



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för arbets- och folkhälsovetenskap

Känsla av sammanhang i förhållande till ålder,
egenupplevd sjukdomsbild och hälsotillstånd
hos en grupp individer med reumatiska sjukdomar

Ida Holmström

Juni 2012

Examensarbete, kandidatnivå, 15 hp

Folkhälsovetenskap

Folkhälsovetenskap: Teori och metod med tillämpning och examensarbete

Handledare: Albert Crenshaw

Examinator: Mats Djupsjöbacka

Holmström, I (2012) *Sense of coherence in relation to age, self reported disease profile and health state for a group of individuals with rheumatic diseases*. Department of occupational and public health: University of Gävle

Abstract

The aim of this study was to describe sense of coherence (SOC) in relation to self reported health state, self reported disease profile and age in individuals with rheumatic diseases. Method: A survey was handed out to individuals with rheumatic diseases who participated in water aerobic classes, given by a local society, during one week. The survey was handed out to 61 individuals and 50 of them decided to answer the survey. Results: SOC did not show strong correlations with age ($R=0,070$), self reported health state ($R=0,279$) or self reported disease profile ($R=0,228$). Conclusion: This study does not strengthen earlier studies which show that SOC is a strong determinant for health and sickness. But there are other factors which are not included in this study that may explain these results, for example, rheumatic diseases gets worse over time and this study does not show how long the participants have been ill, parts of the questionnaire might also have been unclear.

Keywords: Sense of coherence (SOC). Rheumatic diseases. Orientation of Life Questionnaire

Holmström, I (2012) *Känsla av sammanhang i relation till ålder, egenupplevd sjukdomsbild och hälsotillstånd hos en grupp individer med reumatiska sjukdomar*. Akademin för hälsa och arbetsliv: Högskolan i Gävle

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att beskriva känsla av sammanhang (KASAM) i relation till egenupplevt hälsotillstånd, sjukdomsbild och ålder hos individer med reumatiska sjukdomar. Metod: En enkät delades ut till individer med reumatiska sjukdomar som deltog vid en lokal förenings vattengympapass under en veckas tid. Enkäten gavs ut till 61 individer varav 50 valde att svara på enkäten. Resultat: KASAM hade inte stark korrelation med ålder ($R=0,070$), egenupplevt hälsotillstånd ($R=0,279$) eller sjukdomsbild ($R=0,228$). Slutsatser: Denna studie stärker inte tidigare forskning som visar att KASAM är en stark determinant för hälsa och sjukdom men det kan finnas andra faktorer, som ej är inkluderade i denna studie, som kan förklara detta resultat. Dessa faktorer kan bland andra vara att reumatiska sjukdomar vanligen förvärras över tiden och studien visar ej hur länge individerna har varit sjuka samt att delar av enkäten kan ha varit otydlig.

Nyckelord: Känsla av sammanhang (KASAM). Reumatism. Livsfrågeformulär

Förord

Jag vill börja med att tacka samtliga informanter för deras medverkan i denna studie. Sedan vill jag även tacka min handledare, Albert Crenshaw, för all hjälp med denna uppsats.

Ida Holmström, Gävle 2012

Innehållsförteckning

1.	Introduktion.....	1
1:1	Folkhälsa	1
1:2	Känsla av sammanhang.....	1
1:2:1	Studier om KASAM.....	1
1:3	Reumatiska sjukdomar	2
1:3:1	Symptom vid reumatiska sjukdomar.....	3
1:3:2	Samhälleliga kostnader för Reumatiska sjukdomar.....	3
1:4	KASAM och reumatism.....	4
1:5	Syfte och frågeställning.....	5
2.	Teoretiska begrepp	5
2:1	Hälsa.....	5
2:2	Det salutogena perspektivet	5
2:3	KASAM	6
2:3:1	KASAMS komponenter	7
2:3:1:1	<i>Begriplighet</i>	7
2:3:1:2	<i>Hanterbarhet</i>	7
2:3:1:3	<i>Meningsfullhet</i>	7
2:3:2	Antonovskys livsfrågeformulär.....	8
3.	Metod	8
3:1	Ansats.....	8
3:2	Urval.....	9
3:3	Datainsamling	9
3:3:1	Enkät	9
3:3:2	Procedur	9
3:4	Bortfall	10
3:5	Dataanalys	11
3:6	Validitet och reliabilitet.....	11
3:7	Etiska överväganden	11
4.	Resultat.....	12
4:1	KASAM	12
4:1:1	Ålderspåverkan	12
4:1:2	Egenupplevd sjukdomsbild.....	13

4:1:3 Egenupplevt hälsotillstånd	13
4:2 Sjukdomsbild och hälsotillstånd	14
5. Diskussion	15
5:1 Resultatdiskussion.....	15
5:1:2 KASAM och ålder	15
5:1:3 KASAM och egenupplevd sjukdomsbild	16
5:1:4 KASAM och hälsotillstånd	16
5:2 Sjukdomsbild och hälsotillstånd	16
5:3 Metoddiskussion	17
5:4 Slutsats	18
5:4:1 Vidare forskning	18
6. Referenslista	20
6:1 Internetlänkar	23
7. Bilagor.....	1
Bilaga 7:1 Missivbrev	1
Bilaga 7:2 Enkät	2

1. Introduktion

1:1 Folkhälsa

World Health Organisation (WHO, 1946) definierade hälsa som "... ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande". Sedan dess har mycket hänt i synen på hälsa. Ewles och Simnett (2005) framhäver att definitionen av hälsa möjligen påverkas av värderingar och kulturmönster samt har tendens att förändras genom trender och tider. WHO (1986) ändrade sedan definitionen och menade då att hälsa bör ses som en resurs i vardagslivet och inte ett mål att leva efter.

Detta kan även betraktas i Folkhälsopropositionen (2007/08:110), där "en förnyad folkhälsopolitik" beskrivs. I propositionen framhålls att hälsa ska vara något valfritt och att var individ ska styra över sin egen hälsa. Vidare framgår att det övergripande folkhälsomålet skall skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Nu för tiden menas det att hälsa inte behöver vara samma som det definierades vara år 1946. En individ kan ha sjukdom men fortfarande sträva mer mot friskhet än sjukdom. Detta förklarar Antonovsky (2005), han anser att vi befinner oss på ett kontinuum mellan hälsa och ohälsa. Även om vi är sjuka så kan vi befinna oss närmre hälsa än ohälsa och vice versa. Om vi har sjukdom behöver det inte betyda att vi har ohälsa. I Folkhälsopropositionen (2007/08:110) redogörs det för att det är av vikt att känna sammanhang och meningsfullhet precis som Antonovsky (2005) framhäver. Vidare framgår det i propositionen att sammanhang och meningsfullhet ger kunskap om sig själv och omvärlden. Med detta syftar man till att en ökad känsla av sammanhang hjälper att motverka utanförskap som kan skapa ohälsa hos befolkningen.

1:2 Känsla av sammanhang

Antonovsky (2005) beskriver ett begrepp som på svenska är benämnt 'känsla av sammanhang' (KASAM), detta innefattar komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begreppet KASAM används för att förklara varför människor bibehåller välbefinnande. Antonovsky (2005) tänkte att en individ inte behöver vara fullt frisk eller sjuk utan att individer kan befinna sig mellan dessa begrepp. KASAM kan vara ett sätt att förklara graden av friskhetskänsla hos individer med sjukdom. Antonovsky (2005) har delat in KASAM i olika kategorier; låg, måttlig och hög. Detta begrepp förklaras vidare under rubriken teori.

1:2:1 Studier om KASAM

Norekvåal et al. (2010) har gjort en undersökning på KASAM som en faktor för livskvalité hos kvinnor som har överlevt en akut hjärtinfarkt. De fann en koppling mellan hög känsla av sammanhang och förbättrad livskvalité. Studien gjordes på 142 kvinnor i åldern 62-80 år, alla

kvinnor hade tre månader till fem år innan fått akut hjärtinfarkt. Det fanns stora skillnader i livskvalité mellan låg, måttlig och stark KASAM. Stark KASAM påverkade livskvalitén hos informanterna i studien på ett positivt sätt. Deras studie visar att när det gäller en sjukdom som utvecklas under kort tid så är KASAM av betydelse för livskvalité. Sannolikt kan tänkas att om en individs livskvalité ökar så ökar även hälsotillståndet, vilket gör studien intressant i detta sammanhang.

