



HÖGSKOLAN VÄST
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Hur påverkas kvinnors hälsa av psykosociala faktorer?

– En kartläggning av hälsan bland tillsvidareanställda kvinnor i Sotenäs kommun

Författare: Catarina Jasniskij Leo Marie Rolander
Handledare: Lenah Skärstrand

Hälsopromotionsprogrammet Examensarbete 15hp
Filosofie kandidat
Vårterminen 2009

Abstract

Title: How is women's health affected by psychosocial determinants of health?

- A Survey of health among permanent employed women in the commune of Sotenäs

Author: Catarina Jasniskij, Leo Marie Rolander

Sort of paper: Examination paper, 15 points C- Essay, Degree in Educational science

University: University West

Institution: The Department of Care, Health and Culture

Program: The Program in Health Promotion

Date: June 2009

Instructor: Lenah Skärstrand

Background: Because of the high unhealthy rates among women in the commune a project to reduce it have begun. For this reason we have been given the mission from the commune of Sotenäs to study the character of these women's health.

Objective: To study the health among permanent employed women in the commune of Sotenäs.

Method: Quantitative method. The data have been collected through questionnaire survey. The purpose of choosing this method was to be able to see connections between various variables.

Result: A large number of women who do not have time to carry out their duties during ordinary working hours have experienced that they are tense and anxious, which means that this mental demand may have affected women's health. The study reveals that many of the women who have not received enough information from their employer to perform their duties have experienced that they are worn out. The majority of women who lacked in development opportunities at work felt tense. These results imply that small decision latitudes could be one of the explanations of a lower level of health among women. The study identified a number of potential explanations for the sick leave in the commune, as the women felt tense and anxious. Adequate emotional support from friends and family, and a satisfactory everyday social life was related to a low degree of anxiety. A good distribution of practical domestic duties at home was a factor related to a low degree of tension among the permanent employed women in the commune of Sotenäs.

Keywords: Women, health, unhealthy rate, sick leave, psychosocial determinants, demand/control, social support, working life, private life

Sammanfattning

Titel: Hur påverkas kvinnors hälsa av psykosociala faktorer?

– En kartläggning av hälsan bland tillsvidareanställda kvinnor i Sotenäs kommun.

Författare: Catarina Jasniskij, Leo Marie Rolander

Typ av uppsats: Examensarbete, C-uppsats 15 högskolepoäng, Pedagogik

Högskola: Högskolan Väst

Institution: Omvårdnad, Hälsa och Kultur

Program: Hälsopromotionsprogrammet

Datum: juni 2009

Handledare: Lenah Skärstrand

Bakgrund: På grund av det höga ohälsotalet bland kvinnorna i Sotenäs kommun har ett arbete med att reducera detta påbörjats. Vi fick därför i uppdrag av Sotenäs kommun att undersöka karaktären på dessa kvinnors hälsa.

Syfte: Att kartlägga hälsan bland tillsvidareanställda kvinnor i Sotenäs kommun och hur den påverkas av psykosociala faktorer i arbets- och privatliv.

Metod: Kvantitativ metod. Datainsamlingstekniken som tillämpades var enkät. Denna valdes för att kunna genomföra sambandsanalyser mellan olika faktorer.

Resultat: Ett stort antal kvinnor som inte hinner utföra sina arbetsuppgifter under ordinarie arbetstid uppgav att de är spända och utslitna, vilket innebär att detta psykiska krav kan ha påverkat kvinnornas hälsa. I undersökningen framkom vidare att många av kvinnorna som inte mottagit tillräckligt med information från sin arbetsgivare för att utföra sina arbetsuppgifter att de kände sig utslitna. Majoriteten av kvinnorna med bristande utvecklingsmöjligheter i arbetet kände sig spända. Dessa resultat antyder att ett litet beslutsutrymme kan vara en av förklaringarna till en lägre grad av hälsa bland kvinnorna. I undersökningen framkom några möjliga förklaringar till sjukskrivningarna i kommunen, såsom att kvinnorna kände sig spända och utslitna. Ett tillfredsställande emotionellt stöd från vänner och familj, samt ett tillfredsställande vardagligt socialt liv kunde relateras till en låg grad av oro. En god fördelning av praktiska vardagssysslor i hemmet var faktorer, vilka kunde relateras till en låg grad anspänning bland de tillsvidareanställda kvinnorna i Sotenäs kommun.

Nyckelord: Kvinnor, hälsa, ohälsotal, sjukskrivning, psykosociala faktorer, krav/kontroll, socialt stöd, arbetsliv, privatliv

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1 Ohälsotalet i Sotenäs kommun.....	1
1.2 Uppdraget.....	1
1.3. Syfte och frågeställningar	1
2. Centrala begrepp	2
2.1 Definition av hälsa	2
2.1.1 Hälsa som Välbefinnande.....	2
2.1.2 Hälsa som funktionsförmåga.....	2
3. Tidigare forskning	3
3.1 Ohälsa bland kvinnor	3
3.2 Sjukskrivningar bland kvinnor.....	4
4. Teori	4
4.1 Psykosociala faktorer	4
4.2 Krav/kontroll	4
4.3 Socialt Stöd	5
4.3.1 Den direkta effekten av socialt stöd på hälsan	6
4.3.2 Skyddseffekten av socialt stöd på hälsan	6
5. Metod	7
5.1 Kvantitativ metod.....	7
5.2 Urval	7
5.3 Datainsamlingsmetod.....	8
5.3.1 Enkät.....	8
5.3.2 Bortfall	8
5.3.3 Etiska övervägande	9
5.4 Analysmetod	9
5.5 Metoddiskussion	10
5.5.1 Validitet/Reliabilitet	10
5.5.2 Uppsatsens validitet och reliabilitet.....	10
6. Resultat	12
6.1 Kvinnornas upplevd hälsa	12
6.2 Påverkan av psykosociala faktorer i arbetslivet på hälsan	14
6.3 Påverkan av psykosociala faktorer i privatlivet på hälsan	17
7. Diskussion	19
7.1 Resultatdiskussion.....	19

7.1.1 Hur ser hälsan ut bland de tillsvidareanställda kvinnorna i Sotenäs kommun?	19
7.1.2 Hur påverkas hälsan av krav/kontroll och socialt stöd i kvinnornas arbetsliv?	20
7.1.3 Hur påverkas hälsan av socialt stöd i kvinnornas privatliv?	22
7.2 Slutsats	23
7.2.1 Förslag på åtgärder till uppdragsgivaren	24

Referenser

Bilaga 1, Följebrev

Bilaga 2, Enkätformulär

Diagramförteckning

1.1 Sjukskrivning under de senaste 12 månaderna.	12
1.2 Utsliten under den senaste månaden.....	13
1.3 Mottagit otillräcklig information från arbetsgivaren för att kunna utföra sina arbetsuppgifter samt uppgivit att de har varit respektive inte har varit utslitna under den senaste månaden	14
1.4 Hinner inte utföra sina arbetsuppgifter under ordinarie arbetstid samt upplever en hög respektive låg grad av anspänning	15
1.5 Hög respektive låg grad av dyster- och nedstämdhet samt har ett bra samarbete med sina Arbetskollegor.....	16
1.6 Har varit dystra och nedstämda, samt har varit sjukskrivna under de senaste 12 månaderna.	17
1.7 Hög respektive låg grad av oro den senaste månaden samt har ett bra/Mycket bra känslomässigt stöd från familjen	18

1. Inledning

1.1 Ohälsotalet i Sotenäs kommun

Ohälsotalet har sjunkit nationellt under de senaste åren. En liknande trend är synlig även i Sotenäs kommun. Ohälsotalet i Sotenäs kommun är dock betydligt högre än i riket som helhet. År 2008 var ohälsotalet i kommunen i genomsnitt 46,2 dagar, jämfört med 35,8 dagar i Sverige som helhet. Omfattande skillnader mellan kvinnors och mäns ohälsotal är också synliga i kommunen. Kvinnornas ohälsotal i Sotenäs låg år 2008 i genomsnitt på 58,1 dagar, jämfört med männens ohälsotal som låg på 35,1 dagar. Väsentliga skillnader vad gäller ohälsotalet existerar således mellan Sotenäs kommun och övriga Sverige, men även mellan kvinnor och män i Sotenäs kommun (Sotenäs kommun 2008, s.17; Försäkringskassan 2009a, s.1).

Ohälsotalet är ett mått som har skapats av försäkringskassan för att mäta arbetssjukfrånvaron. Det används för att åskådliggöra det antal dagar individer är sjukfrånvarande från arbetet och får ekonomisk ersättning från sjukförsäkringen under en 12- månaders period. Ohälsotalet omfattar således de dagar efter att ersättningsplikten har övergått från arbetsgivaren till försäkringskassan, vilket den gör efter 14 dagars sjukskrivning. Sjukförsäkringen innefattar sjuk- och aktivitetsersättning som utgör den största delen av ohälsotalet, samt sjukpenning, rehabiliteringspenning och arbetsskadeförsäkring (Försäkringskassan 2009b, s.1).

1.2 Uppdraget

Anledningen till att ohälsotalet är ett prioriterat område för Sotenäs kommun är således de jämförelsevis höga ohälsotalen i kommunen. De omfattande skillnaderna mellan kvinnor och män i Sotenäs kommun bidrog vidare till att kommunen beslöt sig för att prioritera kvinnorna i arbetet med att reducera ohälsotalet. Av kvinnorna i kommunen valdes vidare gruppen tillsvidareanställda kvinnor i den kommunala verksamheten. Anledningen till det valet är att kommunalanställda kvinnor är en grupp som arbetsgivaren Sotenäs kommun har förhoppningar om att kunna påverka villkoren för, då de är anställda i kommunens verksamhet. Utifrån denna problematik och de prioriteringar som gjorts har vi fått i uppdrag av Sotenäs kommun att undersöka karaktären på ohälsan bland tillsvidareanställda kvinnor i Sotenäs kommunala verksamhet.

1.3. Syfte och frågeställningar

Uppdragsgivaren Sotenäs kommun hade en förfrågan om en undersökning av karaktären på ohälsan bland de tillsvidareanställda kvinnorna och följaktligen även vilka faktorer som påverkar hälsan bland kvinnorna. Undersökningen behövde därför med nödvändighet innehålla en mängd olika faktorer som kan tänkas påverka hälsan, både faktorer som kan relateras till kvinnornas psykosociala omgivning och till deras levnadsvanor.

Då tidigare forskning visar tydliga samband mellan psykosociala faktorer och levnadsvanor, har vi inte funnit det angeläget att inkludera levnadsvanor i vår studie (Harrison 1999, s.126, 130). Vi har valt att fokusera på hur psykosociala faktorer såsom krav och kontroll, samt socialt stöd påverkar kvinnornas hälsa. Syftet med studien blev därmed följande:

Att kartlägga hälsan bland tillsvidareanställda kvinnor i Sotenäs kommun och hur den påverkas av psykosociala faktorer i arbets- och privatliv.

Utifrån kartläggningen av kvinnornas hälsa har vi riktat in studien mot följande frågeställningar:

1. Hur påverkas kvinnornas hälsa av krav/kontroll och socialt stöd i deras arbetsliv?
2. Hur påverkas kvinnornas hälsa av socialt stöd i deras privatliv?

2. Centrala begrepp

2.1 Definition av hälsa

I vår studie är hälsa ett centralt begrepp då syftet med studien är att undersöka hälsan bland tillsvidareanställda kvinnor i Sotenäs kommun. Enligt oss är hälsa ett kontinuum som innefattar olika grader av hälsa, där ohälsa är en låg grad av hälsa och god hälsa är en hög grad av hälsa, snarare än ett kategoriskt begrepp där hälsa och ohälsa är definitiva motpoler. Vi har valt de definitioner av hälsa som vi anser är av störst relevans för den målgrupp vi har för avsikt att undersöka. Anledningen till valet är problematiken med det höga ohälsotalet, vilket beror på sjukskrivningar bland kvinnorna. Vi anser att sjukskrivningar är en indikation på bristande funktionsförmåga som även skulle kunna påverka välbefinnandet.

2.1.1 Hälsa som välbefinnande

Välbefinnande är enligt Brülde och Tengland (2003, s.237, 240) hälsorelaterat om det finns inre orsaker till tillståndet eller om det på något sätt minskar funktionsförmågan. I huvudsak grundar sig de inre orsakerna på fysiska och psykiska rubbningar, till exempel genom sjukdomar och nedsatt funktionsförmåga. Tillstånd som antyder bristande välbefinnande är att känna sig spänd, dyster, nedstämd, trött, orkeslös, tung i kroppen, utsliten, men också att individen känner kroppslig värk (Brülde & Tengland 2003, s. 238).

Lidande som orsakas av yttre påverkan kan inte betraktas som ohälsa. Exempel på sådan yttre påverkan är förlust av arbetet. Förlust av arbetet kan förvisso bidra till en inre process då individen bearbetar och värderar det faktum att hon är arbetslös. Denna inre process kan dock inte direkt tolkas som ohälsorelaterad då den inre processen, det vill säga individens reaktion på den yttre påverkan betraktas som normal (Brülde & Tengland 2003, s.239-240). Om detta inre tillstånd kvarstår riskerar det dock att leda till handlingsförlamning, således nedsatt funktionsförmåga, vilket innebär sämre hälsa för individen.

2.1.2 Hälsa som funktionsförmåga

Funktionsförmåga är en definition på hälsa. Enligt en övergripande definition av funktionsförmåga anses individens hälsa vara god då hon fungerar väl fysiskt, psykiskt, såväl som socialt. Att en individ fungerar väl betyder att hon klarar av att utföra vissa handlingar under vissa omständigheter. Det finns olika åsikter om vilka dessa handlingar är (Brülde & Tengland 2003, s.195). Vi har valt att tillämpa den definition av funktionsförmåga som beskriver att en individs hälsa delvis är beroende av i vilken grad hon kan leva som människor i allmänhet gör, det vill säga utföra vardagliga sysslor, utföra sitt arbete och bibehålla fungerande sociala relationer (Brülde & Tengland 2003, s.204). Anledningen till vårt val av definition är att den är relevant för den målgrupp vi ska undersöka och ligger i linje med det som föranledde vårt uppdrag för Sotenäs kommun, det vill säga det höga ohälsotalet. Sjukskrivningarna som ligger

bakom ohälsotalet kan utifrån vår valda definition liknas vid en begränsad funktionsförmåga på individnivå.

