimension där individens grundtrygghet ringas in. Kanske är det även så att man bör sätta in fler och starkare resurser hos personen med ett lågt KASAM. Med de begränsade vårdresurser som existerar i dagens samhället borde detta vara en viktig faktor i avseende för att på ett förnuftigt sätt kunna fördela resurserna. Därtill bör man förebygga och undvara vårt samhälle ett oändligt mänskligt lidande, samt bespara oss de oerhörda kostnader denna ohälsa för med sig. Därför borde kunskapen om KASAMverktyget nå ut, så fler kan använda sig av det.

Om vi ska kunna göra något åt den akuta situation som vi befinner oss i, krävs det att vi alla får kunskap och insikt om konsekvenserna nu och på lång sikt och även Peter Währborg (2002) menar att nyckeln till förändring är kunskap. Vi alla som föräldrar, vänner, anhöriga, medmänniskor, politiker, lärare och arbetsgivare måste tillsammans ta vårt ansvar. Det är vår gemensamma framtid det gäller. Det måste till insikt för att kunna förändra och vi måste göra denna kunskap tillgänglig för alla, inte enbart för dem som vanligtvis lätt har tillgång till kunskapen och/eller som lätt tar till sig den.

Det är också av största vikt att alla barn får en möjlighet till en trygg anknytning – en trygg bas – som forskare efter forskare betonar vikten av. Denna grundtrygghet formas under spädbarnstiden och är fundamental för den fortsatta trygga utvecklingen och forandet av en stark känsla av sammanhang. De insatser som genomförs under de första levnadsåren har en betydligt högre effekt än senare åtgärder, något som Hagström et al (1998) betonar. Hela 38% av de svenska spädbarnen har brister i denna trygga anknytning, något som är alarmerande, nästan hälften av alla svenska barn får inte denna självklara rättighet. Här måste det till en förändring och detta måste ske genom kunskap och bättre undervisning i föräldrautbildningar, till att börja med på MVC och BVC och senare inom förskola, fritidshem, all skolverksamhet och annan aktivitet som innefattar barn och ungdomar. En önskvärd målsättning är framförallt ett helhetstänkande och en samverkan mellan alla som på minsta vis kommer i beröring med våra barn och ungdomar. Denna samverkan ska ha tydliga mål och sträva efter en jämlik hälsa oberoende av kön, etnicitet och socioekonomi. Barnen själva bör i så tidiga år som möjligt få insikt, kanske genom ett nytt ämne i skolan eller ännu hellre i förskolan, där de själva blir medvetna om hur stress uppkommer, hur den yttrar sig och vad man kan göra åt den. Detta ämne bör bland annat innefatta kunskap om kost, motion, kropp och själ samt avspänningsövningar. På detta sätt måste vi ta krafttag och gemensamt göra något åt vår situation. Det är vi själva som formar vår framtid. Vi vuxna har frihet att välja och prioritera om, men denna möjlighet har inte våra barn och ungdomar. De är utlämnade åt det samhälle som vi vuxna skapar åt dem.

"Aldrig har ett sjukdomstillstånd så öppet kopplats ihop med samhället självt". (K. Johannison s.24. 2002)

Referenslista

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey - Bass Inc, publishers.

Antonovsky (1987). *Hälsans mysterium*. Natur och Kultur.

Barnrapporten (1998). I (red) S. Bremberger. Centrum för barn och ungdomshälsa. Stockholm.

Bishop, G.D. (1993). The sense of coherence as a resource in dealing with stress. Psychologia, 36, 259-265.

Cederblad, M. (1996). Fifty years of epidemiologic studies in child and adolescent psychiatry in Sweden. Nord J Psychiatry, 50 Suppl. 36, 55-66. Oslo

Cederblad, M., Dahlin, L, Hagnell, O, Hansson, K. (1994). Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals. European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 244, 1-11.

Cederblad, M., Dahlin, L., Hagnell, O., Hansson, K. (1995). Coping with life span crises in a group at risk of mental and behavioral disorders from the Lundby study. Acta Psychiatr Scand, 91, 322-330

Hagström, U., Redemo, E., Bergman, L. (1998). *Låter sig skyddsänglar organiseras?* Folkhälsoinstitutet rapport 1998:41. Stockholm: Förlagshuset Gothia.