Edbom et al. (2010) har gjort en undersökning om känsla av sammanhang som en skyddande faktor mot ADHD över tid. Det visade sig att KASAM har en positiv effekt eftersom att en låg KASAM var kopplat till en sämre sjukdomsbild medan en hög KASAM var kopplat till en bättre sjukdomsbild. Studien genomfördes på individer vid 16 års ålder och upprepades sedan när dessa blivit 21 år gamla. De som vid 16 års ålder hade hög (sämre) ADHD hade även i de flesta fall vid 21 års ålder hög (sämre) ADHD, detta samband var dock starkare med låg KASAM. Hög KASAM vid 16 års ålder visade sig vara associerad med lägre (bättre) ADHD vid 21 års ålder. Även denna studie kan länkas samman med sjukdomsbild. Möjligen kan KASAM verka skyddande mot en sämre sjukdomsbild över tid.

Även i Mattila et al. (2011) undersökning har KASAM kopplats samman med hälsobeteenden. De menar att en stark KASAM hos unga vuxna visar på lättare bruk av alkohol, mindre risk att bli rökare, bättre munhygien och högre social kompetens än personer med låg KASAM. De menar att KASAM är ett användbart verktyg för motivation av unga vuxnas hälsobeteenden. Detta stärker ytterligare tanken om att KASAM kan påverka hälsotillståndet hos informanterna även i denna studie. Dock kan deras antagande om KASAM som ett användbart verktyg ifrågasättas. Möjligen menar författarna i studien att det kan vara hälsofrämjande att stärka unga vuxnas KASAM, då det enligt studiens resultat ökar det hälsofrämjande levernet i vissa frågor.

Bergh och Fridlunds (2006) studie handlar om att jämföra KASAM, bland annat, mellan individer som besöker hälsocentraler i form av frekvens. Studien utfördes på en hälsocentral i sydvästra Sverige. De skickade en enkät till 263 individer som ofta besökte hälsocentraler och 703 som besökte hälsocentraler enligt vad författarna ansåg vara en norm. Resultaten av enkäten jämfördes sedan mellan grupperna. De som ofta besökte hälsocentraler hade mer kroniska sjukdomar och levde oftare på sjukskrivning än de som hade en "normal" besöksfrekvens. Utöver detta fann de även att de som hade en hög besöksfrekvens visade tendens på lägre KASAM. Resultatet visade att KASAM hade en hög signifikans gällande besöksfrekvens.

1:3 Reumatiska sjukdomar

Hochberg et al. (2011) förklarar att reumatism är ett samlingsnamn för ett 80-tal olika reumatiska sjukdomar. I denna uppsats kommer reumatism och reumatiska sjukdomar att användas för att adressera alla sjukdomar som innefattas i reumatism.

Frostegård (2006) och Klareskog, Saxne och Enman (red. 2011) förklarar att reumatism är en autoimmun sjukdom. De framhäver att en autoimmun sjukdom uppkommer när immunförsvaret, vars uppgift är att bekämpa virus och bakterier, börjar angripa den egna kroppen. Hos en person utan reumatism aktiveras immunförsvaret vid infektion, men när en individ har reumatism uppstår alltså inflammation utan att kroppen har utsatts för stress eller skada. Klareskog, Saxne och Enman (red. 2005) menar att det är okänt varför immunförsvaret börjar angripa kroppen men att ärftlighet kan ha viss påverkan.

Hochberg et al. (2011) menar att de reumatiska sjukdomarna kan delas in i fyra grupper; degenerativa sjukdomar i rörelseapparaten, kroniskt smärttillstånd i senor och muskler, inflammatoriska ledsjukdomar samt inflammatoriska systemsjukdomar. Statens beredning för medicinsk utvärdering (1998b) framhäver att den vanligaste reumatiska sjukdomen är reumatoid artrit (RA). RA är ett av de inflammatoriska tillstånden och finns hos ungefär en procent av den vuxna befolkningen i Sverige. Enligt Peterson och Renström (2003) är sjukdomen tre gånger så vanlig hos kvinnor som hos män och uppstår vanligen i åldrarna 20-30 eller 45-55 år.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (1998a) förklarar att även om reumatiska sjukdomar oftast är kroniska så finns goda möjligheter till lindring, ofta genom fysisk rehabilitering, arbetsterapi, mediciner och kost.

1:3:1 Symptom vid reumatiska sjukdomar

Statens beredning för medicinsk utvärdering (1998a) framhäver att vanliga symptom är ihållande värk eller svår smärta och svullnader vilket kan reda till problem med rörelse i exempelvis armar och ben. Vidare framgår det att denna sjukdom ofta angriper rörelseorganet, däribland leder, rygg, senor, muskler, bindväv och skelett.

Abrahamsson, Björkholm och Hallberg (red. 1996) framhåller att sjukdomen ofta kommer i skov, med det menas att man har perioder med ökad sjukdomsaktivitet. De menar även att ytterligare symptom kan vara muskelsmärter och trötthet.

Arnett et al. (1988) beskriver symptom, där fyra eller fler skall upplevas, som kan kopplas till reumatism; morgonstelhet i minst en timme under minst sex veckor; artrit under minst sex veckor i minst tre leder (fingerleder, handleder, armbågsled, knäled, fotled och/eller tåleder); artrit i händernas leder under minst sex veckor; symmetrisk artrit, på båda kroppshalvor, under minst sex veckor; reumatoida noduli (små knölar i huden som uppstår vid tryck mot skelett); positivt test för reumatoid faktor.

1:3:2 Samhälleliga kostnader för Reumatiska sjukdomar

Enligt en undersökning från Statistiska centralbyrån (Välfärd nr 4 2011) 'Kvinnor mer sjukskrivna i alla grupper' startas en av fyra sjukskrivningar på grund av sjukdomar i

rörelseorganen. Vidare framgår det i undersökningen att reumatiska sjukdomar, utöver värk i nacke och rygg, är orsak till dessa.

Schmidt, Husberg och Bernfort (2003) har genomfört en studie på reumatiska sjukdomars belastning på samhällsekonomin i Sverige. De har beräknat direkta kostnader, konsumtion av sjukvård, och indirekta kostnader, produktionsbortfall och arbetsförmåga. Utöver detta så har de även beräknat kvinnors och mäns olika andelar av kostnaderna. För att kunna beräkna dessa kostnader har de använt socialstyrelsens nationella patientregister vad gäller slutenvård och Apotekets Diagnos - Recept undersökning gällande öppenvård och läkemedel. De har även beräknat produktionsbortfallen i form av sjukskrivningar och förtidspensioner/sjukbidrag, detta baserades på Riksförsäkringsverkets diagnosklassificerade urvalsstatistik. De reumatiska sjukdomarnas belastning på samhällsekonomin i Sverige, år 2001, uppskattades till ca 36,4 miljarder kronor. 86 procent av summan beräknades vara indirekta kostnader och resterade procent direkta kostnader. Enligt Schmidt, Husberg och Bernfort (2003) bidrog kvinnorna till ca 2/3 av den totala kostnaden. Peterson och Renström (2003) skriver att kvinnor till största del drabbas av ledgångsreumatism, vilket endast är en av de reumatiska sjukdomarna. Detta bör dock tas i åtanke eftersom det kan leda till att kvinnorna även står för den största andelen av kostnaden. Kostnaden i studien gällande könen är ej beräknad efter hur många av respektive kön som har drabbats av reumatism.

I Folkhälsopropositionen (2007/08:110) behandlas ämnet sjukskrivning och man menar att detta ökar utanförskapet i samhället. Vidare menas det att utanförskap är en faktor som skapar ohälsa hos befolkningen. Generellt sett kan då sägas att reumatism som leder till sjukskrivning kan förvärra hälsan hos individen för att ökad känsla av utanförskap kan tillkomma.