3. Tidigare forskning

3.1 Ohälsa bland kvinnor

Resultaten från en studie med syftet att undersöka de psykosociala riskfaktorernas påverkan på ohälsa och arbetssjukfrånvaro bland Stockholmskvinnor visade att de avgörande orsakerna till långtidssjukskrivning var stress i arbets- och privatliv, då främst i privatlivet. Arbetsstress definierades som obalans mellan krav och kontroll, medan familjestress definierades som känslomässiga belastningar i äktenskapet. För de kvinnor som upplevde stress både i arbetet och familjen förelåg den största risken för ohälsa och sjukskrivning (Orth-Gomér 2005, s.2298-2299).

En anledning till arbetsstress bland kvinnor kan vara att de i större utsträckning än män har så kallade spända arbeten, med höga psykiska krav och litet beslutsutrymme, det vill säga liten kontroll. En effekt av spända arbeten kan bland annat bli ohälsa relaterad till rörelseorganen (Theorell 2003, s.54).

Spända arbeten har även visat sig leda till psykisk ohälsa bland kvinnor. En studie som genomfördes år 2002 med syftet att kartlägga förekomsten och graden av emotionell utmattning hos kvinnor inom två instanser i offentlig sektor påvisade nämligen en hög nivå av stressrelaterad ohälsa eller närmare bestämt emotionell utmattning. Bland de kvinnor som rapporterade en hög grad av emotionell utmattning kunde fler omgivningsfaktorer i arbetslivet, såsom höga krav, låg kontroll och lågt socialt stöd urskiljas, än hos de kvinnorna med låg grad av emotionell utmattning (Perski et al. 2002, s.2047, 2050).

I samma undersökning påvisades ett samband mellan stor emotionell utmattning, fysisk, psykisk och social trötthet, samt mellan emotionell utmattning och en mängd andra kroppsliga, tankemässiga och emotionella symtom. I den grupp där en hög grad av emotionell utmattning kunde urskiljas fanns en mer omfattande sömnproblematik, trötthet och fler kognitiva restriktioner än i gruppen med låg emotionell utmattning (Perski et al. 2002, s.2050).

Kompletterande belegg för en liknande problematik har fastslagits inom vårddyrken, där majoriteten är kvinnor. Nödvändiga förmågor inom dessa yrken är att vara lyhörd och att ha inlevelseförmåga, vilket kan vara en av de bidragande orsakerna till att psykisk ohälsa, utbrändhet och rörelsebegränsande sjukdomar ökar inom denna yrkesgrupp (Carlstedt & Forssén 2001, s.1932).

Andra psykosociala påverkansfaktorer på hälsan som fastslagits genom forskning är socialt stöd. Bristande socialt stöd har bland annat visat sig vara relaterat till depression, bland såväl män som kvinnor (Robertson et al. 2007, s.2089). I motsats till dessa rön har det påvisats att det finns en association mellan välbefinnande och tillfredsställande emotionellt stöd (Steptoe et al. 2008, s.220).

3.2 Sjukskrivningar bland kvinnor

Kunskap om vad hälsa och ohälsa består i är av vikt då ohälsa riskerar att leda till sjukskrivning (Marmot, Siegrist & Theorell 2006, s.114).

Kvinnor tenderar att löpa större risk att drabbas av långtidssjukskrivning än män. Resultaten från en rad studier visar att kvinnor har en svagare position på arbetsmarknaden än män. Deras arbeten präglas därmed i högre utsträckning än männens av ofördelaktiga fysiska och psykosociala förhållanden. Detta kan vara en förklaring till den högre sjukfrånvaron. En annan förklaring kan vara att en ojämn arbetsuppdelning i hemmet direkt påverkar sjukskrivningen eller att den leder till att många kvinnor väljer att arbeta deltid och därmed blir hänvisade till yrken med sämre arbetsvillkor. Resultatet av de dåliga arbetsvillkoren blir vidare högre sjukskrivningar bland kvinnor än bland män (Riksförsäkringsverket 2001, s.3-8).

I ett flertal studier har ett samband mellan bristande beslutsutrymme på arbetsplatsen och sjukskrivning framgått. Bland kvinnor finns ett tydligt samband mellan bristande socialt stöd från arbetskamrater och chefer i kombination med liten möjlighet att påverka uppläggning och takt på arbetet, samt när arbetsuppgifter ska utföras och sjukskrivning i längre än 60 dagar (Theorell 2003, s.55).

4. Teori

4.1 Psykosociala faktorer

Psykosocial påverkan på individen kan beskrivas som en kombination av individens tankar, känslor och beteenden, i interaktion med dennes sociala och materiella omgivning. Med materiell omgivning menar vi individens fysiska omgivning, såsom till exempel deras arbetsmiljö (Coleman 1990 se Marmot, Siegrist och Theorell 2006, s.100-101).

4.2 Krav/kontroll

En förutsättning för individers hälsa är att de innehar kontroll över sin situation. De individer som har inflytande i såväl arbets- som privatliv tenderar därför att ha god hälsa (Theorell 2003, s.9).

Vi har valt att använda oss av modellen krav/kontroll i vår undersökning av vilka faktorer som påverkar välbefinnandet och funktionsförmågan bland tillsvidareanställda kvinnor i Sotenäs kommun. Denna modell utvecklades av Karasek och Theorell för att åskådliggöra arbetsvillkorens påverkan, det vill säga hur den sociala och fysiska omgivningen på arbetsplatsen påverkar individens beteenden och hälsa (Karasek & Theorell 1990, s.31). Modellen innefattar tre baskomponenter, vilka är fysiska och psykiska krav, kontroll, som numera benämns beslutsutrymme, samt socialt stöd som skapas i individens sociala relationer (Theorell 2003, s.34; Karasek & Theorell 1990, s.63-65).

Begreppet ”beslutsutrymme” (decision latitude) är indelat i två baskomponenter. Den ena baskomponenten benämns som ”auktoritet över beslut” (authority over decisions) och den andra benämns som ”den enskildes kompetens att utöva kontroll över sin situation” (skill discretion) (Theorell 2003, s. 31-32).

Komponenten "Auktoritet över beslut" innehåller vidare två beståndsdelar, vilka benämns "uppgiftskontroll" och "deltagande i beslutsfattande". "Uppgiftskontroll" är relaterad till den kontroll individen har över sitt arbete. Detta innefattar möjligheten att påverka tillvägagångssättet i utförandet av arbetet, när arbetsuppgifterna ska utföras, ordningsföljden på dessa, samt möjligheten att bestämma när paus kan tas. "Deltagande i beslutsfattande" innebär bland annat att individen har möjlighet att påverka sina arbetstider och att denne har möjlighet att ge förslag till förändringar på arbetsplatsen (Theorell 2003, s.31).

Den andra komponenten i beslutsutrymme är "den enskildes kompetens att utöva kontroll över sin situation". Innebörden av komponenten är att den individ som fått möjlighet att utveckla adekvat kompetens på sin arbetsplats kan kontrollera oväntade situationer som uppstår i arbetslivet, det vill säga att hennes beslutsutrymme utvidgas. Denna kompetens har individen delvis tillägnat sig innan hon började på arbetsplatsen, men kompetensen utvecklas även på arbetsplatsen. Detta sker i varierande grad på olika arbetsplatser beroende på vilka möjligheter till utveckling som ges. För att komponenten ska vara hälsofrämjande bör individens kunskaper tillvaratas och utvecklas på arbetsplatsen, så att hon således ges möjlighet att kontrollera sin arbetssituation (Theorell 2003, s.32).

Krav är den andra beståndsdelan i Krav/kontrollmodellen. Det finns få arbetsplatser i dagens samhälle som ställer låga krav. De bör dock vara rimliga för att inte inverka negativt på hälsan. Kraven kan variera mellan olika arbetsplatser beroende på vilka arbetsuppgifterna är och på hur arbetsplatsen är organiserad. Skillnader kan således förekomma inom ett och samma arbetsområde (Theorell 2003, s.35). Vi antar att liknande variationer kan förekomma inom den kommunala verksamheten där vår målgrupp befinner sig. Detta, eftersom olika arbetsuppgifter förekommer inom den kommunala verksamheten, men även på grund av att olika arbetsplatser inom kommunen kan vara organiserade på olika sätt. För att kravnivåerna ska vara rimliga är det vidare av stor vikt att antalet anställda och deras sammanlagda kompetens är tillräcklig för de arbetsuppgifter som ska utföras (Theorell 2003, s.35).

Kraven som ställs på individen kan vara av olika karaktär. De kan vara psykiska och fysiska. Exempel på psykiska krav kan vara antal åtaganden i förhållande till arbetstiden, vilket kan utgöra en psykisk belastning, oro över att förlora arbetet, upplevelsen av bristande färdigheter inom sitt arbetsområde, samt personella konflikter på arbetsplatsen. Exempel på fysiska krav är arbetsbelastning som utgörs av obekväma arbetspositioner, till exempel monotona rörelser som stillasittande arbete framför datorn och tunga lyft (Karasek & Theorell 1990, s.63-64). En arbetsplats som ställer rimliga krav på de anställda, där de anställda har ett stort beslutsutrymme och där det finns socialt stöd i sociala relationerna är därmed hälsofrämjande. På en arbetsplats där orimliga krav ställs, där ett litet beslutsutrymme finns och där det sociala stödet är bristfälligt föreligger en omfattande risk för ohälsa hos de anställda (Theorell 2003, s.37).

4.3 Socialt Stöd

Socialt stöd är ett begrepp av fundamental betydelse inom det hälsofrämjande arbetet. Begreppet uppkom under 1970-talet och nyttjades för att förklara goda sociala relationer mellan individer, grupper och samhällen (Haglund & Svanström 1995, s.114). Sociala relationer i såväl arbets – som privatliv har visat sig vara av stor betydelse för individers hälsa (Stansfeld 2006, s.149, 161). Väl fungerande samspel individer emellan bidrar till välbefinnande och funktionsförmåga hos individer, genom emotionellt -, informativt-, och materiellt stöd (Haglund & Svanström 1995, s.115). Vi antar att socialt stöd kan vara av särskild vikt för arbetan-

de kvinnors hälsa då de utöver yrkesarbetet fortfarande tenderar att inneha huvudansvaret för det obetalda hemarbetet (Theorell 2003, s.54).

Det finns olika typer av socialt stöd. Dessa är de ovan nämnda emotionellt-, informativt- och materiellt stöd. Innebörden av emotionellt socialt stöd är nära och innerliga relationer. Det emotionella stödet är av stor vikt för individen då det bidrar till att stärka självkänslan och till en ökad självuppskattning. Vi undersöker förekomsten av det emotionella stödet av genom att belysa vilka människor som ingår i individens sociala liv, samt dennes upplevelse av kvalitet på de sociala relationerna. Med informativt stöd menas att individen får råd, vägledning och information. Vi har i vår undersökning antagit att det informativa stödet från arbetsgivaren är av vikt i utförandet av arbetsuppgifterna. Definitionen på materiellt stöd är att individen vid behov får hjälp med olika sorters praktiska sysslor, samt annat resurstöd, som till exempel ekonomiskt stöd. I vår undersökning åskådliggör vi graden av materiellt stöd genom att belysa samarbetet kollegor emellan. Sammanfattningsvis antar vi att de olika typerna av stöd kan påvisa olika grader av hälsorelaterat välbefinnande och funktionsförmåga hos de kvinnor vi undersöker (Haglund & Svanström 1995, s.116; Stansfeld 2006, s.149).

Det sociala stödet skapas på olika nivåer med varierande betydelse för individens hälsa. Den första nivån benämns den primära stödnivåstrukturen. Den är av störst vikt för individen och består av familjen och nära vänner. Den sekundära stödnivåstrukturen består av vänner, släktingar, grannar och arbetskamrater. Den tertiära stödnivåstrukturen består av personal i offentliga, privata och ideella verksamheter som individen av olika anledningar och frekvens är i kontakt med (Haglund & Svanström 1995, s.116). Vi menar att vår målgrupp i olika utsträckning berörs av samtliga stödnivåstrukturer.

För att åskådliggöra detta uppmärksammar vi i vår undersökning, bland annat det sociala stödet i arbetslivet. Detta är av stor vikt då socialt stöd i arbetslivet har visat sig förebygga kort-tidssjukskrivning från arbetet, bland kvinnor. Socialt stöd som tillförs av personer på arbetsplatsen kan komma från kollegor och chefer. En aspekt av det sociala stödet från cheferna är att tydlig och konsekvent information till de anställda ges (Stansfeld 2006, s.161).

Det är väl belagt att socialt stöd påverkar hälsan på olika sätt. Det sociala stödet kan dels utgöra en direkt påverkan på hälsan och dels en skyddseffekt, en så kallad bufferteffekt (Stansfeld 2006, s.148-152).

4.3.1 Den direkta effekten av socialt stöd på hälsan

Inverkan av socialt stöd på hälsan kan beskrivas som direkt och indirekt, även kallad bufferteffekt. En aspekt av den direkta effekten av socialt stöd på det hälsorelaterade välbefinnandet, samt förebyggandet av sjukdomar är individens upplevelse av kontroll och hanterbarhet över sin situation och omgivning. Detta bidrar vidare till individens upplevelse av egenvärde och självförtroende (Bisconti & Bergeman 1999 se Stansfeld 2006, s.152).

4.3.2 Skyddseffekten av socialt stöd på hälsan

Socialt stöd har även en skyddseffekt på hälsan. Det sociala stödet kan då bidra till att individen omvärderar en stressad situation, som således blir mer hanterbar eller till och med kan undvikas. Socialt stöd bidrar även till att underlätta för en individ att hantera konsekvenserna av en påfrestande situation, som annars skulle vara skadlig för individens hälsa. Ett exempel på när socialt stöd kan verka som en skyddsfaktor mot ohälsa är när arbetsplatsen ställer orim-

liga krav på individen och socialt stöd från till exempel arbetskollegor tillhandahålls individen (Stansfeld 2006, s.152).

5. Metod

5.1 Kvantitativ metod

Kvantitativ metod innefattar olika tillvägagångssätt för att beskriva och analysera siffror och händelser som betecknas med siffror. Kvantitativ metod innefattar även olika datainsamlings-tekniker för att samla in kvantitativa uppgifter. Metoden i fråga lämpar sig bra för att undersöka hur vanligt förekommande olika företeelser, till exempel attityder är i en grupp, samt när forskaren vill inkludera flera olika områden inom ramarna för undersökningen (Eliasson 2006, s.28-33)

Ett utmärkande drag för kvantitativ forskning är att samband mellan olika begrepp undersöks. Begreppen är således centrala inom den kvantitativa forskningen. Inom denna forskningsgren är den yttersta strävan att hitta orsakssamband, eller kausala samband mellan begreppen (Bryman 1997, s.33).