Hansson, K., Olsson, M. (2001). Känsla av sammanhang - ett mänskligt strävande. Nordisk psykologi, 53, 238-255.

Johannisson, K. (2002) Stressperspektiv. I (red) Ekman, R., Arnetz, B. *Stress*. Liber AB

Kallenberg, K & Larsson, G. (2000). *Människans hälsa, livsåskådning och personlighet*. Natur och kultur.

Kobasa, S. C. (1997). Stressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry Into Hardiness. Journal of personality and social psychology, vol. 37 (1), 1-11.

Lazarus, R. S., Folkman, S., (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York. Springer publishing company.

Levi, L. (2002) Stressperspektiv. I (red) Ekman, R., Arnetz, B. *Stress*. Liber AB

Rydén, O., Stenström, U. (2000). *Hälsopsykologi*. Bonnier utbildning AB.

Torsheim, T., Aaroe, L. E., Wold, B. (2001). Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence: interactive, indirect or direct relationships? Social Science & Medicine, vol. 53, 603- 614.

Undersökning av folkhälsan med inriktning mot stress, i Västra Götaland. (2002) Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Wolf, A. C., Ratner, P. A., (1999). Stress, Social Support, and Sense of Coherence. Western Journal of Nursing Research, vol. 21(2), 182-197.

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

Hej.

Vi skulle gärna vilja ha **din** medverkan i den här undersökningen om hur ungdomar har det. Undersökningen är frivillig och du kan avbryta den när som helst. Det är mycket viktigt att du besvarar alla frågorna, för att undersökningen ska bli så bra som möjligt. Sista frågan är öppen och där kan du även förklara eller skriva till om du tycker att något fattas. Du kommer att vara helt anonym. Inga uppgifter kan spåras tillbaka till dig, eftersom vi gör intervjuer på flera gymnasieskolor och inte får reda på vad någon heter. Tack.

Först vill vi veta lite om vem du är, för det är viktigt i undersökningen.

Är du tjej eller kille

Vilket år är du född.....

Läser du ett praktiskt program eller ett teoretiskt program

I vilket land är du född.....

Har du syskon eller inga syskon

I vilket land är dina föräldrar födda

Bor du med båda dina föräldrar eller en förälder

Är du uppvuxen på landet i en stad eller både landet och staden

Ringa in den siffra som stämmer bäst med hur du känner

1. Hur ofta har du en känsla av, att du inte riktigt bryr dig om vad som händer runtom dig ?

Mycket sällan aldrig	1	2	3	4	5	6	7	Mycket ofta alltid
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

2. Hur ofta har det hänt att du blivit överraskad av beteendet hos personer du trodde du kände väl?

Mycket sällan aldrig	1	2	3	4	5	6	7	Mycket ofta alltid
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

3. Hur ofta har det hänt att människor som du litade på gjorde dig besviken?

Har aldrig hänt	1	2	3	4	5	6	7	Har ofta hänt
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------

4. Hur tror du att du kommer att känna för de saker du kommer att göra i framtiden?

Tycka om dem mycket	1	2	3	4	5	6	7	Inte tycka om dem alls
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

5. Hur ofta känner du dig orättvist behandlad

Mycket sällan aldrig	1	2	3	4	5	6	7	Mycket ofta alltid
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

6. Hur ofta känner du att du befinner dig en obekant situation och inte vet vad du skall göra?

Mycket ofta Alltid	1	2	3	4	5	6	7	Mycket sällan aldrig
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------

7. Hur känner du för de saker du gör varje dag

Tycker om dem mycket	1	2	3	4	5	6	7	Tycker inte om dem alls
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------

8. Hur ofta händer det att du har känslor och idéer du inte riktigt förstår ?

Mycket ofta Alltid	1	2	3	4	5	6	7	Mycket sällan aldrig
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------

9. Hur ofta händer det att du har känslor inom dig, som du helst inte vill känna?

Mycket ofta 1 2 3 4 5 6 7 Mycket sällan
10. Många människor- även de med stark självkänsla- kan ibland känna sig som en "förlorare". Hur ofta har du känt det så?