1:4 KASAM och reumatism

Goulia et al. (2010) har genomfört en studie som visar att reumatism är en sjukdom som skapar påfrestning hos individer. De framhåller att reumatism kan påverka den hälsorelaterade livskvalitén hos de som är drabbade av sjukdomen. Deras informanter visade att begränsad rörlighet och psykologisk stress påverkar den hälsorelaterade livskvalitén. Möjligtvis kan detta förankras i Arvidsson et al. (2011) studie, de framhåller att KASAM påverkar livskvalitén hos individer. De har i sin studie visat att en av de viktigaste faktorerna för att ha hög hälsorelaterad kvalitet i livet är hög KASAM när det gäller individer med reumatiska sjukdomar.

Ovan finns ett flertal studier som visar på att hög KASAM kan kopplas samman med ett antal hälsofaktorer, exempelvis ökad livskvalité, mindre riskbeteende samt förbättrad sjukdomsbild. Gällande reumatiker har det visats att KASAM är en viktig faktor när det gäller livskvalité. Intresse kan dock även finnas vid att undersöka huruvida KASAM korrelerar med ytterligare faktorer.

1:5 Syfte och frågeställning

Syftet med denna studie är att beskriva känslan av sammanhang i förhållande till ålder, sjukdomsbild och hälsotillstånd hos en grupp individer med reumatiska sjukdomar.

- Hur påverkas KASAM när ålder tas med i beräkningen?
- Hur påverkas KASAM när egen upplevd sjukdomsbild tas med i beräkningen?
- Hur påverkas KASAM när egen upplevt hälsotillstånd tas med i beräkningen?

2. Teoretiska begrepp

2:1 Hälsa

WHO har idag utsett vissa aspekter på hälsa, de rekommenderar:

”... att hälsa betraktas som den grad i vilken individer eller grupper är kapabla att, å ena sidan, förverkliga sina mål och tillfredsställa sina behov och, å andra sidan, förändra eller hantera sin omgivning. Hälsa ska således betraktas som en resurs i det dagliga livet, inte som livets mål; det är ett positivt begrepp som betonar sociala och personliga resurser såväl som fysisk kapacitet.” (Ewles & Simnett, 2005, s. 21)

I nationalencyklopedin menas det att hälsa är ett svårdefinierat ord som är besläktat med lycka och kommer från ordet hel. Vidare framhävs det att utgångspunkten till att definiera hälsa är delad i två olika perspektiv. Det ena är ett mer objektiva perspektiv där det som kan ses och analyseras med medicinska eller sociologiska metoder avgör vad som är frisk och sjuk. Det andra sättet är ett helhetsperspektiv, i det perspektivet är det den subjektiva upplevelsen som bedömer tillståndet. Detta betyder att lidande och/eller sjukdom kan kompenseras upp med välmående så att den totala helhets känslan är positiv.

2:2 Det salutogena perspektivet

Det salutogena perspektivet är inget som nämns i denna uppsats, ändå är det av vikt för att förstå grunden till uppsatsen. Antonovsky (1979; 2005) grundar sina tankar och sitt begrepp KASAM i det salutogena perspektivet, därför bör detta förklaras.

Antonovsky (1987) menade att det behövdes ett bredare tänk gällande hälsa än det patogena perspektivet som fokuserar på var ohälsa kommer från. Han strävade efter att förklara varför vissa människor bibehåller/främjar sin hälsa och stärker sin KASAM. Av dessa anledningar myntade Antonovsky (1979) begreppet salutogenes. I Nationalencyklopedin står beskrivet att salutogen kommer från de latinska orden för hälsa och uppkomst, Antonovsky (1979) ville beskriva varför vi har hälsa, hälsans ursprung, snarare än det motsatta.

Medin och Alexanderson (2000) förklarar att man i det salutogena perspektivet menar att hälsa uppkommer när en individ har en känsla av sammanhang. Vidare framhäver hon att hälsa och ohälsa ej utesluter varandra i detta perspektiv utan att de skall ses på ett kontinuum. Människan skall ses i en helhet, hon har fri vilja men hennes hälsa är beroende av hennes möjlighet att bemästra omvärlden vilket determineras av hennes livserfarenheter. Ventegodt, Omar och Merrick (2011) har genomfört en litteraturstudie över interventioner med salutogent perspektiv som behandling för bland annat mental och sexuell ohälsa. Resultatet visade att 30 – 90 procent av interventionerna med ett salutogent perspektiv, där fokus låg på livskvalité, antingen hjälpt eller botat patienterna, ofta inom ett år. Detta kan tyda på att salutogena interventioner och arbetssätt som stärker individers hälsa kan ge goda resultat. Dock visade resultatet en stor procentuell skillnad. Om 30 procent av interventionerna hjälpt eller botat patienterna är interventionerna långt ifrån lika välfungerande som om 90 procent av interventioner hjälpt eller botat patienterna. För att kunna uttala sig om dessa salutogena interventioner och arbetssätt krävs sannolikt ytterligare studier med mindre differens i resultatet. Vad som framgår är att åtminstone 30 procent har hjälpt eller botat patienterna vilket tyder på att viss vinst finns att hämta i detta arbetssätt.

Medin och Andersson (2000) framhåller vidare att fokus i det salutogena perspektivet handlar om vad som orsakar hälsa, faktorer som orsakar ohälsa är ej av lika stor vikt. Hon menar att grunden i det salutogena perspektivet är att kaos och stress alltid är närvarande och det intressanta är hur vi, trots olika påfrestningar kan ha hälsa. Antonovsky (2005) redogör för att faktorer som kan ge ohälsa främjar livserfarenheter som i sin tur kan främja KASAM. En stark KASAM ger ökade möjligheter att hantera den stress som individen möter.

2:3 KASAM

Det centrala begreppet i denna studie är KASAM. Antonovsky (2005) bearbetade detta begrepp efter att han märkt att en relativt hög procent av kvinnor som suttit i koncentrationsläger under andra världskriget hade en relativt god allmän psykisk hälsa. Genom den iakttagningen kom hans arbetshypotes att handla om inre och yttre faktorer som kan ge kraft till att bekämpa en mängd olika stressorer¹. KASAM utformades därefter för att söka förklara och identifiera dessa stressorer

Vidare framhåller Antonovsky (2005) att en tanke i KASAM är att kontroll över att undvika stressorer kan leda till en bättre hälsa. Känsla av kontroll skall dock ej likställas med KASAM, däremot kan kontroll över stressorer vara en del i att stärka sin KASAM. Han fortsätter förklara att om vi endast fokuserar på att stressorer med negativ påverkan orsakar ohälsa kan vi missa att kontroll över sådana alternativt stressorer med positiv påverkan kan öka hälsa. Istället för att endast arbeta för att förbättra hälsa kan vi med stark KASAM även arbeta för att förebygga ohälsa.

¹ Inre och yttre stimuli som ökar stressen hos individen

Antonovsky (2005) förklarar att han först skrev om KASAM i mer kognitiva förklaringar, han förklarade bland annat begriplighet som "en stabil förmåga att bedöma verkligheten" (s. 44). Detta har dock ändrats och han syftade senast på att det bör ses som något mer känslomässigt, och anser då att begriplighet bör ses som förtroende i att saker ordnar sig.

2:3:1 KASAMS komponenter

Antonovsky (1987) har delat upp KASAM i tre centrala komponenter; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Komponenterna kunde, enligt Antonovsky (1987), utläsas av intervjuer som gjorts med 51 individer. Av intervjuerna benämndes en grupp med 11 individer ha låg KASAM och en annan, med 16 individ, ha hög KASAM. Därefter gjordes en grundlig genomgång av protokollen med intervjuerna för att finna teman som saknades i gruppen med låg KASAM och fanns i gruppen med hög KASAM. Tre sådana teman kunde finnas i intervjuerna och det var de som idag benämns som de centrala i KASAM.

2:3:1:1 Begriplighet

Antonovsky (2005) anger begriplighet som det första begreppet vilket handlar om hur man uppfattar inre och yttre stimuli. En individ med hög KASAM uppfattar stimuli som gripbara och förnuftsmässiga, och om stimuli kommer som överraskningar så finns möjlighet till att förklara och strukturera dem. Han betonar dock att en individ som har hög begriplighet inte alltid uppfattar stimuli som önskvärda. Det handlar snarare om hur stor gripbarhet individen anser att dessa stimuli har. Antonovsky (2005) ger exempel på hur individer med låg respektive hög begriplighet behandlar frågor inom denna komponent. Han förklarar att en individ med låg begriplighet oftare talar om sig själv som olyckfågel och berättar om olyckliga händelser som skett. En individ med hög begriplighet talar snarare om olyckliga livshändelser som erfarenheter och utmaningar.