För att kunna undersöka om det föreligger något samband mellan olika begrepp måste de operationaliseras. Det innebär att betydelsen av begreppen specificeras genom att de bryts ner till observerbara enheter, eller indikatorer. Genom att bryta ner begreppen till observerbara enheter är sannolikheten större att instrumentet mäter adekvata begrepp (Bryman 1997, s.33, 40). Dessa operationaliserade variabler mäts på ett sätt så att det är möjligt att göra uträkningar med dem. Data behöver dock inte enbart bestå av tal, utan även av textsvar där siffror representerar svaren (Johannessen & Tuft 2003, s. 69).

I undersökningar där kvantitativ metod tillämpas, genomförs ibland så kallade totalundersökningar. Dessa undersökningar lämpar sig främst till grupper som inte är alltför stora (Eliasson 2006, s.45).

En metod som tillämpas inom kvantitativ forskning är enkät. Utifrån informationen som framkommer genom svaren på enkätfrågorna gör forskaren kopplingar mellan de olika variablerna som mäts. Genom enkätundersökningar är det således möjligt att urskilja samband mellan olika variabler (Bryman 1997, s.33).

5.2 Urval

Uppdraget som vi tilldelades av Sotenäs kommun innebar att undersöka karaktären på ohälsan bland de 643 tillsvidareanställda kvinnorna i kommunen. Eftersom kommunens målsättning var att kunna påverka förutsättningarna för alla tillsvidareanställda kvinnor ansåg vi att det var av stor vikt att få ett underlag som innefattade så många av kvinnorna som möjligt. Vi antar att ett brett underlag ger kommunen större möjligheter att utforma insatser som är anpassade efter kvinnornas behov. Detta antagande gjorde vi eftersom ett bredare underlag kan påvisa säkrare samband. Vi tog därmed beslutet att genomföra en så kallad totalundersökning, vilket innebar att alla 643 tillsvidareanställda kvinnor skulle delta i undersökningen (Eliasson 2006, s.45).

5.3 Datainsamlingsmetod

5.3.1 Enkät

Som datainsamlingsmetod valde vi enkät. Anledningen till valet är att det genom en enkätundersökning är möjligt att samla in data från många individer under den begränsade tidsperiod vi har. Vi ansåg även att enkät lämpade sig bra då vår målsättning var att se kopplingar mellan många olika faktorer och hälsa (Bryman 1997, s.33; Johannessen & Tufte 2003, s.148).

Utifrån våra centrala begrepp och teorier välbefinnande, funktionsförmåga, krav/kontroll och socialt stöd formulerades enkätfrågorna. Inför vår undersökning hämtade vi de teoretiska begreppen i relevant litteratur. Vid utformningen av enkätfrågorna krävdes en begreppsdefiniering, operationalisering, för att göra begreppen observerbara och mätbara. Detta för att försäkra oss om att vi mätte det vi avsåg att mäta (Bryman 1997, s.40). Enkäten delades därefter in i områdena hälsa, arbetsliv och sociala relationer för att uppnå tydlighet för respondenterna.

Folkhälsosamordnaren och personalchefen hjälpte oss att skicka ut enkätformulären till respondenternas bostäder. Tillsammans med enkäten medsändes även ett följebrev till respondenterna. I följebrevet beskrev vi syftet med undersökningen och övrig information som var väsentlig för respondenterna (Ejlertsson 2005, s.39). Där ombad vi även respondenterna att återsända den ifyllda enkäten i ett frankerat bifogat kuvert till folkhälsosamordnaren i Sotenäs kommun. Anledningen till att frågeformuläret skulle återsändas till folkhälsosamordnaren och inte till personalchefen, var att dennes arbetsuppgifter innebar personalledning. Vi antog därför att respondenterna skulle uppfatta folkhälsosamordnaren som neutralare än personalchefen och därför antog vi att enkätens bortfall skulle kunna minimeras (Ejlertsson 2005, s.33).

5.3.2 Bortfall

Ett externt bortfall innebär att en del av urvalsgruppen väljer att inte delta i undersökningen av olika anledningar. Det är vedertaget att en svarsfrekvens mellan 50 och 75 procent är acceptabel för att resultatet ska kunna generaliseras till undersökningsgruppen. Om svarsfrekvensen blir lägre finns en risk för att den grupp som inte svarat, hade svarat annorlunda än den grupp som faktiskt svarat på enkäten. Resultatet skulle därmed inte bli representativt (Alstad 1993 se Johannessen & Tufte 2003, s.136; Ejlertsson 2005, s.25; Trost & Hultåker 2007, s.137).

För att minska risken för felaktiga slutsatser om gruppen som skall undersökas är det möjligt att vidta vissa åtgärder. Urvalsgruppens storlek är bland annat något som är viktigt för undersökningens tillförlitlighet. Om urvalsgruppen är omfattande är det sannolikt att resultatet motsvarar det resultat som skulle ha framkommit om hela populationen hade undersökts (Johannessen & Tufte 2003, s.136).

För att öka sannolikheten för ett representativt resultat valde vi att inkludera alla 643 kvinnor i den population vi avsåg att undersöka. Således vidtog vi en åtgärd för att minska risken för felaktiga slutsatser. Av kvinnorna som ingick i undersökningen svarade 427 på enkätformuläret vi skickade ut. Detta motsvarar en svarsfrekvens på 66 procent vilket innebär en stor sannolikhet för att resultatet är representativt för den undersökta gruppen.

Ett internt bortfall innebär att respondenterna väljer att inte svara på vissa frågor enkätformuläret. Det kan finnas olika anledningar till ett internt bortfall, till exempel att det inte finns svarsalternativ som passar alla respondenter (Ejlertsson 2005, s.25).

Vi ansåg att det interna bortfallet i vår uppsats var marginellt, då enbart ett fåtal svar saknades på varje fråga. Detta ansåg vi hade föga inverkan på resultatets utfall. Därmed har vi inte diskuterat bortfallet i vår uppsats närmare.

5.3.3 Etiska överväganden

Enkäten vi utformade innehöll inga frågor som kunde anknytas till en specifik individ. Vi gav således respondenterna anonymitet, vilket vi också klargjorde för dem i följebrevet att vi skulle göra. Vi var även tydliga med att klargöra för respondenterna att ett deltagande i undersökningen givetvis var frivilligt (Codex 2009, s.1).

Vi är medvetna om att frågorna 38, 39, 44 och 45 i enkätformuläret kan ha uppfattats som känsliga av respondenterna. Sotenäs kommun hade dock en förfrågan om att inkludera dessa frågor i vår enkätundersökning så att de skulle kunna jämföra svaren från vår undersökning med svaren från en liknande enkätundersökning som nyligen genomförts i kommunen. Därmed avsåg de att kunna styrka svaren i den tidigare undersökningen. Vi ansåg därmed att det var av stor vikt att ställa frågorna trots att de kan ha uppfattats som känsliga.

5.4 Analysmetod

Analysmetoden vi använde oss av var Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) som är ett statistiskt program med vilket data som insamlats vid undersökningar hanteras och analyseras. I programmet registreras de frågor, de variabler, och svarsalternativ som ingår i enkäten. De olika svarsalternativen numreras för att möjliggöra kvantifiering och analys. Därefter sker inmatningen av data i programmet, det vill säga att de svar som har angivits av individer som har besvarat enkäten. Svaren registreras i form av siffror, vilka motsvarar olika svarsalternativ som på förhand har matats in i programmet (Eliasson 2006, s.60-66; Johannessen & Tuft 2002, s. 69) När registreringen av data är genomförd påbörjas analysen. I vår undersökning har vi beslutat oss för att dels redogöra för resultat för enskilda variabler och dels analysera sambandet mellan variabler som anknyter till vårt syfte.

För att genomföra en sambandsanalys har vi använt oss av ett så kallat chi-två-test. Ett chi-två-test (χ^2) är ett test som används för att beskriva samband mellan nominal- och ordinalvariabler. En nominalvariabel är en variabel som inte är möjlig att rangordna. Ett exempel på en nominalvariabel är en fråga där endast ja- och nej alternativ finns. I vår undersökning är frågan "Har du under de senaste 12 månaderna varit sjukskriven?" en sådan variabel. En ordinalvariabel är en variabel där svarsalternativen är möjliga att rangordna utifrån inkodade siffror. Det är dock inte möjligt att uttala sig om avståndet mellan de olika svarsalternativen. Exempel på sådana variabler är frågor som mäter olika attityder. Majoriteten av våra frågor är ordinalvariabler. Ett exempel är frågan "Hur skulle du beskriva ditt vardagliga sociala liv?" (Eliasson 2006, s.38, 96).

Ett chi-två-test är ett test som utgår från att de båda variablerna är oberoende av varandra, det vill säga att chi-två-testet utgår från att den ena variabeln inte påverkar den andra. Vid ett chi-två-test visas tabeller där den faktiska och den förväntade svarsfördelningen mellan två variabler åskådliggörs. Det förväntade värdet visar hur svarsfördelningen skulle se ut om det inte

fanns något samband mellan variablerna. Skillnaden mellan den förväntade och den faktiska svarsfördelningen visar att det finns ett samband mellan variablerna. Ju större skillnad det är mellan dessa desto större är sannolikheten att det existerar ett statistiskt signifikant samband (Eliasson 2006, s.96-97).

En signifikansnivå är gränsen som anger den risk som accepteras för att göra ett felantagande det vill säga risken att det är ett slumpmässigt utfall. Ju lägre signifikansnivå desto mindre är risken att testet blir missvisande. De vedertagna signifikansnivåerna är 5, 1 och 0,1 procent. I vårt test har vi valt att tillämpa signifikansnivån 5 procent, det vill säga $p < 0,05$ (Eliasson 2006, s.112-113).

Vår undersökning är baserad på frågorna 1, 2a, b, 3, 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21,22, 25, 26,27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 41, 42, 43, 46, 47 och 48 i enkätformuläret.

5.5 Metoddiskussion

5.5.1 Validitet/Reliabilitet

Validitet innebär att undersökningen mäter det som den är avsedd att mäta (Eliasson 2006, s.16). Eftersom de data forskaren samlar in för sin undersökning inte är synonyma med verkligheten, utan snarare representationer av den är det av stor vikt att de data som är avsedda att representera verkligheten är relevanta. Det finns olika typer av validitet. Vid en enkätundersökning är begreppsvaliditeten och den yttre validiteten av relevans (Johannessen & Tufte 2003, s.47, 192).

Begreppsvaliditeten är relaterad till sambandet mellan det fenomen som ska undersökas och data. Vid granskning av begreppsvaliditeten analyseras därmed huruvida data representerar det fenomen som ska undersökas eller inte. Av vikt för begreppsvaliditeten är således att begreppen har operationaliserats så att de i hög grad överensstämmer med den företeelse som ska undersökas (Cook & Campbell 1979 se Johannessen & Tufte 2003, s.47- 48).

Den yttre validiteten är relaterad till tillförlitligheten vid generalisering från urvalsgrupp till den population som är avsedd att undersöka. Validiteten är då relaterad till representativiteten i urvalsgruppen. Ytterligare en aspekt av den yttre validiteten är antalet individer i urvalsgruppen som faktiskt deltar i undersökningen. En risk om deltagandet är för lågt är därmed att resultatet inte är representativt för den undersökta gruppen, vilket försämrar den yttre validiteten (Johannessen & Tufte 2003, s.240-241).

Reliabiliteten är relaterad till datas tillförlitlighet. Den är anknuten till data i undersökningen, det vill säga vilken data som inkluderas, hur data insamlas och hur de bearbetas. Ett sätt att mäta en undersöknings reliabilitet är att flera personer undersöker samma företeelse för att se om liknande resultat uppnås (Johannessen & Tufte 2003, s.28-29). Det är av primär vikt för att en undersökning ska ha hög reliabilitet är att liknande resultat kan uppnås när undersökningen upprepas under liknande omständigheter (Eliasson 2006, s.15).

5.5.2 Uppsatsens validitet och reliabilitet

Av de 643 kvinnor som ingick i vår undersökning återsände 427 enkätformuläret vi skickade ut. Detta utgjorde en svarsfrekvens på 66 procent av den undersökta gruppen. Vi bedömer att vår svarsfrekvens är hög då en svarsfrekvens på större än 50 procent av den undersökta gruppen

pen kan betraktas som rimlig i de fall då forskaren gjort ett urval av undersökningspopulationen (Alstad 1993 se Johannessen & Tufte 2003, s.136). Våra siffror kan betraktas som ännu starkare då de svarande utgör 66 procent av den totala populationen. Detta är indikation på yttre validitet.

Det finns dock en risk att den andel som svarat på enkäten inte representerar de kvinnor som valt att inte svara. En risk är att den andel kvinnor som inte svarat upplever en lägre grad av hälsa och har fler påverkansfaktorer på hälsan än de som valde att delta i undersökningen. Om detta är fallet skulle den yttre validiteten riskera att bli lägre (Johannessen & Tufte 2003, s.240-241). Vi menar dock att vår svarsfrekvens borde vara tillräcklig för att få ett representativt resultat.

På en del frågor i enkäten hade respondenterna utvecklat sina svar vid sidan om frågan, trots att vi inte hade uppmanat dem att göra det. På så sätt kunde vi se att vissa frågor borde ha haft följdfrågor där respondenten själv hade kunnat utveckla sina tankar (Ejlertsson 2005, s.52).

Vi har även uppmärksammat att vissa av frågorna i enkäten har brister. En sådan är att vissa frågor inte har ett svarsalternativ som passar alla respondenterna. Innan en del frågor saknas uppmaningar om att gå vidare till nästkommande fråga, då frågan inte var relevant för respondenten. På frågan ”Hur upplever du fördelningen av de praktiska vardagssysslorna i hushållet mellan dig och dina familjemedlemmar?” förutsätter vi att respondenterna bor tillsammans med sin familj, vilket kan ha påverkat utfallet på denna fråga. Alternativet till alla frågor var således inte uttömmande, vilket är en förutsättning för att alla respondenter ska kunna svara (Ejlertsson 2005, s.74).

Vidare har vi uppmärksammat att några frågor saknar precisa tidsangivelser, vilket ger utrymme för respondenternas tolkning och försvårar därmed vår egen tolkning (Ejlertsson 2005, s.54).