Aldrig 1 2 3 4 5 6 7 Mycket ofta

11. Hur ofta händer det att du har en känsla av att inte riktigt veta vad som ska hända?:

Mycket ofta, 1 2 3 4 5 6 7 Mycket sällan
alltid aldrig

12. Hur ofta känner du att det inte är någon mening med de saker du gör varje dag?

Mycket ofta 1 2 3 4 5 6 7 Mycket sällan

aldrig

13. Hur ofta har du känslor som du inte är säker på att du kan kontrollera?

Mycket ofta 1 2 3 4 5 6 7 Mycket sällan

aldrig

14. Hur ofta är du sjuk?

Mycket sällan 1 2 3 4 5 6 7 Mycket ofta
Aldrig alltid

15. Hur ofta brukar du ha ont i ryggen?

Mycket ofta, 1 2 3 4 5 6 7 Mycket sällan
Alltid aldrig

16. Hur ofta brukar du ha magbesvär?

Mycket ofta, 1 2 3 4 5 6 7 Mycket sällan
Alltid aldrig

17. Hur ofta brukar du känna dig rastlös?

Mycket ofta, 1 2 3 4 5 6 7 Mycket sällan
Alltid aldrig

18. Hur ofta brukar du känna dig deprimerad?

Mycket ofta, 1 2 3 4 5 6 7 Mycket sällan
Alltid aldrig

19. Hur ofta brukar du ha svårt för att somna/sover dåligt?

Mycket ofta, 1 2 3 4 5 6 7 Mycket sällan
Alltid aldrig

20. Hur ofta känner du dig stressad på något sätt?

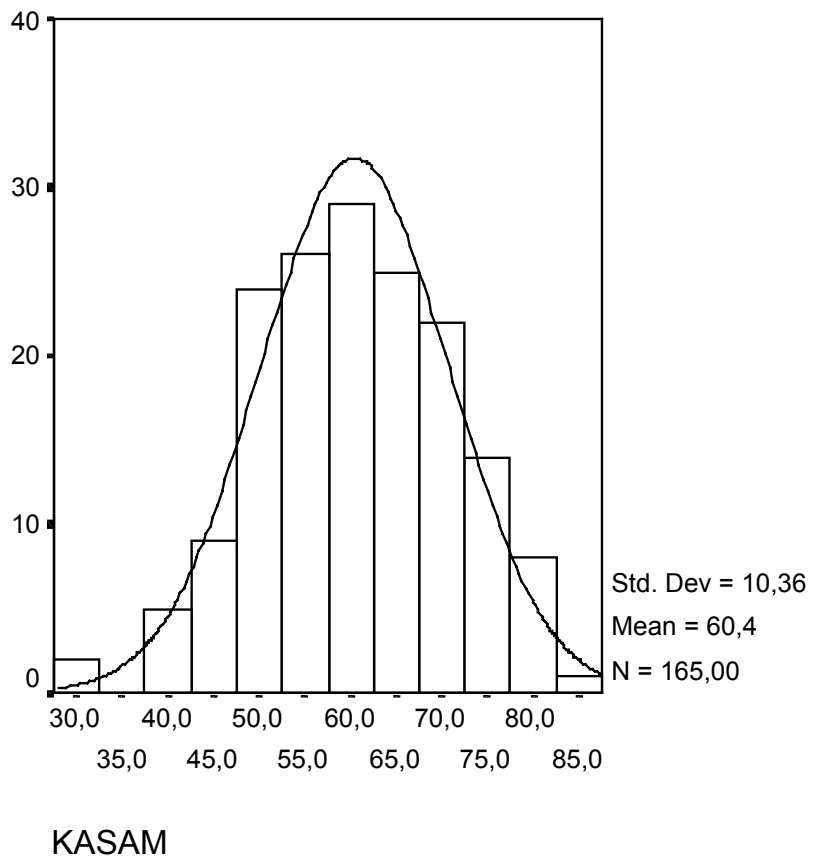
Mycket ofta, 1 2 3 4 5 6 7 Mycket sällan
Alltid aldrig