2:3:1:2 Hanterbarhet

Det andra begreppet Antonovsky (2005) behandlar, hanterbarhet, syftar till känslan att det finns resurser till förfogande när behov finns. När stimuli kommer till oss känner vi att vi har "verktyg" så att vi kan hantera dessa stimuli. Dessa "verktyg" kan vara något inom oss eller resurser utanför oss själva så som familj och vänner. Han beskriver att de individer som har en hög hanterbarhet inte känner sig som ett offer för omständigheterna utan att de snarare kan "reda sig". Hanterbarhet handlar även om till vilken grad individen känner att livet är rättvist, ett kännetecken för en låg hanterbarhet är att individen känner att livet inte behandlar en rättvist.

2:3:1:3 Meningsfullhet

Den tredje och sista komponenten i KASAM är meningsfullhet, Antonovsky (2005) menar att denna komponent kan ses som motivationskomponenten. Meningsfullhet handlar om att ha

områden i livet som individen finner vara av vikt och engagerar sig i. Vid hög KASAM finns det flera områden i livet som kan ses som utmaningar, känslomässiga investeringar och/eller värda engagemang. Han förklarar vidare att individer med låg meningsfullhet oftare anser att de ej har livsområden som betyder något för dem. I vissa fall finns något område som är viktigt men att detta område snarare bringar bördor och ovälkomna krav.

2:3:2 Antonovskys livsfrågeformulär

Antonovsky (1987; 2005) utvecklade begreppet KASAM för att ta reda på varför vissa människor trots påfrestningar strävar mot hälsa i hälsa/ohälsa kontinuumet. För att kunna svara på denna fråga och kunna mäta KASAM tillverkade han ett livsfrågeformulär. Detta formulär arbetades fram genom en process där olika frågor tillsattes, analyserades, togs bort och åter analyserades. När livsfrågeformuläret färdigställdes bestod det av 29 frågor. Elva av dessa frågor behandlade begriplighet, tio handlade om hanterbarhet och åtta stycken frågor hanterade meningsfullhet.

Rohani et al (2010) gjorde i sin studie en översättning av en svensk och tre engelska mätenheter, gällande hälsa, till persiska för att undersöka om de har samma validitet och reliabilitet i andra kulturer. KASAM, som var en av dessa mätenheter, visade sig vara den starkaste indikatorn för välmående. Antonovskys (2005) livsfrågeformulär visade sig ha lika stor validitet och reliabilitet i Iran, där testerna utfördes, som i västvärlden vilket enligt Rohani et al (2010) betyder att den ej är beroende av en viss kultur.

3. Metod

3:1 Ansats

I denna studie användes en deskriptiv design och en kvantitativ ansats med enkät som datainsamlingsmetod. Polit och Beck (2008) menar att en deskriptiv design kan användas för att beskriva personers upplevelser och erfarenheter för att sedan skapa en förståelse för deras situation. Detta önskades uppnås vilket ledde till valet av den deskriptiva designen.

Obert och Forsell (2000) anser att en kvantitativ ansats kan användas för att kunna uttala sig generellt om en grupp människor, vilket i denna studie kan vara positivt för att kunna dra eventuella slutsatser om denna grupp individer. Olsson och Sörensen (2001) framhäver att den kvantitativa metoden kan delas in i deskriptiva och explanativa projekt. Vidare menar de att deskriptiva projekt vanligen är av tvärsnittstyp, att beskriva en viss population vid ett givet tillfälle. Denna studie ämnade likna detta och därför valdes den kvantitativa ansatsen. Efter den kvantitativa ansatsen hade valts enkät som datainsamlingsmetod.

3:2 Urval

Urvalet liknade ett homogent urval, Patton (2002) menar att ett homogent urval är när en liten grupp människor med liknande förutsättningar väljs som deltagare vilket stämmer överens med studiens valda urval. Urvalet var individer med reumatism i en mellanstor stad i mellersta Sverige som går på den lokala reumatikerföreningens vattengympapass. Alla dessa individer tillfrågades dock inte, det var endast de personer som befann sig på gympapasset de aktuella dagar då enkäten delas ut som tillfrågades. Detta kan även liknas vid ett bekvämlighetsurval, Trost (2010) förklarar att man i ett sådant urval kontaktar individer som är enkla att nå.

De individer som har valt att delta i denna studie kommer fortsättningsvis att benämnas som informanter.

3:3 Datainsamling

3:3:1 Enkät

Enkäten bestod av 31 frågor. De tre första frågorna är konstruerade efter studiens frågeställning. Den första frågan efterfrågar födelsedatum, och de två senare är självskattningsfrågor om sjukdomsbild och hälsotillstånd. Självskattningsfrågorna är numrerade från 1 (mycket dåligt) till 7 (mycket bra). Resten av de 29 frågorna är hämtat från Antonovskys (1987; 2005) livsfrågeformulär. Antonovskys (1987; 2005) livsfrågeformulär är ett självskattningsformulär där individen själv får skatta en fråga eller ett påstående på en skala från ett till sju. Med självskattningsformuläret har Antonovsky (1987; 2005) bifogat en mall på hur livsfrågeformuläret skall sammanställas när enkäten är ifylld. 16 frågor skattas enligt de nummer individen valt på respektive fråga, exempelvis ger en sju i enkäten sju poäng. Tretton av de 29 frågorna skattas i omvänd riktning, svarsalternativ sju ger ett poäng och vice versa.

Summan av alla frågor sträcker sig från 29 till 203 poäng, 29 poäng är minsta möjliga KASAM och 203 poäng är högsta möjliga KASAM. Enligt Antonovsky (1987; 2005) har ett majoritetsvärde på 140 poäng satts efter ett antal undersökningar, med detta menas att majoriteten av individerna har ett värde kring 140 poäng. Vidare är ett KASAM-värde över 160 poäng beräknat som hög KASAM och ett KASAM-värde under 120 poäng beräknat som låg KASAM.

3:3:2 Procedur

Först kontaktades en person på en förening för reumatiker i en mellanstor stad i mellersta Sverige och fick kort information om studien, detta för att få studiegenomförandet godkänt. När studien blivit godkänd av denna person färdigställdes enkäten. Enkäten delades först ut till en person med reumatism samt ytterligare en person för att få en uppfattning av hur lång tid det tar att svara på enkäten samt för att få eventuella kommentarer. Under pilotförsöken på enkäten missade individerna frågan om ålder, därför ändrades denna frågas storlek för att den skulle synas bättre. Detta gav resultat då samtliga informanter svarat på den frågan.

Med enkäten delades även ett missivbrev ut (Bilaga 7:1). Informanterna fick ta med sig missivbrevet samt enkäten till deras omklädningsrum där de själva bestämde om de ville svara på enkäten eller ej. Missivbrev och enkät delades ut till samtliga individer som deltog vid vattengympapass den utvalda veckan. Under en vecka hölls ett pass per grupp, med ungefär elva personer per grupp och sammanlagt nio grupper. En grupp uteslöts på grund av att studiens författare var ansvarig för denna och känslan av tvång till medverkan kunde uppstå hos deltagarna.

Om deltagarantalet hade varit fullständigt i varje grupp hade 87 individer fått möjlighet att delta i enkätundersökningen. Missivbrev och enkät delades ut till totalt 61 personer varav 50 personer valde att svara på enkäten. Av de personer som deltog på vattengympan under den aktuella veckan svarade ungefär 82 procent på enkäten. Av alla som var fanns nedskrivna på deltagarlistorna svarade 57 procent på enkäten, även här var dock den grupp med studiens författare som ansvarig utesluten.

Bryman (2008) förklarar att det finns en mall, konstruerad av Mangione, som visar ungefär hur stor svarsprocent som krävs för att en studie skall vara oacceptabel, acceptabel, bra och utmärkt. Enligt denna mall hamnar studien inom kategorin ”bra” (70-85 procent) eftersom 82 procent av de som hade möjlighet att svara på enkäten faktiskt svarade på den. Ytterligare tre procent hade gett studien ”utmärkt” (>85 procent)

3:4 Bortfall

Sammanlagt var det elva personer som valde att inte svara på enkäten. Vissa av dessa hade problem att läsa texten samt glömt sina glasögon hemma. Några personer går på vattengympapassen mer än en gång i veckan, dessa fick endast svara på en enkät.