Det finns vidare en risk att respondenterna svarat i enlighet med vad de antar är socialt önskvärt på vissa frågor. Några exempel på frågor där under- och överrapportering kan ha förekommit är frågorna som är relaterade till kvinnornas hälsa, som till exempel frågan angående den kroppsliga hälsan. Anledningen till våra reflektioner kring frågor som eventuellt kan ha fått socialt önskvärda svar är att vi i följebrevet beskrev att vi studerar till Hälsovetare, samt även att vi fått i uppdrag av Sotenäs kommun att undersöka hälsan, vilket kan ha bidragit till att kvinnorna ha känt sig kontrollerade av sin arbetsgivare (Ejlertsson 2005, s. 70). Sådana frågor skulle kunna leda till en lägre reliabilitet.

Frågorna kring det hälsorelaterade välbefinnandet, det vill säga frågorna om kvinnorna känt sig spända, utslitna, nedstämda och dystra, samt om de känner sig oroliga hänvisar en månad tillbaka i tiden. Om vi ska ställa oss självkritiska till denna tidsram skulle vi kunna se att den är en aning snäv och kan därmed innefatta svar som antyder tillfälliga sinnessillstånd hos kvinnorna. Vi ansåg dock att det var av stor vikt att få en så aktuell kartläggning av hälsan som möjligt. Med avseende på minnesfaktorn blir svaren dessutom mer tillförlitliga ju kortare tidsperiod som anges. När det gäller händelser som har större inverkan på individens liv är inte minnesfaktorn av samma relevans. Därmed ansåg vi att vi kunde ange en bredare tidsram i frågan om kvinnorna hade varit sjukskrivna under de senaste 12 månaderna (Ejlertsson 2005, s.66).

Vi har även uppmärksammat att frågan ”Hur upplever du ditt psykiska välbefinnande?” kan framstå som svårtolkad och kan ha uppfattats som en fråga kring psykisk instabilitet, snarare än välbefinnande. Denna fråga skulle kunna ha operationaliserats, det vill säga ha brutits ner till observerbara enheter, vilket skulle ha kunnat öka begreppsvaliditeten på denna fråga (Cook & Campbell 1979 se Johannessen & Tufte 2003, s.47- 48). En indikation på att frågan hade brister skulle kunna vara att det stora flertalet uppgav att deras psykiska välbefinnande var ”Mycket bra” eller ”bra”, vilket innebär en skillnad i svarsfördelning mellan denna fråga och de operationaliserade frågorna kring välbefinnande, till exempel frågan om oro och nedstämdhet.

6. Resultat

I resultatet redovisar vi hur kvinnorna upplever sin hälsa, samt hur psykosociala faktorer i arbets- och privatliv påverkar hälsan.

6.1 Kvinnornas upplevda hälsa

Av de 422 kvinnorna som svarade på frågan om hur de upplever sin hälsa, angav 77 procent att deras hälsa var ”Bra” eller ”Mycket bra”. Endast 26 kvinnor, det vill säga 6 procent menade att deras hälsa var ”Dålig” eller ”Mycket dålig”.

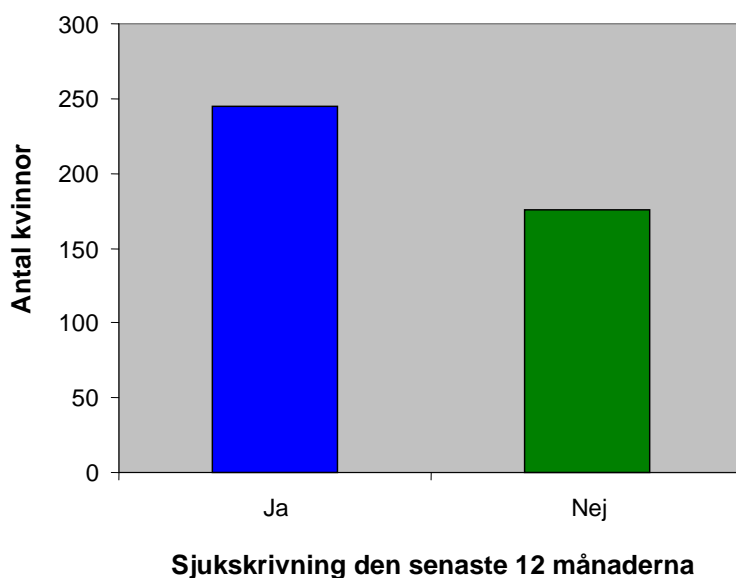


Diagram 1.1 Antalet tillsvidareanställda kvinnor i Sotenäs kommun som hade varit sjukskrivna resp. inte sjukskrivna under de senaste 12 månaderna.

På frågan om kvinnorna hade varit sjukskrivna från arbetet någon gång under de senaste 12 månaderna svarade 58 procent av de 421 kvinnorna att de hade varit sjukskrivna.

Av de 243 kvinnorna som uppgav att de hade varit sjukskrivna de senaste 12 månaderna hade 67 procent av kvinnorna varit sjukskrivna i 1-14 dagar. Omkring 33 procent av kvinnorna hade således varit sjukskrivna i 15 dagar eller längre tid. 12 procent, 30 kvinnor hade under det senaste året varit sjukskrivna i mer än 60 dagar.

422 kvinnor svarade på frågan om upplevd kroppslig hälsa. 54 procent av dessa uppgav att den var "Bra" och 17 procent att den var "Mycket bra". 9 procent av kvinnorna, vilket motsvarar 37, ansåg att deras kroppsliga hälsa var "Dålig" eller "Mycket dålig".

Majoriteten, det vill säga 80 procent av 423 kvinnor ansåg inte att de hade blivit hindrade att utföra sitt arbete eller sina vardagliga sysslor på grund av den kroppsliga hälsan. 19 procent, motsvarande 80 kvinnor svarade däremot att deras kroppsliga hälsa hade hindrat dem att utföra deras arbete eller vardagliga sysslor.

På frågan om respondenterna anser att de sover tillräckligt många timmar för att klara av vardagens sysslor angav 80 procent av 418 kvinnor att de får tillräckligt med sömn. 20 procent, det vill säga 82 kvinnor ansåg att antalet sömntimmar var otillräckliga för att klara vardagens sysslor.

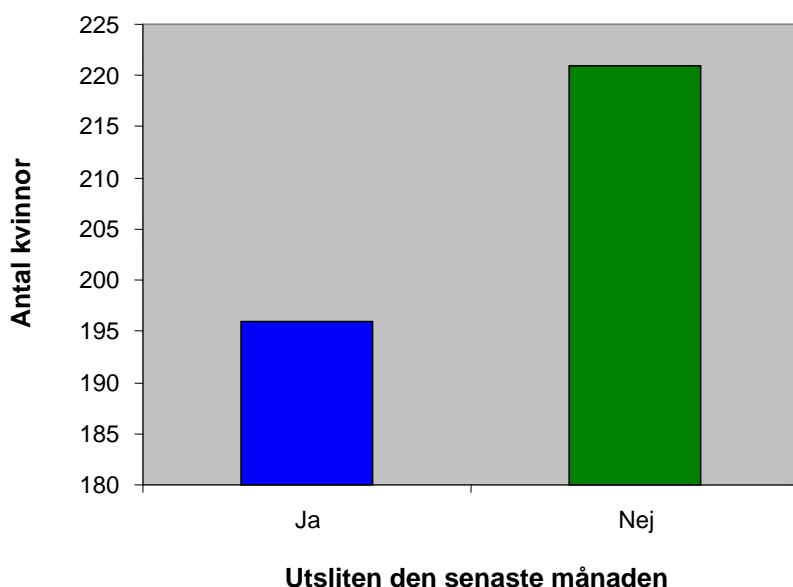


Diagram 1.2 Antal tillsvidareanställda kvinnor i Sotenäs kommun som uppger att de har känt sig utslitna resp. inte utslitna under den senaste månaden.

47 procent av de 417 kvinnorna som svarade på frågan om de hade känt sig utslitna under den senaste månaden svarade att de hade varit utslitna.

40 procent av de 417 respondenterna som svarat på frågan om i vilken grad de hade känt sig spända under den senaste månaden hade angivit en "Hög" eller "Mycket hög grad" av anspänning.

På frågan om upplevelsen av oro under den senaste månaden angav 32 procent av de 418 svarande respondenterna en "Hög" eller "Mycket hög" grad av oro. Detta utgör således cirka en tredjedel av de 418 kvinnorna.

Av de 417 kvinnor som svarat på frågan om graden av nedstämd- och dysterhet under den senaste månaden angav drygt 23 procent, vilket motsvarar 99 kvinnor att de upplevt en ”Hög” eller ”Mycket hög” grad av nedstämd- och dysterhet.

Av de 418 respondenterna som svarade på frågan om upplevelsen av psykiskt välbefinnande angav drygt 76 procent att de hade ett ”Bra” eller ”Mycket bra” psykiskt välbefinnande. 19 procent, vilket motsvarar 81 kvinnor angav svaret ”Varken bra eller dåligt”. När det gäller frågan om kvinnorna anser sig ha hindrats att utföra sina vardagliga sysslor på grund av sin psykiska hälsa angav 94 procent av de 418 kvinnorna svarsalternativet ”Nej”.

6.2 Påverkan av psykosociala faktorer i arbetslivet på hälsan

77 av de 190 kvinnor vilka hade känt sig utslitna under den senaste månaden angav att de inte hinner utföra sina arbetsuppgifter under ordinarie arbetstid. Detta är fler än de förväntade testvärdet. Därmed åskådliggjordes ett statistiskt signifikant samband ($p < 0,05$) mellan upplevelsen av att hinna utföra sina arbetsuppgifter under ordinarie arbetstid och att ha känt sig utsliten under den senaste månaden. En bidragande faktor till att dessa kvinnor känner sig utslitna skulle således kunna vara att de inte hinner utföra sina arbetsuppgifter under ordinarie arbetstid.

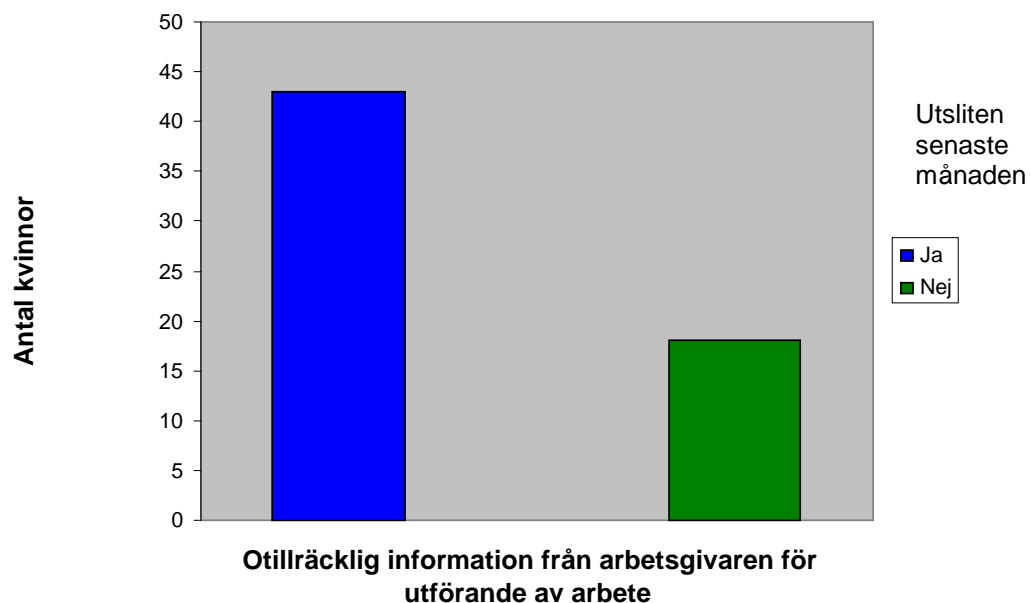


Diagram 1.3 Antalet tillsvidareanställda kvinnor i Sotenäs kommun som har mottagit otillräcklig information från arbetsgivaren för att kunna utföra sina arbetsuppgifter och uppgivit att de har varit resp. inte har varit utslitna under den senaste månaden.

43 av de 61 kvinnor som uppgivit att de hade fått otillräcklig information från arbetsgivaren för att kunna utföra sina arbetsuppgifter svarade att de hade varit utslitna under den senaste månaden. Dessa kvinnor var fler än förväntat. Skillnaderna mellan de faktiska och de förväntade värdena indikerar ett statistiskt signifikant samband mellan uppfattningen av tillräcklig information från arbetsgivaren för att kunna utföra sina arbetsuppgifter och upplevelsen av att vara utsliten ($p < 0,05$). Testet påvisade att otillräcklig information från arbetsgivaren för att kunna utföra sina arbetsuppgifter skulle kunna vara en av orsakerna till att kvinnorna känner sig utslitna.

Av de 237 kvinnorna som hade varit sjukskrivna under de senaste 12 månaderna, uppgav 56 procent, det vill säga 134 kvinnor, att de hade varit utslitna under den senaste månaden. Dessa 134 kvinnorna utgjorde ett större antal än förväntat. De 103 kvinnor som uppgav att de hade varit sjukskrivna, men inte hade känt sig utslitna utgjorde ett mindre antal än förväntat. Ett statistiskt signifikant samband ($p < 0,05$) mellan att ha känt sig utsliten under den senaste månaden och sjukskrivning under de senaste 12 månaderna åskådliggjordes således. De visade sig därmed att utslitenhet skulle kunna vara en av orsakerna till sjukskrivning.

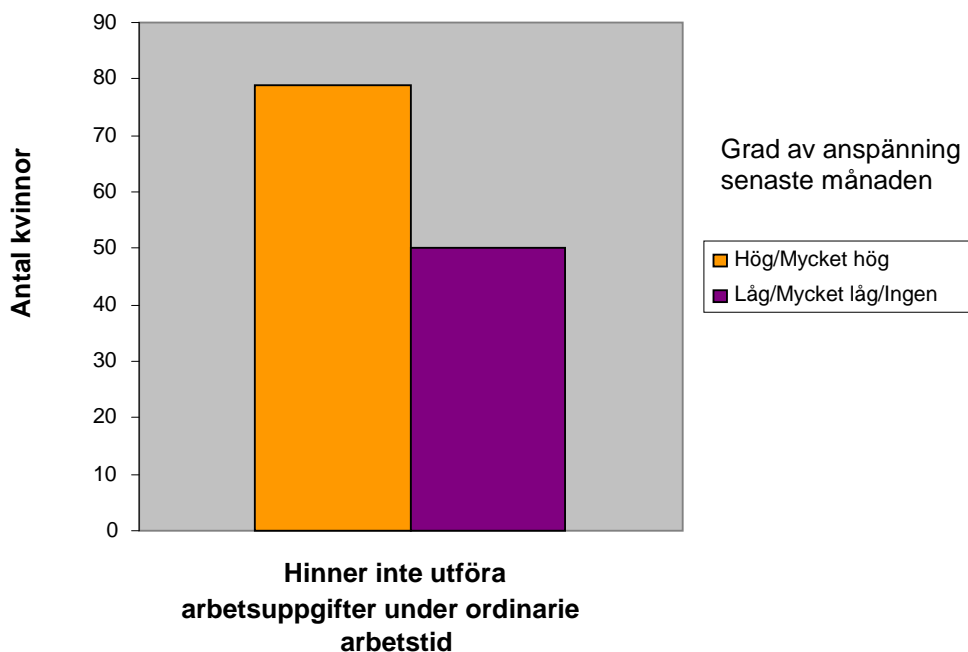


Diagram 1.4 Antal anställda kvinnor i Sotenäs kommun som inte hinner utföra sina arbetsuppgifter under ordinarie arbetstid och som upplever en hög resp. låg grad av anspänning under den senaste månaden.