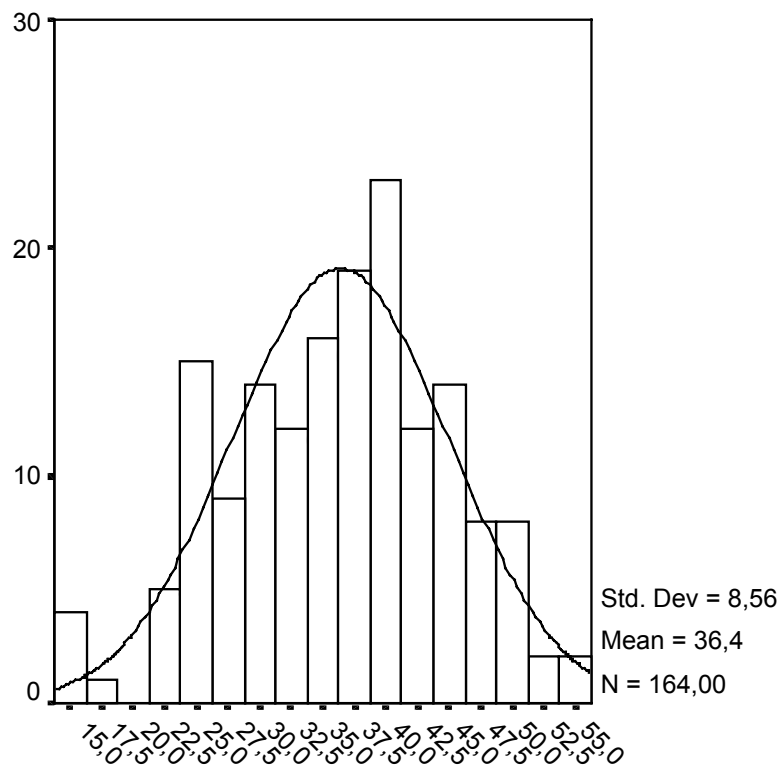
21. Hur ofta brukar du känna dig arg?

Mycket ofta, 1 2 3 4 5 6 7 Mycket sällan
Alltid aldrig

22. Har du några förslag på hur vi ska minska stressen? (eller något du vill lägga till, förklara)
.....
.....

Histogram med normalfördelningskurva över KASAM och hälsa





Hälsa



Ungdomars uppfattning om sin tillvaro

Rent allmänt verkar vi leva i en tid, där allt fler människor mår dåligt, är långtids-sjukskrivna och utbrända. Men, trots flera larmrapporter om ohälsa, verkar många människor ändå hålla sig friska. Forskarna har börjat intressera sig för vad det beror på, men bara ur de vuxnas perspektiv.

Syftet med studien är att belysa vad som ger hälsa hos ungdomar och vi vill gärna undersöka hur ungdomar håller sig friska, trots de påfrestningar de utsätts för i sina liv. Vårt samhälle består till stor del av barn och ungdomar och det är de som ska föra vårt samhälle vidare. Kan vi på något sätt förstå vad det är som gör att vissa av dem håller sig friska, går den kunskapen att överföra till andra.

Vi som gör den här undersökningen heter Kerstin Sandell och Gunilla Höggren. Vi läser Psykologi 41-60 poäng på högskolan i Trollhättan-Uddevalla och undersökningen ingår i vår C-uppsats, som ska vara klar till jul. Vi har åtta olika gymnasieklasser - alla i årskurs 1 - med i undersökningen och ni kommer givetvis att få ta del av resultaten. Om det skulle uppstå några frågor kan ni ringa Kerstin 0524-22040 eller Gunilla 0528-10244.

Vi tackar på förhand för er hjälp, som är mycket viktig för vår undersökning!

Högskolan i Trollhättan / Uddevalla
Institutionen för Individ och samhälle
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521 - 26 40 00 Fax 0521 – 26 40 99
www.htu.se