Ett antal enkäter var ej fullständigt ifyllda, svaret på en eller flera frågor saknades. KASAM räknades ej ut på de enkäter som hade svarsbrist på frågor gällande någon av komponenterna i KASAM. Detta på grund av att KASAM-värdet ej skulle vara tillberäkneligt när poäng på frågor saknades. Samma princip gällde vid enkäter där informanten hade fyllt i fler än ett svarsalternativ per fråga, detta också på grund av att KASAM-värdet ej skulle vara tillberäkneligt. Sammanlagt var det fem enkäter som valdes bort gällande KASAM.

En av de enkäter som ej var fullständig gällande KASAM hade ej heller svar på frågan om upplevt hälsotillstånd. Ytterligare en enkät saknade svaret om upplevt hälsotillstånd. Detta har tagits med i statistiken men utöver det sammanställdes dessa enkäter på samma vis som de andra.

Detta betyder att 45 enkäter har behandlats i de frågor där KASAM eller KASAMs komponenter ingår. Samtliga informanter, 50 till antalet, har besvarat frågan om ålder. 48 enkäter har haft fullständigt svar gällande sjukdomsbild och hälsotillstånd.

3:5 Dataanalys

Sammanställningen av data började med att summera enkätsvaren enligt Antonovskys (2005) mall. Därefter räknades svaren ihop efter komponenterna (begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet) samt ett samlat svar, av alla komponenter, som utgör KASAM. Detta räknades med hjälp av miniräknare. Födelseår, poäng inom komponenterna var för sig samt poäng för KASAM, egen upplevd sjukdomsbild och egenupplevt hälsotillstånd fördes sedan in i Excel. All data i Excel fördes sedan över till SPSS, verktyg för att hantera statistik, för att finna eventuella mönster i data. Sjukdomsbild och hälsotillstånd har beräknats i ordinalskala, eftersom att de varför sig varit indelade i sju olika nivåer (från mycket dålig (en poäng) till mycket bra (sju poäng)). KASAM, KASAMs komponenter och ålder har räknats i kvotskala.

Medelvärde och standardavvikelse räknades ut på KASAM och ålder. Linjär Regressions har genomförts för att ta reda på tendenser till korrelationer mellan KASAM och variablerna (Ålder, sjukdomsbild och hälsotillstånd) i studien samt mellan KASAMs komponenter och ålder. Ytterligare regression genomfördes mellan hälsotillstånd och sjukdomsbild för att undersöka om det fanns stark korrelation.

3:6 Validitet och reliabilitet

Olsson och Sörensen (2001) förklarar att en hög reliabilitet är viktigt. De menar att reliabilitet är graden av överensstämmelse mellan mätningar med samma mätinstrument, att vi får samma resultat varje gång vi mäter. Vidare menar de dock att när det gäller mätningar om exempelvis människors attityder kan förändringar ske på grund av att informanterna möjligen ändrat sig i den aktuella frågan. Ett KASAM värde är ej något fast värde utan påverkas av yttre och inre faktorer, vilket betyder att ett annat svar kan nås vid andra tillfällen. En tvärsnittsstudie mäter, enligt Olsson och Sörensen (2001), informanternas svar vid ett visst tillfälle vilket även har kunnat påverka reliabiliteten.

Olsson och Sörensen (2001) framhäver vidare att det även är av vikt att ha en hög validitet. Med validitet menas att man mäter det man har avsett att mäta. Denna studie ämnade mäta KASAM hos informanterna med ålder, upplevd sjukdomsbild och upplevt hälsotillstånd som ytterligare variabler. Enkäten var Antonovskys (2005) livsfrågeformulär som mäter KASAM ett formulär som ofta används när det gäller mätningar av KASAM.

3:7 Etiska överväganden

När det gäller etiska åtaganden så har Vetenskapsrådet – Forskningsetiska principer - inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (2002) legat som grund. Innan studien påbörjades lästes kraven igenom för att säkerställa att de rådande regler och riktlinjer som finns vid forskning inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning skulle efterföljas. Ett missivbrev delades ut till de eventuella deltagarna, där studiens syfte kort förklarades. Informanterna valde själva ifall de ville delta eller ej och det var möjligt att, utan frågor,

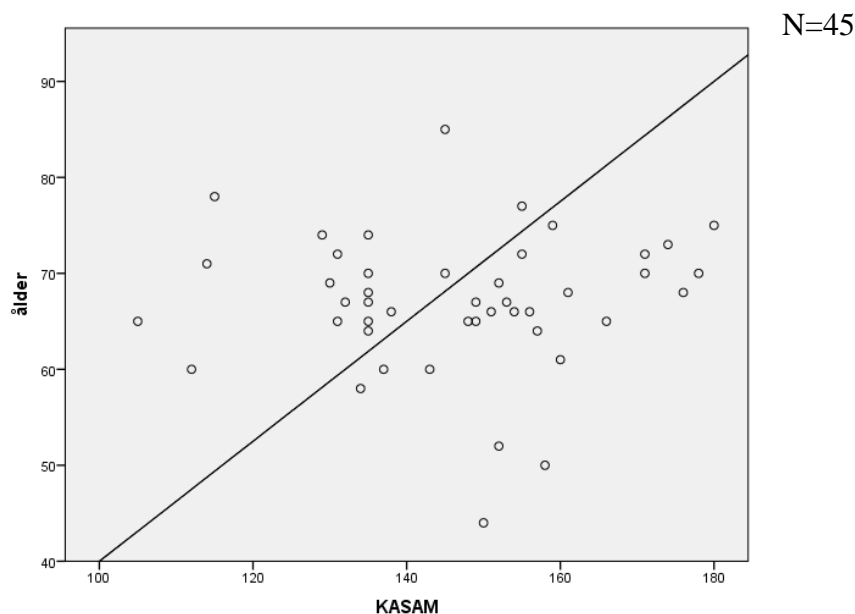
avböja sitt deltagande. Inga namn efterfrågades på enkäterna. Ingen har nämnts vid namn i uppsatsen och informanterna informerades om detta. Det insamlade materialet skall ej användas i annat syfte än till denna uppsats.

4. Resultat

4:1 KASAM

Resultaten visade att merparten av informanterna hamnade nära det medel som Antonovsky (2005) satt, 140 poäng. Som lägst fanns 112 poäng och som högst fanns 180 poäng. Nio procent av informanterna hamnade inom kategorin för låg KASAM, 71 procent inom kategorin måttlig och 20 procent inom kategorin hög KASAM. Detta kan visa tendenser på att sjukdomen ej påverkar KASAM i negativ riktning, men för att säkerställa ett sådant påstående fordras sannolikt ytterligare undersökningar kring området.

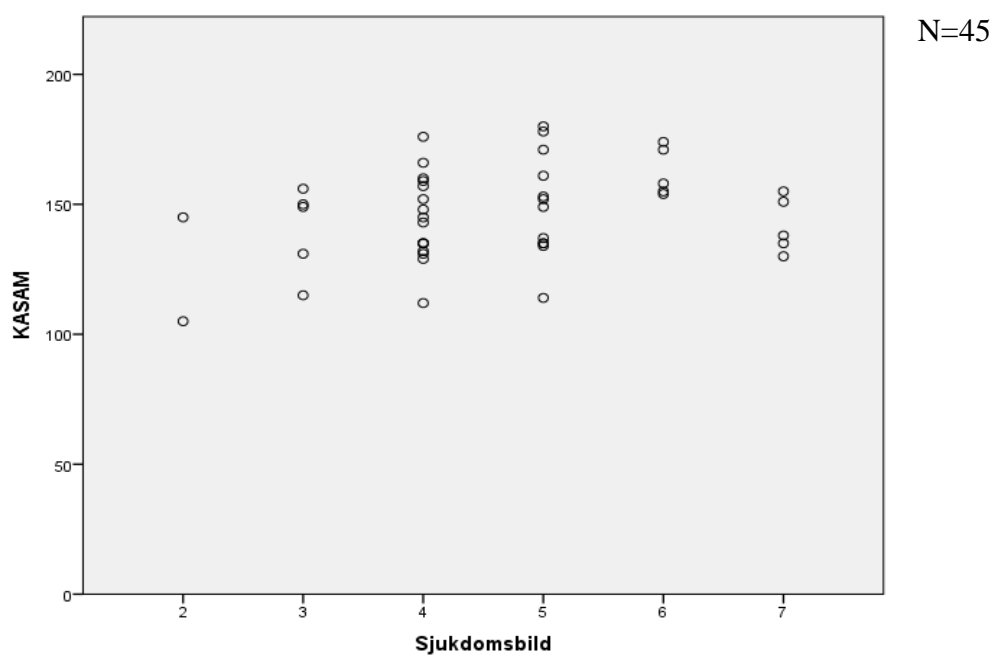
4:1:1 Ålderspåverkan



Figur 1. KASAMs fördelning efter informanternas ålder.