79 av de 129 kvinnor som uppgav att de inte hinner utföra sina arbetsuppgifter under ordinarie arbetstid hade känt sig spända i "Hög" eller "Mycket hög" grad under den senaste månaden. Detta var fler än det förväntade antalet. Genom analysen var det således möjligt att fastslå ett statistiskt signifikant samband, ($p < 0,05$) mellan grad av anspänning under den senaste månaden och upplevelsen av att hinna utföra sina arbetsuppgifter under ordinarie arbetstid. Det visade sig därmed att inte hinna utföra sina arbetsuppgifter under ordinarie arbetstid skulle kunna vara en orsak till en hög grad av anspänning.

Det gick att urskilja ett statistiskt signifikant samband ($p < 0,05$) mellan upplevelsen av möjligheter till utveckling inom arbetet och grad av anspänning under den senaste månaden. 60 av de 179 kvinnor som angav "Hög" eller "Mycket hög" grad av anspänning uppgav även "Små" eller "Mycket små" möjligheter till utveckling inom arbetet. Detta antal kvinnor var fler än det förväntade antalet. Det visade sig därmed att en tredjedel av de kvinnor som hade begränsade utvecklingsmöjligheter upplevde en hög grad av anspänning. Begränsade utvecklingsmöjligheter skulle således kunna vara en av orsakerna till att kvinnorna känner sig spända.

66 procent av de kvinnor, vilket motsvarar 115 kvinnor, som uppgav en "Hög" eller "Mycket Hög" grad av anspänning under den senaste månaden hade varit sjukskrivna någon gång under de senaste 12 månaderna. Dessa 115 kvinnor var fler än det förväntade antalet. Undersök-

ningen påvisade således ett statistiskt signifikant samband ($p < 0,05$) mellan grad av anspänning under den senaste månaden och sjukskrivning under de senaste 12 månaderna. Undersökningen visade därmed att en hög grad av anspänning hos kvinnorna skulle kunna vara en av orsakerna till kvinnornas sjukskrivning.

Av de 80 kvinnorna som uppgav att deras sömntimmar var otillräckliga för att klara av vardagens sysslor svarade 42 kvinnor att de inte hinner utföra sina arbetsuppgifter under ordinarie arbetstid. Testet visar att dessa 42 kvinnor var fler än förväntat. Det existerar således ett statistiskt signifikant samband ($p < 0,05$) mellan att hinna utföra sina arbetsuppgifter under ordinarie arbetstid och att sova tillräckligt många timmar för att klara vardagens sysslor och att hinna utföra sina arbetsuppgifter. Att kvinnorna inte hinner utföra sina arbetsuppgifter under ordinarie arbetstid skulle således kunna vara en förklaring till att de sover för få timmar för att klara av sin vardag.

9 av 17 kvinnor angav en "Hög" eller "Mycket hög" grad av oro och att de inte sover tillräckligt många timmar för att klara av vardagens sysslor. Detta var fler än förväntat. Det är däremot färre kvinnor än förväntat som uppgivit en "Hög" eller "Mycket hög" grad av anspänning och att de sover tillräckligt många timmar. Detta påvisar ett statistiskt signifikant samband ($p < 0,05$) mellan graden av oro och upplevelsen av tillräckligt antal sömntimmar för att klara av vardagens sysslor. Oro hos kvinnorna skulle kunna vara en av förklaringarna till att kvinnorna inte sover tillräckligt många timmar för att klara av vardagen krav.

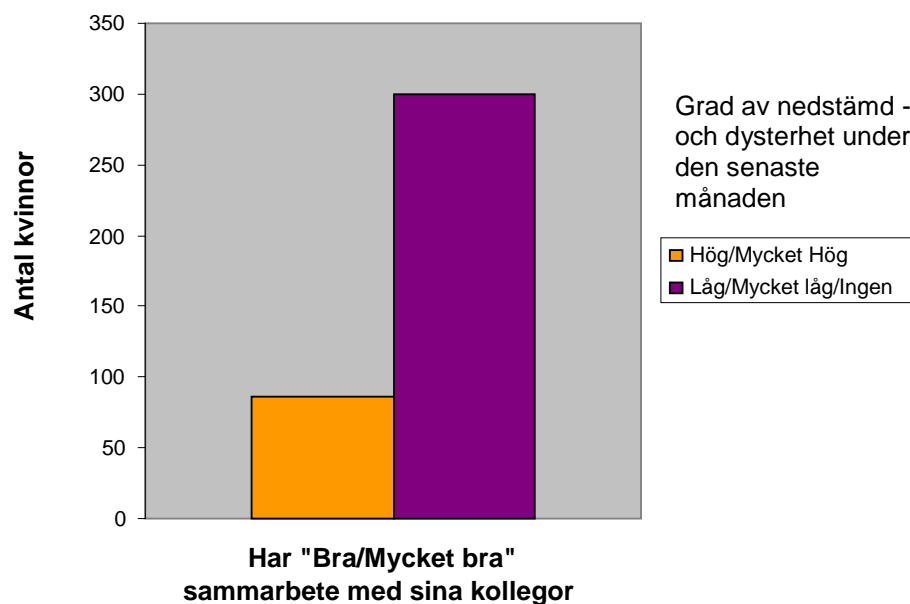


Diagram 1.5 Antal tillsvidareanställda kvinnor i Sotenäs kommun som angivit en hög resp. låg grad av dyster- och nedstämdhet under den senaste månaden och har ett bra samarbete med sina arbetskollegor.

Av de 386 kvinnorna som uppgav att de hade ett "Bra" eller "Mycket bra" samarbete med sina kollegor svarade 300 att de hade upplevt en "Låg", "Mycket låg" eller "Ingen" grad av nedstämd- och dysterhet under den senaste månaden. Fler kvinnor än förväntat uppgav denna svarskombination. Det existerade således ett statistiskt signifikant samband ($p < 0,05$) mellan grad av dyster- och nedstämdhet och samarbete mellan arbetskollegorna. Av undersökningen framkom följaktligen att ett fungerande samarbete mellan kollegorna skulle kunna vara en av förklaringarna till att kvinnorna inte känner sig nedstämda och dystra.

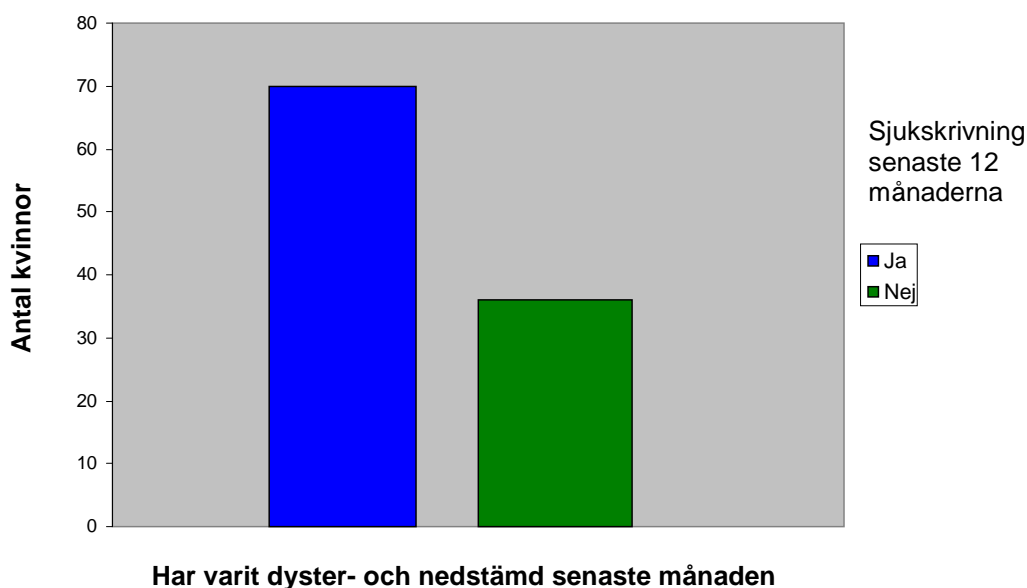


Diagram 1.6 Antal tillsvidareanställda kvinnor i Sotenäs kommun som har varit dystra och nedstämda under den senaste månaden, samt har varit sjukskrivna under de senaste 12 månaderna.

Av de 243 kvinnor som uppgivit att de har varit sjukskrivna under de senaste 12 månaderna angav 70 att de hade upplevt en "Hög" eller "Mycket hög" grad av nedstämd- eller dysterhet den senaste månaden. Dessa 70 kvinnor är fler än det förväntade värdet testet räknade ut. Ett statistiskt signifikant samband ($p < 0,05$) åskådliggjordes därmed mellan sjukskrivning under de senaste 12 månaderna och dyster- och nedstämdhet bland kvinnorna under den senaste månaden. Sjukskrivning skulle kunna vara en av orsakerna till nedstämd- och dysterhet.

27 av de 37 kvinnor som uppger att de har "Dålig" eller "Mycket dålig" kroppslig hälsa anser även att den kroppsliga hälsan har hindrat dem i utförandet av arbetet och de vardagliga sysslorna. Detta är fler kvinnor än den förväntade svarsfrekvensen och visar därmed ett statistiskt signifikant samband ($p < 0,05$) mellan upplevelsen av kroppslig hälsa och om den kroppsliga hälsan hindrat kvinnorna att utföra sina vardagliga sysslor eller sitt arbete. En låg grad av kroppslig hälsa skulle kunna vara en av orsakerna till att dessa kvinnor hindras att utföra sitt arbete och sina vardagliga sysslor.

Av de 37 kvinnor som uppgav en "Dålig" eller "Mycket dålig" kroppslig hälsa hade 26 varit sjukskrivna under de senaste 12 månaderna. Det var fler kvinnor än förväntat som angav detta svar. Av de kvinnor som angivit att deras hälsa är "Bra" eller "Mycket bra" var det fler än förväntat som svarade att de inte hade varit sjukskrivna under de senaste månaderna. Dessa resultat påvisar således ett statistiskt signifikant samband ($p < 0,05$). En låg grad av kroppslig hälsa skulle kunna vara en av de bidragande faktorerna till sjukskrivning bland kvinnorna.

6.3 Påverkan av psykosociala faktorer i privatlivet på hälsan

Av de 277 kvinnor som uppgav ett "Bra" eller "Mycket bra" känslomässigt stöd från sina vänner var det inte någon som uppgav att de känt oro under den senaste månaden. Detta var färre än det förväntade värdet. Av de 24 kvinnor som ansåg att det känslomässiga stödet från vännerna var "Dåligt" eller "Mycket dåligt" hade däremot 17 kvinnor upplevt en "Hög" eller "Mycket hög" grad av oro under den senaste månaden, vilket var fler än det uppskattade test-

värdet. Genom analysen var det därmed möjligt att urskilja ett statistiskt signifikant samband ($p < 0,05$) mellan upplevelsen av känslomässigt stöd från vänner och grad av oro bland kvinnorna. Ett tillfredsställande känslomässigt stöd från vännerna visade sig i denna undersökning vara relaterat till en låg grad av oro, samtidigt som avsaknaden av känslomässigt stöd visade sig vara förknippat med en hög grad av oro.

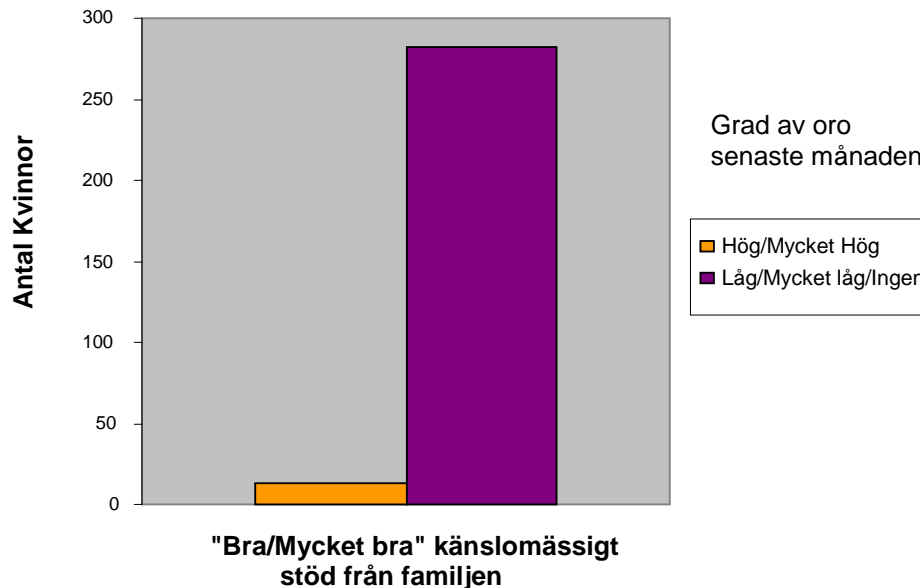


Diagram 1.7 Antal tillsvidareanställda kvinnor i Sotenäs kommun som angivit en hög respektive låg grad av oro den senaste månaden och har ett "bra/Mycket bra" känslomässigt stöd från familjen.

Av de 295 kvinnor som uppgav ett "Mycket bra" eller "Bra" känslomässigt stöd från familjen angav 282 "Låg", "Mycket låg" eller "Ingen" grad av oro under den senaste månaden, vilket var fler än det förväntade antalet. Skillnaden mellan det faktiska och det förväntade antalet indikerar ett statistiskt signifikant samband ($p < 0,05$) mellan upplevelsen av känslomässigt stöd från familjen och grad av oro. Ett tillfredsställande känslomässigt stöd från familjen skulle således kunna vara en bidragande faktor till en låg grad av oro bland kvinnorna.

Av de 348 kvinnorna som anser att deras sociala liv är "Bra" eller "Mycket bra" uppgav 289 kvinnor att deras psykiska välbefinnande är "Bra" eller "Mycket bra". Detta var fler än det antal som hade beräknats av testet. Ett statistiskt signifikant samband ($p < 0,05$) kan därmed utläsas mellan kvinnornas sociala liv och deras psykiska välbefinnande. Detta antyder att det ett tillfredsställande socialt liv skulle kunna vara en av de bidragande faktorerna till ett bra psykiskt välbefinnande bland kvinnorna.

Bland de 362 kvinnor som uppgav att de träffar sin familj eller nära vänner "Ofta" eller "Mycket ofta" anger 291 att de har ett "Bra" eller "Mycket bra" psykiskt välbefinnande. Dessa 291 kvinnor utgör ett större antal än antalet som beräknades av testet, vilket visar på ett statistiskt signifikant samband. En bidragande faktor till en hög grad av psykiskt välbefinnande skulle kunna vara att kvinnorna träffar sin familj eller nära vänner ofta.

Genom testerna kunde ett statistiskt signifikant samband ($p < 0,05$) mellan grad av nedstämd- och dysterhet samt hur ofta kvinnorna träffar familj och vänner fastslås. Detta samband kunde urskiljas genom de skillnader mellan faktiska och förväntade värdena som fanns. Av de 362 kvinnor som uppgav att de träffar sin familj eller sina nära vänner "Ofta" eller "Mycket ofta"

angav 280 kvinnor en "Låg", "Mycket låg" eller "Ingen" grad av nedstämd – och dysterhet. Dessa 280 kvinnor utgjorde ett större antal än det förväntade värdet som framkom. Att träffa sin familj eller sina nära vänner ofta skulle kunna vara en förklaring till en låg grad av nedstämd- och dysterhet.

Fördelningen av de 277 kvinnorna i kategorin upplevelse av "Bra" eller "Mycket bra" känslomässigt stöd från vännerna och grad av anspänning skiljde sig från den förväntade fördelningen. Detta åskådliggjordes då 229 kvinnor, vilket var fler än förväntat, angav en "Låg" eller "Mycket låg" grad av anspänning och färre än förväntat angav en "Hög" eller "Mycket hög" anspänning. Därigenom kan ett statistiskt signifikant samband ($p < 0,05$) utläsas. Känslomässigt stöd från vänner skulle således kunna vara en bidragande faktor till att dessa kvinnor har en lägre grad av anspänning.

Ett liknande statistiskt signifikant ($p < 0,05$) påvisades mellan upplevelsen av känslomässigt stöd från familjen och grad av anspänning. Bland dem som uppgav ett "Bra" eller "Mycket Bra" känslomässigt stöd från familjen var det 246 av 411 kvinnor som ansåg att de hade en "Låg", "Mycket låg" eller "Ingen" grad av anspänning. Dessa 246 kvinnor utgjorde en större grupp än förväntat. Ett tillfredsställande känslomässigt stöd från familj skulle därmed kunna bidra till en lägre grad av anspänning bland kvinnorna.

284 kvinnor hade svarat att fördelningen av praktiska vardagssysslor i hushållet mellan dem själva och deras familjemedlemmar var "Bra" eller "Mycket bra". Av dessa kvinnor hade 186 kvinnor upplevt en "Låg", "Mycket låg" eller "Ingen" grad av anspänning under den senaste månaden, vilket var fler än det förväntade antalet. Därigenom synliggjordes ett statistiskt signifikant samband ($p < 0,05$) mellan fördelningen av praktiska vardagssysslor i hushållet mellan kvinnorna deras familjemedlemmar och graden av anspänning under senaste månaden. En jämn fördelning av de praktiska vardagssysslorna i hushållet skulle därmed kunna vara en av förklaringarna till en låg grad av anspänning bland dessa kvinnor.

257 kvinnor svarade att deras vardagliga sociala liv var "Bra" eller "Mycket bra". Samtidigt svarade 254 av dessa kvinnor att de upplevde en "Låg", "Mycket Låg" eller "Ingen grad" grad av oro. Detta antal var fler än det förväntade antalet, vilket innebär ett statistiskt signifikant samband ($p < 0,05$) mellan upplevelsen av det vardagliga sociala livet och oro. Bland dessa kvinnor skulle ett tillfredsställande vardagligt socialt liv kunna vara en bidragande faktor till låg grad av oro.

7. Diskussion

7.1 Resultatdiskussion

7.1.1 Hur ser hälsan ut bland de tillsvidareanställda kvinnorna i Sotenäs kommun?

När det gäller karaktären på hälsan bland de tillsvidareanställda kvinnorna i Sotenäs kommun uppgav cirka hälften att de hade känt sig utslitna under den senaste månaden. Vidare angav cirka hälften av kvinnorna att de känner sig spända. Dessa tillstånd hos kvinnorna kan vara indikationer på ett lågt hälsorelaterat välbefinnande (Brülde & Tengland 2003, s.238). Drygt hälften av de kvinnor som hade varit sjukskrivna under de senaste 12 månaderna upplevde även att de hade varit utslitna. Detta skulle kunna antyda en bristande funktionsförmåga då sjukskrivningen indikerar att kvinnorna inte kan utföra de vardagssysslor som människor i

allmänhet kan, vilket i detta fall betyder att kvinnorna inte kan arbeta, men även att de troligtvis är begränsade i privatlivet till följd av sjukskrivningen (Brülde & Tengland 2003, s.204). Vidare uppgav en tredjedel av kvinnorna i undersökningen att de känner oro och en fjärdedel av kvinnorna upplever nedstämd- och dysterhet. Tidigare forskning visar på att dessa tillstånd är relaterade till individens välbefinnande (Brülde & Tengland 2003, s.238). Tänkbara förklaringar till att kvinnorna i Sotenäs kommun upplever nedstämd - dysterhet – och oro är att majoriteten arbetar inom arbeten av en karaktär som ställer höga krav på lyhördhet och inlevelseförmåga. Dessa krav har nämligen visat sig vara orsaker till psykisk ohälsa bland kvinnor som är anställda inom vårddyrken (Carlstedt & Forssén 2001, s.1932). Vidare påvisar forskningen att ett bristfälligt socialt stöd kan leda till långvarig depression (Robertson et al. 2007, s.2089). Således skulle ett bristande socialt stöd kunna vara en av orsakerna till att stor andel av kvinnorna i Sotenäs kommun är nedstämda, dystra och känner oro.

Det stora flertalet av kvinnorna ansåg att deras kroppsliga hälsa var bra och de flesta av dessa ansåg inte heller att de hade hindrats att utföra sitt arbete eller sina vardagliga sysslor till följd av sin hälsa. Vidare ansåg majoriteten av kvinnorna att de sover tillräckligt för klara vardagens sysslor. Dessa resultat skulle kunna implicera en god funktionsförmåga, då en del av funktionsförmågan är att fungera väl fysiskt och att kunna utföra de sysslor som människor i allmänhet klarar, såsom till exempel att arbeta och klara av vardagliga sysslor (Brülde & Tengland 2003, s.238). En studie som har kartlagt den emotionella utmattningen bland kvinnor inom offentlig sektor påvisade bland annat att det fanns ett samband mellan emotionell utmattning, kroppsliga symtom och en sömnproblematik (Perski et al. 2002, s.2050). Bland kvinnorna i Sotenäs kommun förefaller inte den kroppsliga hälsan och sömnen, som är delar av den emotionella utmattningen, vara de främsta orsakerna till ohälsa bland kvinnorna. Vi har däremot erhållit resultat som skulle kunna vara indikationer på den tankemässiga och den emotionella aspekten av emotionell utmattning. Dessa indikationer är att en del av kvinnorna upplever att de är utslitna, spända, nedstämda och dystra, samt oroliga.

Dock visade vår studie ett samband mellan en låg grad av kroppslig hälsa och sjukskrivning. Theorell (2003, s.54) menar att arbeten som karaktäriseras av höga psykiska krav och ett litet beslutsutrymme kan leda till ohälsa relaterat till rörelseorganen. Detta skulle kunna vara en av orsakerna till dessa kvinnors dåliga kroppsliga hälsa och därmed till deras sjukskrivning.

7.1.2 Hur påverkas hälsan av krav/kontroll och socialt stöd i kvinnornas arbetsliv?

De kvinnor som uppgivit att de inte hinner utföra sina arbetsuppgifter under ordinarie arbetstid visade sig vara utslitna i stor utsträckning. Kvinnorna som inte hinner utföra sina arbetsuppgifter under ordinarie arbetstid upplever även att de har varit spända i hög grad. Dessa resultat skulle kunna tyda på att upplevelsen av att inte hinna klart med sina arbetsuppgifter under ordinarie arbetstid uppfattas som ett stort psykiskt krav vilket skulle kunna påverka dessa kvinnors hälsa, genom lägre välbefinnande (Karasek & Theorell 1990, s.63-64).

Genom undersökningen påvisades även att otillräcklig information från arbetsgivaren för att kunna utföra sina arbetsuppgifter skulle kunna vara en orsak till att kvinnorna i Sotenäs kommun känner sig utslitna. När kvinnorna inte ges tillräcklig information från sin arbetsgivare finns risken att de upplever att de saknar möjligheten att kontrollera sina arbetsuppgifter. Detta innebär att kvinnornas ”uppgiftskontroll” riskerar att bli begränsad, vilket i detta fall skulle kunna betyda minskade möjligheter att påverka arbetsuppgifterna när det inte finns tillräckligt med information för att kunna utföra dem och därmed inte heller för att påverka utförandet av dem. ”Uppgiftskontrollen” är del av individens ”beslutsutrymme” i arbetslivet och skulle

kunna vara en av förutsättningarna för att dessa kvinnor ska känna sig mindre utslitna (Theorell 2003, s.31).

Att få tillgång till relevant information från cheferna för att kunna utföra sina arbetsuppgifter skulle även kunna ses som en aspekt av det sociala stödet på arbetsplatsen, där vikten av tydlig och konsekvent information från cheferna är stor. Detta stöd har visat sig vara av stor vikt för att förebygga korttidssjukskrivningar (Stansfeld 2006, s.161). Otillräckligt informativt stöd från cheferna skulle därmed kunna vara en av anledningarna till sjukskrivningarna även i Sotenäs kommun, då det verkade vara en av orsakerna till att kvinnorna känner sig utslitna, vilket vidare framstod som en tänkbar förklaring till sjukskrivning bland kvinnorna. I vår undersökning har vi därmed antagit att det informativa stödet från cheferna är av stor vikt för att bibehålla hälsan och förebygga sjukskrivningar bland kvinnorna.

Vårt resultat visade att en av anledningarna till att kvinnorna upplevde en hög grad av anspänning skulle kunna vara bristande utvecklingsmöjligheter inom arbetet. Det är därmed av vikt att kvinnorna ges möjlighet till utveckling inom arbetet då den ökade kompetensen bidrar till bättre förutsättningar att kontrollera oväntade situationer som uppstår i arbetslivet, vilket betyder att deras "beslutsutrymme" utökas. Ett större beslutsutrymme skulle kunna bidra till att kvinnorna i Sotenäs kommun upplever en mindre anspänning (Theorell 2003, s.32).

I vår undersökning framkom resultat som visade att ett bra samarbete med kollegorna skulle kunna bidra till en lägre grad av nedstämd- och dysterhet bland kvinnorna. Genom tidigare forskning har det framkommit att anställda kvinnor inom den offentliga sektorn som upplever emotionell utmattning uppvisar en rad symtom, bland annat emotionellt symtom. När vi tolkar vår undersökning i ljuset av den föreliggande studien antar vi att ett sådant emotionellt symtom kan vara nedstämd- och dysterhet. I samma studie framkom även ett samband mellan lågt socialt stöd och emotionell utmattning (Perski et al.2002, s s.2047, 2050). Paralleller till vår studie kan därmed dras, då ett bra socialt stöd i form av ett fungerande samarbete med arbetskollegorna kan kopplas till en låg grad av nedstämd- och dysterhet bland dessa kvinnor. Det finns därmed skäl att tro att samarbetet med arbetskollegorna skulle kunna förebygga vissa emotionella symtom, såsom till exempel nedstämd- och dysterhet.

Det stora flertalet av kvinnorna upplevde att de hade ett bra samarbete med sina arbetskollegor. Forskning visar på det sociala stödets inverkan på hälsan där det materiella stödet beskrivs som olika typer av resurser och praktisk hjälp som tillförs individen. Kollegorna skulle kunna utgöra ett materiellt stöd i arbetet då ett fungerande samarbete kan innebära praktisk hjälp. En annan aspekt av kollegornas funktion är att de skulle kunna tillföra ett direkt socialt stöd, det vill säga att de bidrar till att kvinnorna upplever kontroll och hanterbarhet över sin situation, i kvinnornas fall över arbetssituationen. Detta skulle i sin tur kunna bidra till ett ökat självförtroende bland kvinnorna och därmed en låg grad av nedstämd- och dysterhet (Bisconti & Bergeman 1999 se Stansfeld 2006, s.152). En annan aspekt på inverkan av ett bra samarbete på hälsan bland kvinnorna skulle kunna vara att det sociala stödet från kollegorna utgör en skyddseffekt, det vill säga att det goda samarbetet bidrar till att kvinnorna exempelvis kan hantera stressade situationer med höga krav på arbetsplatsen (Stansfeld 2006, s.152). Om samarbetet var bristande skulle stressade situationer kunna leda till en högre grad av nedstämd- och dysterhet bland kvinnorna i Sotenäs kommun.

Påverkan av ett bra samarbete med kollegorna på hälsan bör tas i beaktande då den är av stor vikt, dock inte överdrivas då kollegorna ingår i den sekundära stödnivåstrukturen som är av mindre betydelse för individens hälsa (Haglund & Svanström 1995, s.116).