Korrelationen mellan ålder och KASAM visade inget samband ($R=0,070$), detta tyder på att åldern hos informanterna ej är en bestämningsfaktor för KASAM. Vad gäller ålder och komponenterna visades ej heller något samband (Begriplighet $R=0,162$. Hanterbarhet $R=0,011$. Meningsfullhet $R=0,007$). Vilket tyder på att de enskilda komponenterna inte heller ökar eller sjunker med åldern.

4:1:2 Egenupplevd sjukdomsbild

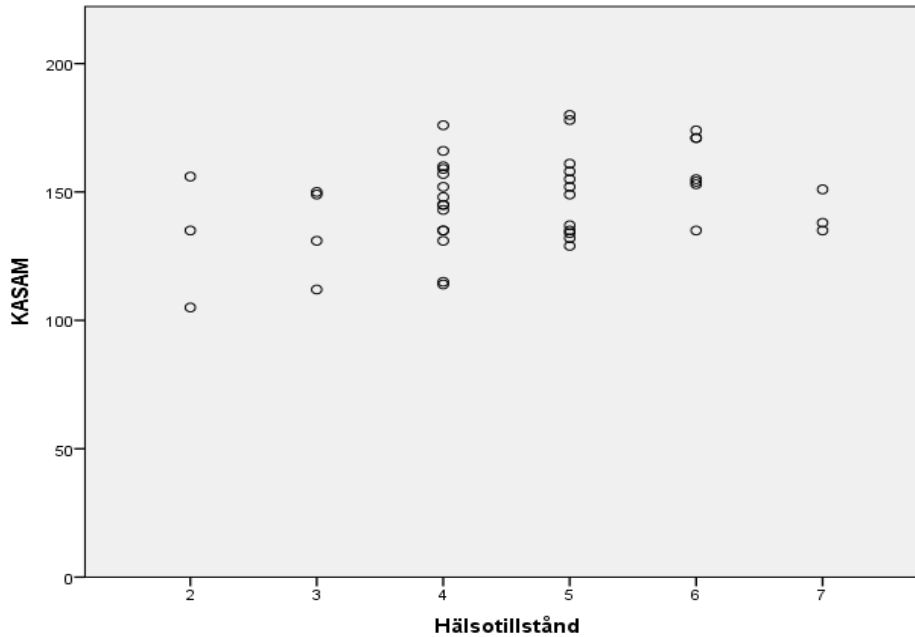


Figur 2. KASAMs fördelning efter frågan om egenupplevd sjukdomsbild. Sju poäng på frågan om egenupplevd sjukdomsbild det betyder mycket bra, en poäng betyder mycket dålig.

Korrelationen mellan sjukdomsbild och KASAM visade sig vara ytterst svag ($R=0,228$). Detta betyder att hos informanterna i denna studie så förbättras inte sjukdomsbilden ju högre poäng gällande KASAM informanterna redovisat för.

4:1:3 Egenupplevt hälsotillstånd

N=45

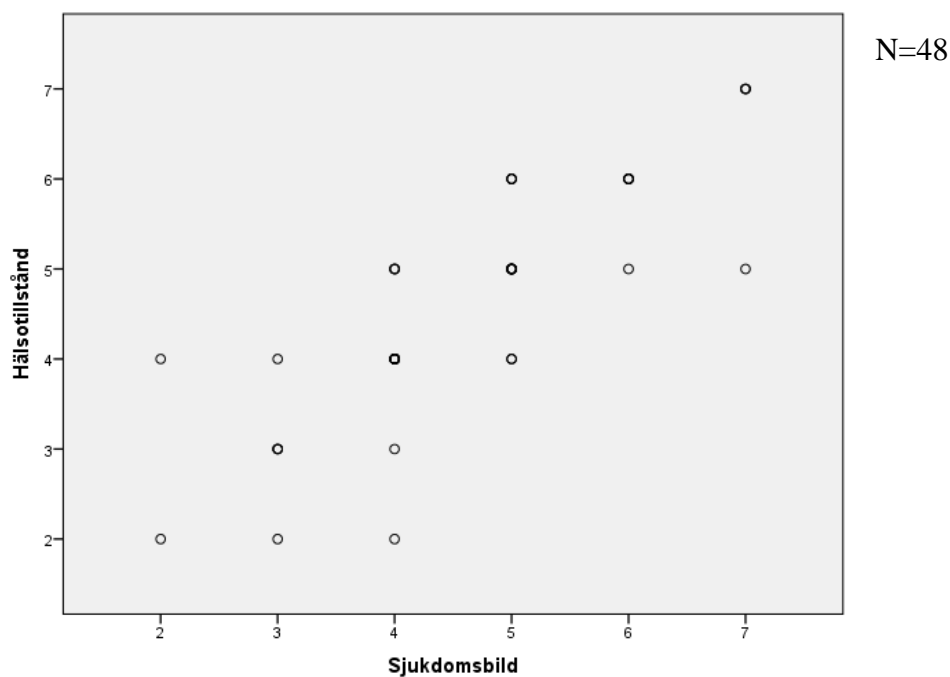


Figur 3. KASAMs fördelning efter frågan om egenupplevd sjukdomsbild. Sju poäng på frågan om egenupplevd sjukdomsbild det betyder mycket bra, en poäng betyder mycket dålig.

Korrelationen mellan KASAM och hälsotillstånd visade sig också vara ytterst svag ($R=0,279$). Här gäller samma som för sjukdomsbild, det framkom inget stöd för att hälsotillståndet följer KASAM.

4:2 Sjukdomsbild och hälsotillstånd

I genomgången av resultatet framkom det att egenupplevd sjukdomsbild och egenupplevt hälsotillstånd hade en stark korrelation ($R=0,823$). Detta har ej efterfrågats i syftet i denna studie men kan ändå vara av intresse att diskuteras vilket kommer ske under rubriken diskussion.



Figur 4. Hälsotillstånd och sjukdomsbilds korrelation.

5. Diskussion

5:1 Resultatdiskussion

Peterson och Renström (2003) skriver att två tredjedelar av de som drabbas av reumatism är kvinnor, i denna studie var endast två av informanterna män. Eftersom att få män deltog har inget försök till jämförande mellan kvinnor och män gjorts. Detta både på grund av att identifieringen av männen hade förenklats samt att ett sådant resultat ej hade varit tillförlitligt.

5:1:2 KASAM och ålder

Korrelationen mellan ålder och KASAM visade i denna studie vara obefintlig ($R=0,070$), detta värde kan dock vara påverkat av när individen fick sina första symptom alternativt när individen fick diagnosen reumatism. Om en individ som svarat på enkäten haft reumatism i en månad eller tio år kan ej utläsas i denna studie, och detta kan vara en påverkansfaktor för hur KASAM ser ut. Om man tar in hur länge individerna har haft reumatism, antingen symptom eller diagnos, kan den tiden och KASAM möjligtvis ha korrelation men detta framgår ej i denna studie.

5:1:3 KASAM och egenupplevd sjukdomsbild

I denna studie förbättras inte egenupplevd sjukdomsbild med högre KASAM. Detta är ej i enlighet med den studie Norekvåal et al. (2010) har gjort, de fann en koppling mellan hög känsla av sammanhang och förbättrad livskvalité hos kvinnor som drabbats av akut hjärtinfarkt. Hälsotillstånd och livskvalité syftar dock ej till samma sak, men vid ökad livskvalité tolkas här även som att hälsotillståndet har ökat. Detta kan dock bero på att reumatism är någonting som ofta drabbar individen långsamt medan akut hjärtinfarkt sker snabbt. Möjligen är det så att KASAM är en viktigare komponent när svåra livshändelser sker utan förvarning, när individer får sjukdomar eller liknande som gradvis visar sig kan det vara lättare att hantera oberoende av var individen befinner sig på KASAM skalan.

Edbom et al. (2010) visade i sin studie att hög KASAM visade tendenser på att förbättra individers ADHD-diagnos. I denna studie fanns ej sambandet mellan hög KASAM och bättre (egenupplevd) sjukdomsbild. Men kanske är det så att KASAM över tid är en skyddande faktor mot en sämre sjukdomsbild. Detta kan dock bero på hur man ser sin sjukdomsbild, om man ser den med medicinska ögon följer den säkerligen andra faktorer. Om man däremot ser på sin sjukdomsbild med sig själv i fokus och tänker på vad sjukdomen påverkar i livet så kan hög KASAM möjligtvis stärka känslan av välmående. Eftersom att deras studie följer informanterna under en tid och att denna studie genomförs vid ett givet tillfälle kan det också leda till skillnader i svaren. Om studien skulle genomföras om fem år med samma informanter skulle möjligen KASAM påvisa en skyddande effekt mot förvärrad sjukdom men detta kan endast styrkas om en sådan studie genomförs.

5:1:4 KASAM och hälsotillstånd

Mattila et al. (2011) har i deras undersökning funnit att en stark KASAM hos unga vuxna visar på lättare bruk av alkohol, mindre risk att bli rökare, bättre munhygien och högre social kompetens än personer med låg KASAM. Om detta även gäller på informanterna i denna studie borde sannolikt resultatet visa att hälsotillståndet har tendenser att följa KASAM. Dock finns ej sådana tendenser. Resultatet visar på en mycket svag korrelation dem emellan ($R=0,279$). Detta kan dock bero på ålderskillnaden, för att genomföra en rättvis jämförelse mellan studierna bör sannolikt informanterna vara mer lika varandra.

5:2 Sjukdomsbild och hälsotillstånd

Något som framkom i studien är att egenupplevd sjukdomsbild och egenupplevt hälsotillstånd hade en stark korrelation ($R=0,823$). Detta kan tyda på att informanterna har tolkat dessa frågor väldigt lika, att de möjligen tycker att dessa frågor egentligen söker samma svar. Vilket gör att frågorna ej redovisar det de ämnar redovisa. Frågorna ingick i studien för att ta reda på om informanterna kände sig hälsosamma trots sjukdom. Att känna att man har hälsa trots sjukdom är en del i det salutogena perspektivet vilket ledde till intresset att undersöka frågan. Det kan vara så att informanterna anser att hälsotillståndet är starkt kopplat till

sjukdomsbilden, eller vice versa. Om informanterna känner denna koppling mäter frågan det den ämnar mäta men risken finns att denna koppling beror på frågornas likhet vilket gör att frågans validitet kan ifrågasättas.

5:3 Metoddiskussion

Det finns vissa fallgropar med att välja enkät som insamlingsmetod. Ejlertsson (2005) menar exempelvis att det ej går att ställa lika djupa frågor och ej heller följdfrågor. Eftersom detta ej var tanken bakom denna studie valdes trots det enkät. Dock hade det varit av intresse att också lyssna på informanternas berättelser både för att öka förståelsen om deras situation men också för att bättre förstå deras enkät svar. På grund av tidsbrist kunde detta dock ej genomföras.

Ejlertsson (2005) framhäver att det kan finnas ytterligare fallgropar om enkät delas ut till besökare på en viss plats. Detta på grund av att de som besöker platsen oftare har större chans att få svara på enkäten vilket gör att resultatet ej kan generaliseras över populationen². Detta tagits i åtanke och ingen generalisering över populationen kommer ske. En ytterligare svårighet som upplevdes vid utdelandet av enkäten var brist på tid. Eftersom att enkäten delades ut i anslutning till informanternas vattengympapass kände sig vissa stressade över att hinna svara på enkäten. För att undvika detta i största mån har möjlighet om att svara på enkäten efter passet även funnits.

Att dela ut enkäten på plats hade dock även fördelar. Informanterna svarade på enkäterna direkt vilket gjorde att resultatet kunde sammanställas efter en veckas enkätutdelning. Svarefrekvensen blev också hög, 82 procent av de som deltog vid vattengympapassen under veckan valde att svara på enkäten. Svarefrekvensen är bra enligt Mangiones mall för svarefrekvens som Bryman (2008) skriver om. Dock deltog ej alla individer som är nedskrivna för att delta på föreningens vattengympapass. Hade alla dessa fått möjlighet att svara på enkäten hade resultatet sannolikt blivit mer tillförlitligt för generalisering.

De som valde att inte svara på enkäten meddelade som oftast att detta berodde på att de ej kunde läsa texten på grund av att de lämnat glasögonen hemma. Detta kan vara ytterligare ett problem med att dela ut enkät, speciellt när det gäller äldre informanter. Det kan krävas att texten är tydlig och att de har glasögon för att kunna läsa texten.

Ytterligare bortfall gällande enkäten kommer av ej tillfredsställande ifyllnad av enkät. Några individer har svarat flera gånger på en fråga och andra har valt att ej svara på någon fråga. Hade studien varit en intervjustudie hade detta sannolikt kunnat undvikas, eftersom att möjlighet att förklara och beskriva frågorna hade då funnits. Eventuellt hade detta även kunnat undvikas i studien om tydligare beskrivning av hur enkäten bör fyllas i funnits.

² Individer med reumatiska sjukdomar som går på vattengympapass

Det faktum att en grupp valdes bort, den grupp med studiens författare som ansvarig, känns även i efterhand som ett klokt val. De grupper som har deltagit har haft möjlighet att utan frågor neka deltagande i enkätundersökningen, risken finns att om deltagarna står i behov till undersökningsledaren så kan de känna sig tvingade att medverka vilket ville undvikas i denna undersökning.

Ytterligare en fallgröp med denna studie har varit att jag, med hjälp av miniräknare, räknat ihop svarspoängen i enkäterna. Risk för att fel har gjorts finns, men för att minimera denna risk har allting räknats två gånger, både resultat på var enkät samt resultatet som lagts in i Excel och SPSS.

Efter resultatet av enkäten sammanställts så framgick det att korrelationen mellan sjukdomsbild och hälsotillstånd var stark. Risk finns för att frågorna varit för otydliga och att informanterna tolkat dem som lika och därmed satt samma svar på båda. Om denna studie skulle göras igen skulle tydligheten kring dessa frågor öka. Anledningen till att frågorna för första gången ställdes var för att Antonovsky (2005) menar att även om en individ har en sjukdom så kan hon fortfarande ha hälsa. Därför fanns intresse att undersöka om informanterna kände på detta vis, att de hade en god hälsa trots deras sjukdom.

Det kan även vara så att hur länge informanterna har haft sjukdomen påverkar resultatet. En fråga om detta skulle därför inkluderas i enkäten om studien skulle genomföras igen. I resultatet framgick att ålder och KASAM har en relativt svag korrelation och detta kan vara beroende av den tid som individen har haft reumatism.

5:4 Slutsats

I denna studie visades ingen korrelation mellan KASAM och de olika variablerna. Detta kan bero på ett antal faktorer. Reumatism är en sjukdom som utvecklas sakta och resultatet visar ej hur länge individen haft reumatism, detta kan vara en faktor som har inverkan på KASAM. Det kan även finnas otydlighet vad gäller frågor i enkäten. Resultatet framförde att medelvärdet i KASAM hos samtliga informanter visade på 148 vilket beräknas till en måttlig KASAM. Informanternas enkätsvar visade att nio procent erhöll låg KASAM och 20 procent befann sig i kategorin för hög KASAM.

5:4:1 Vidare forskning

Tidigare forskning har visat att det finns stora samhällsliga kostnader för reumatism och vi vet att ca en procent av Sveriges befolkning har reumatoid artrit. Intresse kan ligga i att tala med individer som har reumatiska sjukdomar om vad de behöver för att må så bra som möjligt. Samt att undersöka vad som behövs för att förebygga att sjukdomen bryter ut och att individerna blir så sjuka att de ej längre har möjlighet att arbeta så som de brukat.