En tänkbar anledning vi fann till det höga sjukskrivningstalet bland kvinnorna i Sotenäs kommun var att de känner sig utslitna. Några av de möjliga orsakerna till att kvinnorna kände sig utslitna var att de fick otillräckligt med information från arbetsgivaren för att utföra sina arbetsuppgifter och att de inte hann utföra sina arbetsuppgifter under ordinarie arbetstid. Detta skulle kunna innebära att kvinnorna upplever en låg ”uppgiftskontroll”, vilket är en av beståndsdelarna i ”beslutsutrymme”, samt att de upplever stora psykiska krav (Karasek & Theorell 1990, s.63-64; Theorell 2003, s.31). Tidigare forskning om kvinnors hälsa påvisar att kvinnor med bristande beslutsutrymme (kontroll) och höga krav i arbetslivet är en av anledningarna till långtidssjukskrivning bland kvinnor (Orth-Gomér 2005, s.2298-2299). I vår studie påvisas ett samband mellan att vara utsliten och olika antal sjukskrivningsdagar. Upplevelsen av att vara utsliten skulle därmed kunna vara en mellanliggande faktor mellan beslutsutrymme och sjukskrivning bland kvinnorna i Sotenäs.

Ytterligare en orsak till sjukskrivningarna bland kvinnorna i Sotenäs kommun skulle kunna vara att de i hög grad har känt sig spända. Några tänkbara förklaringar till att kvinnorna känner sig spända är att de upplever bristande utvecklingsmöjligheter i arbetslivet, vilket skulle kunna vara en indikation på bristande ”beslutsutrymme”, samt att de inte hinner utföra sina arbetsuppgifter, vilket kan antyda stora psykiska krav. Tidigare studier påvisar att bristande ”beslutsutrymme” och höga krav i arbetslivet är relaterat till långtidssjukskrivning bland kvinnor (Orth-Gomér 2005, s.2298-2299). I vår studie fanns en koppling mellan att vara spänd och sjukskrivning generellt. Därmed skulle ytterligare en mellanliggande faktor mellan beslutsutrymme och sjukskrivning kunna vara upplevelsen av en hög grad av anspänning.

I vår undersökning framkom det att majoriteten av de kvinnor, vilka var nedstämda och dystra även hade varit sjukskrivna under det gångna året. Vår tolkning är att sjukskrivningen skulle kunna ha bidragit till nedstämd- och dysterhet eller motsatt samband, det vill säga att nedstämd- och dysterheten skulle kunna ha föranlett sjukskrivningen. Tidigare forskning visar ett samband mellan emotionell utmattning, där vi har tolkat nedstämd- och dysterhet som en del av emotionell utmattning, och bristande beslutsutrymme, höga krav och bristande socialt stöd (Perski et al. 2002, s.2047, 2050). Det finns därmed skäl att tro att liknande faktorer skulle kunna vara några av förklaringarna till nedstämd- och dysterhet, men även till sjukskrivningarna i vår målgrupp då obalans mellan krav och beslutsutrymme har visat sig leda till sjukskrivningar bland kvinnor (Riksförsäkringsverket 2001, s.3-8).

7.1.3 Hur påverkas hälsan av socialt stöd i kvinnornas privatliv?

Generellt sett upplevde kvinnorna att de psykosociala faktorerna i privatlivet var bra. Resultatet påvisade att upplevelsen av ett tillfredsställande känslomässigt stöd från såväl de nära vännerna som familjen, samt upplevelsen av ett tillfredsställande socialt vardagsliv är tänkbara förklaringar till upplevelsen av en låg grad av oro bland kvinnorna. Tidigare studier om det sociala stödets inverkan på hälsan indikerar att familjen och de nära vännerna som är delar av den primära stödnivåstrukturen är av störst vikt för hälsan (Haglund & Svanström 1995, s.116). Det sociala stödet har en direkt effekt på hälsan genom att det bidrar till att individen upplever hanterbarhet och kontroll över sin omgivning. Vårt antagande är därmed att känslan av att kunna hantera sin omgivning skulle kunna bidra till att minska onödig oro bland kvinnorna, till exempel genom att de upplever en ökad hanterbarhet av sina åtaganden i arbetet (Bisconti & Bergeman 1999 se Stansfeld 2006, s.152).

Känslomässigt stöd skulle kunna vara en bidragande faktor till en låg grad av anspänning bland kvinnorna. Det känslomässiga stödet skulle i detta avseende kunna ha en direkt effekt på hälsan, då det bidrar till individens känsla av kontroll över sin omgivning, vilket vidare bidrar till dennes känsla av egenvärde och självförtroende (Bisconti & Bergeman 1999 se Stansfeld 2006, s.152). En stort självförtroende skulle vidare kunna minska kvinnornas anspänning då detta kan bidra till att kvinnorna undviker onödig anspänning till följd av tvivel på sig själv och sin kapacitet. Det kan även här fungera som en skyddseffekt på hälsan när det gäller att minska anspänningen hos kvinnorna. Det skulle då kunna tänkas underlätta situationer som annars skulle kunna vara påfrestande för kvinnornas hälsa, såsom till exempel kravfyllda arbetsförhållanden (Stansfeld 2006, s.151).

Ytterligare faktorer i privatlivet som framkom av resultatet och som skulle kunna minska anspänningen hos kvinnorna är en tillfredsställande arbetsfördelning mellan familjemedlemmarna i hemmet. En bra fördelning av praktiska vardagssysslor i hushållet skulle kunna vara en indikation på att ett materiellt stöd bidrar till en minskad anspänning bland dessa kvinnor (Haglund & Svanström 1995, s.116).

7.2 Slutsats

I studien framkom resultat som indikerar samband mellan höga krav, bristande beslutsutrymme, socialt stöd och hälsa bland de tillsvidareanställda kvinnorna i Sotenäs kommun.

I undersökningen framkom att bristande information från arbetsgivaren för att kunna utföra sina arbetsuppgifter och bristande utvecklingsmöjligheter, vilka skulle kunna vara indikationer på ett begränsat "beslutsutrymme", var förekommande bland kvinnorna. I undersökningen framkom även att upplevelsen av att inte hinna utföra sina arbetsuppgifter under ordinarie arbetstid, vilket skulle kunna utgöra ett psykiskt krav, förekom i stor utsträckning bland kvinnorna. Det framkom vidare att dessa faktorer skulle kunna vara tänkbara orsaker till utslitenhet och anspänning, vilket vi har tolkat som en del av välbefinnandehälsan. I diskussionen har vi vidare argumenterat för att en hög grad av anspänning och utslitenhet skulle kunna vara några av de möjliga orsakerna till sjukskrivningarna, vilket kan innebära en nedsatt funktionsförmåga bland kvinnorna i Sotenäs kommun

Samarbetet mellan kvinnorna och deras kollegor, det vill säga det sociala stödet från kollegorna, visade sig i vår studie vara en tänkbar förklaring till en låg grad av nedstämd- och dystyret, vilket skulle kunna innebära en god välbefinnandehälsa för kvinnorna. Denna påverkan skulle till exempel kunna ske genom att kvinnorna tillförs direkt socialt stöd som bidrar till hanterbarhet av arbetssituationen, vilket skulle kunna ha en positiv inverkan på deras självförtroende och därmed minska nedstämd- och dystyret hos kvinnorna.

Ett tillfredsställande emotionellt stöd från vännerna och familjen, samt ett tillfredsställande vardagligt socialt liv visade sig i vår studie vara relaterat till en låg grad av oro, vilket skulle kunna antyda välbefinnandehälsa bland kvinnorna. Det emotionella stödet från vännerna visade sig också vara relaterat till en låg grad av anspänning bland kvinnorna. Detta stöd skulle kunna ha påverkat kvinnorna genom att de upplever hanterbarhet över livssituationen och därmed upplever ett bättre självförtroende. Detta skulle vidare kunna minimera anspänningen bland kvinnorna. En tillfredsställande fördelning av vardagliga sysslor, som antyder ett materiellt stöd, skulle också kunna bidra till att minska anspänningen hos kvinnorna.

Vi är givetvis medvetna om att de tillstånd som antyder bristande välbefinnande som vi har funnit bland kvinnorna inte nödvändigtvis behöver vara hälsorelaterade då ett kriterium för det hälsorelaterade välbefinnandet är att det sänker funktionsförmågan eller har inre orsaker (Brülde & Tengland 2003, s.237, 240). Inom ramarna för denna studie har vi inte alltid haft möjlighet att påvisa om detta är fallet. Även om det bristande välbefinnandet inte är hälsorelaterat skulle det dock kunna påverka sinnessillståndet negativt hos kvinnorna, vilket på sikt skulle kunna leda till bristande funktionsförmåga.

Något annat vi har uppmärksammat efter genomförandet av undersökningen är att det inte är möjligt att fastställa vilken av faktorerna som har påverkat den andra. Det är således inte möjligt att fastställa ett orsakssamband mellan de olika faktorerna som ingår i studien. Ett av kriterierna för ett orsakssamband är det statistiskt signifikant samband finns, vilket vi i vår studie har konstaterat. Det andra kriteriet är att orsak bör föregå verkan, det vill säga att den ena faktorn med säkerhet föregår den andra tidsmässigt. Det tredje kriteriet är att det med säkerhet inte finns någon påverkan från andra faktorer, så kallade confounders, som kan ha bidragit till det givna resultatet (Eliasson 2006, s.94).

7.2.1 Förslag på åtgärder till uppdragsgivaren

Utifrån de framkomna resultaten har vi reflekterat en del kring tänkbara insatser och kommit fram till att de insatser som bör genomföras främst bör vara strukturella förändringar inom organisationen. Syftet med dessa bör vara att möjliggöra kvinnornas delaktighet och stärka den sociala interaktionen i arbetslivet (Harrison 1999, s.131). Då främst öka deras beslutsutrymme, uppgiftskontroll och öka kvinnornas kompetens så att de kan hantera situationer i arbetslivet, samt ytterligare stärka samarbetet på arbetsplatsen.

Detta skulle kunna ske genom att inrätta strukturer i organisationen som möjliggör en förändring av sådana faktorer. Konkreta exempel på interventioner är att införa regelbundna avdelningsmöten där cheferna informerar, det vill säga ger en nulägesrapport, men även där personalen får möjlighet att komma med förändringsförslag för verksamheten. Dessa faktorer är av vikt för att öka de anställdas beslutsutrymme i arbetet.

Ett annat förslag är att individuella utvecklingsmöten mellan chefen och de anställda inrättas på regelbunden basis. En tanke är att de anställda vid dessa möten ska kunna uttrycka sitt behov av information för utförandet av sitt arbete, sina åsikter om verksamheten, till exempel vad som fungerar bra och vad som fungerar mindre bra. Genom att inrätta individuella möten för dialog kan varje kvinnas kompetens synliggöras och tillvaratas inom arbetet. Detta skulle kunna utgöra en vinst för den anställde, då dennes kompetens värdesätts, vilket kan bidra till ett ökat självförtroende så att denne upplever kontroll över sitt arbete. Även för chefen kan en sådan dialog vara positiv, då personalens kompetens tydliggörs på ett annat sätt en tidigare. Detta kan bidra till att chefen får en tydligare överblick över den tillgängliga kompetensen på arbetsplatsen och en möjlighet att tillvarata den. Detta skulle kunna bidra till att verksamheten skulle kunna effektiviseras och till att individens kompetens överensstämmer bättre med dennes arbetsuppgifter (Harrison 1999, s.131).

Vi ser också gärna att en individuell utvecklingsplan för alla de tillsvidareanställda kvinnorna upprättas för att främja deras utveckling i arbetet. Den anställde skulle då i samråd med sin chef kunna sätta upp mål och formulera tillvägagångssätt för sin individuella utveckling i arbetet. Förslagsvis följs denna utvecklingsplan upp och uppdateras vid varje individuellt möte.

Samarbetet mellan kollegorna visade sig vara väl fungerande bland kvinnorna, men för att upprätthålla och stärka detta samarbete anser vi att Sotenäs kommun skulle kunna genomföra vissa insatser. Ett förslag är att upprätta arbetslag på arbetsplatserna. Syftet är att de anställda ska få en större förståelse för hur verksamhetens olika delar hänger ihop, samt en överblick över hur de olika yrkesrollerna fungerar och är betydelsefulla för varandra för att på så vis få en ökad förståelse för sina kollegor. Ytterligare en vinst med denna organisering är att kvinnorna kan ta hjälp av varandra gällande sina arbetsuppgifter, vilket skulle kunna bidra till ett djupare samarbete. Vårt antagande är att ett fördjupat samarbete mellan arbetskollegorna skulle kunna bidra till en effektivisering inom Sotenäs kommunala verksamhet.

Referenser

Brülde, Bengt & Tengland, Per-Anders (2003). *Hälsa och sjukdom: en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur.

Bryman, Alan (1997). *Kvantitet och kvalitet i samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Carlstedt, Gunilla & Forssén, Annika (2001). Kvinnors ansvarstagande kan leda till ohälsa. *Läkartidningen*, Vol. 98, nr 16, 1930-1933.

Codex (2009). *Personuppgiftslagen – SFS 1998:204*. (Senaste uppdatering saknas) [Elektronisk] Uppsala: Science Park. Tillgänglig: <http://notisum.se/rnp/sls/lag/19980204.HTM> [2009-05-24]

Ejlertsson, Göran (2005). *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. 2. [omarb.] uppl. Lund: Studentlitteratur

Eliasson, Annika (2006). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.

Försäkringskassan (2009a). *Månadsuppgifter januari 2009*. (Senast uppdaterad 2009-01-20) [Elektronisk] Tillgänglig: http://www.forsakringskassan.se/press/pressmed/pm2009/pm02_09/dokument/pm09_02_bill.pdf [2009-01-20]

Försäkringskassan (2009b). *Ohälsotalet minskade med 2,5 dagar under 2008*. (Senast uppdaterad 2009-01-20) [Elektroniskt] Tillgänglig: http://www.forsakringskassan.se/press/pressmed/pm2009/pm02_09/ [2009-01-20]

Haglund, Bo & Svanström, Leif (1995). *Samhällsmedicin: en introduktion*. 2., helt omarb. uppl. Lund: Studentlitteratur.

Harrison, Dominic (1999). Social System Intervention. I Elisabeth R. Perkins, Ina Simnett & Linda Wright (red.), *Evidence-based health promotion*. West Sussex: John Wiley & Sons.

Johannessen, Asbjørn & Tufte, Per-Arne (2003). *Introduktion till samhällsvetenskaplig metod*. Malmö: Liber AB.

Johannessen, Asbjørn & Tufte, Per-Arne (2003). *Introduktion till samhällsvetenskaplig metod*. Malmö: Liber AB. Refererar Bjørn Alstad, Om måle och meningar – teori og feilkilder. I Bjørn Alstad (red.), *Norske meninger: 1946-1993*.(Oslo: Sigma, 1993).