Informanterna i denna studie har generellt sett fått måttliga till höga poäng på KASAM skalan, med undantag för fyra stycken. Detta resultat kan bero på att informanterna gör något aktivt för att förbättra sin reumatism, intresse kan då ligga i att undersöka om KASAM differerar mellan individer som väljer att gå på vattengympa och individer som inte gör det.

Det kan även vara av intresse att undersöka hur länge en individ haft reumatism och hur det påverkar KASAM. Detta för att se om KASAM stagnerar ju längre tid som individen varit sjuk.

6. Referenslista

Abrahamsson, H., Björkholm, M & Hallberg, L (red.) (1996). *Internmedicin*. (2., [rev.] uppl.) Stockholm: Liber/Almqvist & Wiksell medicin.

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

Antonovsky, A (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass

Antonovsky, A (2005). *Hälsans mysterium*. (2. utg.) Stockholm: Natur och kultur

Arnett, FC., Edworthy, SM., Bloch, DA., McShane, DJ., Fries, JF., Cooper, NS., Healey, LA., Kaplan, MH & Luthra, HS (1988) *The American Rheumatism Association revised criteria for the classification of rheumatism*. USA: Malden American College of Rheumatology
31:3:315-324

Arvidsson, S., Arvidsson, B., Fridlund, B & Bergman, S (2011) 'Factors promoting health-related quality of life in people with rheumatic diseases: a 12 month longitudinal study', *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12, 1, pp. 102-114

Bergh, H & Fridlund, B (2006). Life events, social support and sense of coherence among frequent attenders in primary health care. *Public health*. 120:3, s. 229-36

Bryman, A (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber.

Edbom, T., Malmberg, K., Lichtenstein, P., Granlund, M & Larsson, J (2010) 'High sense of coherence in adolescence is a protective factor in the longitudinal development of ADHD symptoms', *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24, 3, pp. 541-547.

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

Eriksson, K (1992). *Broar. Introduktion i vårdvetenskaplig metod*. Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi. Vasa: Oy Arkmedia AB.

Ewles, L & Simnett, I (2005) *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur

Frostegård, J (2006). *Reumatism*. Stockholm: Karolinska institutet University Press.

Goulia, P., Voulgari, P., Tsifetaki, N., Drosos, A & Hyphantis, T (2010) 'Comparison of health-related quality of life and associated psychological factors between younger and older patients with established rheumatic disorders', *Aging & Mental Health*, 14, 7, pp. 819-827.

Hartman, J (2004). *Vetenskapligt tänkande. Från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.

Hochberg, M.C., Silman, A.J., Smolen, J.S., Weinblatt, M.E & Weisman, M.H (red.) (2011). *Rheumatology*. (5th ed.) Philadelphia: Mosby/Elsevier.

Klareskog, L., Saxne, T & Enman, Y (red.) (2005). *Reumatologi*. Lund: Studentlitteratur.

Klareskog, L., Saxne, T & Enman, Y (red.) (2011). *Reumatologi*. (2., [rev.] uppl.) Stockholm: Studentlitteratur.

Mattila, M., Rautava, P., Honkinen, P., Ojanlatva, A., Jaakkola, S., Aromaa, M., Suominen, S., Helenius, H & Sillanpää, M (2011) 'Sense of coherence and health behaviour in adolescence', *Acta Paediatrica*, 100, 12, pp. 1590-1595

Medin, J & Alexanderson, K (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

Norekvål, T., Fridlund, B., Moons, P., Nordrehaug, J., Sævareid, H., Wentzel-Larsen, T & Hanestad, B (2010) 'Sense of coherence—a determinant of quality of life over time in older female acute myocardial infarction survivors', *Journal Of Clinical Nursing*, 19, 5/6, pp. 820-831.

Obert, C & Forsell, M (2000). *Fokusgrupp – ett enkelt sätt att mäta kvalitet*. Höganäs: Kommunlitteratur AB.

Olsson, H & Sörensen, S (2001). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (1. uppl.) Stockholm: Liber

Patton, M Q (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. (3. ed.) London: SAGE

Peterson, L & Renström, P (2003). *Skador inom idrotten: handbok om förebyggande, behandlande och rehabiliterande åtgärder för aktiva, ledare, instruktörer, sjukgymnaster, läkare m.fl.*. 3., [uppdaterade och omarb.] uppl. Stockholm: Prisma

Polit, D.F & Beck, C.T (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8. ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Proposition 2007/08:110 *En förnyad folkhälsopolitik*. Socialdepartementet.

Rohani, C., Khanjari, S., Abedi, H., Oskouie, F & Langius-Eklöf, A (2010). Health index, sense of coherence scale, brief religious coping scale and spiritual perspective scale: psychometric properties. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(12)

Schmidt, A, Husberg, M & Bernfort, L (2003). *Samhällsekonomiska kostnader för reumatiska sjukdomar [Elektronisk resurs]*. Linköping: Linköping University Electronic Press

Statistiska centralbyrån (2011) Kvinnor mer sjukskrivna i alla grupper. *Välfärd nr. 4*

Statens beredning för medicinsk utvärdering (1998a). *Reumatiska sjukdomar: kirurgisk behandling. Vol. 1, Sammanfattande analys av området*. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU).

Statens beredning för medicinsk utvärdering (1998b). *Reumatiska sjukdomar: kirurgisk behandling. Vol. 2, En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU).

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

Trost, J (2010) *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur

Ventegodt, S., Omar, H & Merrick, J (2011). Quality of Life as Medicine: Interventions that Induce Salutogenesis. A Review of the Literature. *Social Indicators Research*, 100(3), 415-433

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer - inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*

WHO (1946). International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

WHO (1986). Ottawa Charter för Health promotion first international conference on Health Promotion. Ottawa, 21 november, 1986.

6:1 Internetlänkar

Nationalencyklopedin (www.ne.se) Sökord Hälsa. 2012-04-12

Nationalencyklopedin (www.ne.se) Sökord Salutogen 2012-04-16

7. Bilagor

Bilaga 7:1 Missivbrev

Jag heter Ida Holmström och läser till hälsopedagog på Högskolan i Gävle. Jag skriver just nu min C uppsats inom folkhälsovetenskap som handlar om Reumatism och Känsla av Sammanhang – detta innebär hur man anser sin omgivning vara begriplig, hanterbar och meningsfull.

Om Du väljer att svara på enkäten får Du svara på 31 frågor med sju svarsalternativ och en fråga om ålder. Det tar ca sex till tio minuter att svara på enkäten. Svaren på denna enkät kommer att sammanställas och resultaten kommer endast att användas i min uppsats.

Medverkan är helt och hållet valfri och ingen deltagare kommer att nämnas vid namn. I uppsatsen kommer Ni som väljer att svara på enkäten benämnas som informanter vid en lokal förening för reumatiker i en mellanstor stad i mellersta delen av Sverige.

Vid frågor kontakta mig på telefon: 0730 42 74 94 eller mail: Idaholmstrom_@hotmail.com

Tack

När något otrevligt hände tidigare brukade du:

1	2	3	4	5	6	7
älta det om						säga "Det var det"
och om igen						och sedan gå vidare

Har du mycket motstridiga känslor och tankar?

1	2	3	4	5	6	7
mycket ofta						mycket sällan/aldrig

När du gör något som får dig att känna dig väl till mods:

1	2	3	4	5	6	7
kommer du						kommer det säkert
säkert att fortsätta						att hända något
att känna dig						som förstör den
väl tillmods						goda känslan

Händer det att du har känslor inom dig som du helst inte vill känna?

1	2	3	4	5	6	7
mycket ofta						mycket sällan/ aldrig

Du är inställd på att ditt personliga liv i framtiden kommer att vara:

1	2	3	4	5	6	7
helt utan mål						fyllt av mål och
och mening						mening

Tror du att det i framtiden alltid kommer att finnas människor som du kan räkna med?

1	2	3	4	5	6	7
det är du						det tvivlar du på
säker på						

Händer det att du har en känsla av att du inte vet exakt vad som håller på att hända?

1	2	3	4	5	6	7
mycket ofta						mycket sällan/ aldrig