Johannessen, Asbjørn & Tufte, Per-Arne (2003). *Introduktion till samhällsvetenskaplig metod*. Malmö: Liber AB. Refererar Thomas D. Cook & Donald T. Campbell, Quasi-experimentation.: design and analysis issues for field settings. (Boston: Houghton Mifflin, 1979).

Karasek, Robert & Theorell, Töres (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, N.Y.: Basic Book.

Marmot, Michael, Siegrist, Johannes & Theorell, Thores (2006). Health and the psychosocial environment at work. I Michael Marmot & Richard G. Wilkinson (red.), *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University press. s.97-130.

Marmot, Michael, Siegrist, Johannes & Theorell, Thores (2006). Health and the psychosocial environment at work. I Michael Marmot & Richard G. Wilkinson (red.), *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University press. s.97-130. Refererar J.S. Coleman, *Foundations of Social Theory*. (Cambridge: Belknap Press, 1990)

Orth-Gomér, Kristina et al. (2005). Vem orkar ända till 65? Inte kvinnorna – mer än hälften avslutar arbetslivet i förtid. *Läkartidningen*, vol.102, nr 34, s.2296-2303.

Perski, Aleksander et al. (2002). Emotionell utmattning vanlig bland kvinnor i offentlig sektor. *Läkartidningen*, vol. 99, nr 18, s.2047-2052.

Riksförsäkringsverket (2001). *Kvinnor, män och sjukfrånvaro. Om könsskillnader i sjukskrivning, förtidspensionering och rehabilitering*. (Senast uppdaterad 2001-05-01) [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.forsakringskassan.se/filer/publikationer/pdf/red0105.pdf> [2009-04-27]

Robertson Blackmore, Emma et al. (2007). Major Depressive Episodes and Work Stress: Results from a National Population Survey. *American Journal of Public Health*. November vol 97, No. 11

Stansfeld, Stephen A. (2006). Social Support and cohesion. I Marmot, Michael & Wilkinsson, Richard G. (red.), *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University press.s.148-167.

Stansfeld, Stephen A. (2006). Social Support and cohesion. I Marmot, Michael & Wilkinsson, Richard G. (red.), *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University press.s.148-167. Refererar T.L Bisconti och C.S Bergeman, Perceived social control as a mediator of the relationships among social support, psychological well-being and perceived health. (*The Gerontologist* 39, p.94-103, 1999)

Steptoe, Andrew et al. (2008). Positive affect and psychosocial processes related to health. *British Journal of Psychology*, vol.99, p.211-227.

Theorell, Töres (2003). Är ökat inflytande på arbetsplatsen bra för folkhälsan?: Kunskaps-sammanställning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Trost, Jan & Hultåker, Oscar (2007). *Enkätboken*. 3., [rev. och utök.] uppl. Lund: Studentlitteratur.

Sotenäs kommun (2008). *Årsredovisning 2008 Sotenäs kommun*. Kungshamn.



Högskolan Väst
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99



Till dig som är kvinna och tillsvidareanställd i Sotenäs kommun

*Hälsa är en resurs för att människan ska kunna utvecklas och leva sitt liv så som hon önskar.
Hälsa ger energi för vardagens sysslor och bidrar till människors välmående.*

Vi är två studenter som studerar på Högskolan Väst och läser nu vår sista termin för att bli Hälsovetare. Vi skriver för närvarande vårt examensarbete och vi har fått i uppdrag av folkhälsosamordnare Maria Hassing och personalchef Maria Hemlin i Sotenäs kommun att undersöka hälsan bland tillsvidareanställda kvinnor i kommunen.

Av den anledningen skickar vi ut ett frågeformulär till Dig och drygt 600 andra tillsvidareanställda kvinnor i Sotenäs kommun.

Ditt deltagande i undersökningen är givetvis frivilligt, men det är betydelsefullt för att undersökningen ska bli så bra som möjligt. Försök att svara så fullständigt som möjligt på alla frågorna.

När du är klar med frågeformuläret, skicka det i bifogat kuvert till folkhälsosamordnare *Maria Hassing Karlander, Sotenäs kommun, 456 80 Kungshamn* så fort som möjligt och allra **senast den 5/5**.

Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt!

Svaren kommer att databehandlas utan identitetsuppgifter och kommer således inte att kunna kopplas till dig som person. Några möjligheter att identifiera just ditt svar finns därför inte.

Vi vill tacka dig för att du har tagit dig tid att besvara vårt frågeformulär. Din medverkan kommer ha stor betydelse för vår undersökning om vad som påverkar hälsan och livskvaliteten bland tillsvidareanställda kvinnor i Sotenäs kommun.

Tack på förhand för din medverkan!

Catarina Jasniskij

Leo Marie Rolander

Hälsoenkät

En undersökning om hälsa för tillsvidare-
anställda kvinnor i Sotenäs kommun 2009.



* Frågor som uppsatsens undersökning är baserad på.

Hälsa

***1. Hur upplever du din hälsa?**

- Mycket Bra
- Bra
- Varken bra eller dålig
- Dålig
- Mycket dålig

***2. a) Har du under de senaste 12 månaderna varit sjukskriven?**

- Ja
- Nej

***b) Om svar Ja, hur många dagar?**

- 1-14 dagar
- 15-28 dagar
- 29-59 dagar
- 60 dagar eller fler

***3. Hur är din kroppsliga hälsa?**

- Mycket Bra
- Bra
- Varken bra eller dålig
- Dålig
- Mycket dålig

***4. Har din kroppsliga hälsa hindrat dig från att utföra dina vardagliga sysslor eller ditt arbete?**

- Ja
- Nej

5. Hur mycket tid ägnar du en normal vecka åt måttlig fysisk aktivitet med ökad kroppspuls?

T.ex. raska promenader, trädgårdsarbete, tyngre hushållssysslor och cykling.

- 5 timmar per vecka eller mer
- 3 till 5 timmar per vecka
- 1 till 3 timmar per vecka
- Högst 1 timme per vecka

6. Hur hälsosamma matvanor anser du att du har?

- Mycket Bra
- Bra
- Varken bra eller dålig
- Dålig
- Mycket dålig

7. Hur ofta äter du grönsaker och rotfrukter?

Gäller alla typer av grönsaker, baljväxter och rotfrukter (utom potatis). Gäller färska, frysta, konserverade, stuvade, grönsaksjuicer, grönsakssoppor mm. Det kanske varierar under året, men försök ta något slags genomsnitt. Ange ett alternativ.

- 3 gånger per dag eller oftare
- 2 gånger per dag
- 1 gång per dag
- 5- 6 gånger per vecka
- 1- 2 gånger per vecka
- Några gånger per månad eller aldrig

8. Har du under de senaste tre månaderna använt något/några av följande läkemedel?

- Magsårs-/magkatarrsmedicin
- Sömnmedel
- Antidepressiv medicin
- Lugnande/ångestdämpande medicin
- Smärtstillande medicin utan recept
- Smärtstillande medicin med recept
- Blodtryckssänkande medicin
- Blodfettssänkande medicin
- Diabetesmedicin
- Astma-/allergimedien
- Annan medicin

9. Hur lång är du?

Ange svar i hela centimeter.....

10. Hur mycket väger du?

Ange svar i hela kilon. Om du är gravid, ange hur mycket du brukar väga.....

11. Röker du dagligen?

- Ja
- Nej

12. Snusar du dagligen?

- Ja
- Nej

13. Hur ofta har du druckit alkohol under de senaste 12 månaderna?

Med alkohol menas folköl, mellan-/starköl, alkoholstark cider, vin, starkvin och sprit.

- Aldrig
- 1 gång/månad eller mer sällan
- 2-4 gånger/månad
- 2-3 gånger/vecka
- 4 gånger/vecka eller mer

14. Hur ofta under de senaste 12 månaderna har du druckit så mycket alkohol så att du varit berusad?

- Aldrig
- Någon eller några gånger per halvår
- 1 gång/månad
- 2-3 gånger/månad
- 1 gång/vecka
- Några gånger/vecka
- Dagligen eller nästan varje dag

15. Har du under de 3 senaste månaderna haft sömnsvärigheter?

- Ja
- Nej

***16. Anser du att du sover tillräckligt många timmar för att klara av vardagens sysslor?**

- Ja
- Nej

***17. I vilken grad har du under den senaste månaden känt dig spänd? .**

- Mycket hög
- Hög
- Låg
- Mycket låg
- Ingen

***18. I vilken grad har du under den senaste månaden känt dig orolig? .**

- Mycket hög
- Hög
- Låg
- Mycket låg
- Ingen

***19. Har du under den senaste månaden känt dig utsliten?**

- Ja
- Nej

***20. I vilken grad har du under den senaste månaden känt dig nedstämd/
dyster?**

- Mycket hög
- Hög
- Låg
- Mycket låg
- Ingen

***21. Hur är ditt psykiska välbefinnande?**

- Mycket Bra
- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt
- Mycket dåligt

***22. Har din psykiska hälsa hindrat dig från att utföra dina vardagliga sysslor eller ditt arbete?**

- Ja
- Nej

Arbetslivet

23. Hur många procent av heltid arbetar du?

- 100 %
- 75 %
- 50 %
- 25 %
- Annan

24. Vilken arbetstid har du?

- Dagtid
- Nattetid
- Schemabunden

***25. Hur utför du i huvudsak dina arbetsuppgifter på ditt arbete?**

- Sittande
- Rörligt

***26. Hur upplever du att den fysiska arbetsmiljön på din arbetsplats är?**

- Mycket Bra
- Bra
- Varken bra eller dålig
- Dålig
- Mycket dålig

***27. I vilken grad är dina arbetsuppgifter fysiskt krävande?**

- Mycket hög
- Hög
- Låg
- Mycket låg
- Ingen

***28. I vilken grad upplever du att din kompetens kommer till användning i ditt arbete?**

- Mycket hög
- Hög
- Låg
- Mycket låg
- Ingen

***29. Vilka möjligheter ges du att utvecklas inom ditt arbete?**

- Mycket stora
- Stora
- Varken stora eller små
- Små
- Mycket små

***30. Hur upplever du dina möjligheter att påverka innehållet i ditt arbete?**

- Mycket stora
- Stora
- Varken stora eller små
- Små
- Har inga

***31. Hur upplever du dina möjligheter att planera din arbetstid, t ex flex-tiden?**

- Mycket stora
- Stora
- Små
- Mycket små
- Har inga

***32. Hur är dina möjligheter att ge förslag till förändringar på din arbetsplats?**

- Mycket stora
- Stora
- Små
- Mycket små
- Har inga

***33. Hinner du utföra dina arbetsuppgifter under ordinarie arbetstid?**

Ja

Nej

***34. Upplever du att du har en trygg anställning?**

Ja

Nej

***35. Får du den information du behöver av din arbetsgivare för att kunna utföra ditt arbete?**

Ja

Nej

***36. Hur upplever du att samarbetet är mellan dig och dina kollegor?**

Mycket Bra

Bra

Varken bra eller dåligt

Dåligt

Mycket dåligt

Har inga

37. Har du under de senaste 6 månaderna känt dig utstött i arbetslivet?

Ja

Nej

38. a) Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för hot eller våld i arbetslivet?

- Ja
 Nej

Om Nej, gå vidare till fråga 39. a.

b) Vem utsatte dig för övergreppen?

- Person i chefsposition/Arbetsgivare
 Arbetskollega
 Annan person

39. a) Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för sexuella trakasserier i arbetslivet?

- Ja
 Nej

Om svar Nej, gå vidare till fråga 40.

b) Vem utsatte dig för de sexuella trakasserierna?

- Person i chefsposition
 Arbetskollega
 Annan person

Sociala relationer

40. Vilka människor ingår i ditt vardagliga sociala liv?

Kryssa i de alternativ som stämmer in på dig.

- Familj
 Släkt

Forts. nästa sida

- Få men nära vänner
- Många ytliga bekanta
- Få ytliga bekanta
- Många nära vänner

***41. Hur ofta skulle du uppskattningsvis säga att du träffar din familj/dina nära vänner?**

- Mycket ofta
- Ofta
- Ibland
- Sällan
- Mycket sällan

***42. Hur ofta skulle du uppskattningsvis säga att du träffar din släkt/ytliga bekanta?**

- Mycket ofta
- Ofta
- Ibland
- Sällan
- Mycket sällan

***43. Hur skulle du beskriva ditt vardagliga sociala liv?**

- Mycket Bra
- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt
- Mycket dåligt

44. a) Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för hot eller våld i privatlivet?

- Ja
- Nej

Om svar Nej, gå vidare till fråga 45 a.

b) Vem utsatte dig för övergreppen?

- Familjemedlem
- Bekant
- Annan person

45. a) Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för sexuella trakasserier i privatlivet?

- Ja
- Nej

Om nej, gå vidare till fråga 46.

b) Vem utsatte dig för de sexuella trakasserierna?

- Familjemedlem
- Bekant
- Annan person

***46. Hur upplever du det känslomässiga stödet från dina vänner?**

- Mycket Bra
- Bra
- Dåligt
- Mycket dåligt
- Har inget

***47. Hur upplever du det känslomässiga stödet från familjen?**

- Mycket Bra
- Bra
- Dåligt
- Mycket dåligt
- Har inget

***48. Hur upplever du fördelningen av de praktiska vardagssysslorna i hus-
hållet mellan dig och dina familjemedlemmar?**

- Mycket Bra
- Bra
- Varken bra eller dålig
- Dålig
- Mycket dålig

Bakgrund

49. Ålder:

- 19 år eller yngre
- 20-29 år
- 30-39 år
- 40-49 år
- 50- 65 år
- 66 år eller äldre

50. Civilstånd:

- Ensamstående
- I en relation
- Gift

51. Med vem delar du bostad:

- Bor själv
- Partner
- Vän/Vänner
- Föräldrar/syskon
- Barn

52. Antal hemmaboende barn:

- 0
- 1
- 2-3
- 4-5
- 6 eller fler

53. Hur gamla är de barn du bor tillsammans med?

- 0-6 år
- 7-12 år
- 13-17 år
- 18 år eller äldre

54. Boendeort:

- I Sotenäs kommun
- I annan kommun

55. Boendeform:

- Eget hus/radhus
- Bostadsrätt/andelsrätt
- Hyresrätt
- Annat boende

56. Yrkesområde:

- Administration
- Chef/Arbetsledare
- Vård/Omsorg
- Skola
- Lokalvård/Kök
- Teknisk/Park
- Övrigt

57. Utbildning:

Ange högsta utbildningsalternativ.

- Grundskola (årskurs 1-9)
- Gymnasium
- Högskola/universitet
- Annan eftergymnasial utbildning

Tack för din medverkan!

