

Umeå Universitet
Institutionen för psykologi
D-uppsats vt-05

Förändring av upplevd arbetsmiljö och hälsa efter
deltagande i affektskola
- en longitudinell studie med lärare, vårdpersonal och socialsekreterare

Elisabeth Gustavsson

Handledare: Kristina Westerberg

Förändring av upplevd arbetsmiljö och hälsa efter deltagande i affektskola

- en longitudinell studie med lärare, vårdpersonal och socialsekreterare

Elisabeth Gustavsson

Syftet var att undersöka hur upplevelserna av arbetsmiljö, stress, psykiska och fysiska symtom och utbrändhet förändras efter deltagande i affektskola och hur de ändrats över tid hos personal i skola, socialtjänst och äldreomsorg. Genom självskattningsformulär mättes 13 arbetsmiljöfaktorer och fyra hälsosfaktorer år 2001 och 2004. Totalt deltog 76 individer (25 socialsekreterare, 13 vårdpersonal och 38 lärare) varav 20 deltog i en affektskola och 18 ingick i en kontrollgrupp. Inga signifikanta resultat skiljde de som genomgick affektskolan ifrån de övriga. De som deltagit i affektskolan och kontrollgruppen upplevde färre fysiska symtom medan resterande upplevde fler. Upplevelsen av krav, att arbetet påverkar hemmaförhållandena, stöd, påverkan, delaktighet, personalinriktning och den fysiska arbetsmiljön förbättrades över tid. Socialsekreterarna upplevde minskat stöd, mer ojämlikhet och mer emotionell utmattning. Vårdpersonalen och lärarna upplevde ökat stöd och minskad stress och emotionell utmattning. Vårdpersonalen upplevde mer ojämlikhet och lärarna mindre.

Människors psykiska och fysiska välmående påverkas av den arbetsmiljö där de arbetar. Leitner & Resch (2005) har undersökt arbetsmiljöns påverkan på hälsa. Studien visade att olika faktorer i arbetsmiljön har starka samband med hälsa och att de effekter arbetsmiljö har på hälsa kan dröja kvar under flera år.

Under 1990-talet ökade sjukskrivningarna mest inom kommun och landsting och framförallt för kvinnor (Lockne, 2001). Psykiska och sociala faktorer i arbetsmiljön har försämrats under 1990-talet, men har sedan planats ut och sakta börjat att förbättras de senaste åren. Med sociala faktorer i arbetsmiljön menas här alla relationer mellan människor på en arbetsplats (Wadell & Larsson, 1998). Dessa kan påverkas av andra arbetsmiljöfaktorer som till exempel fysiska, ekonomiska och administrativa faktorer och tillsammans har de arbetsmiljöfaktorerna och de sociala faktorerna konsekvenser på individens psyke (Wadell & Larsson, 1998). Enligt studier genomförda av Statistiska centralbyrån upplevs de faktorerna fortfarande vara sämre idag än den var i början av 1990-talet (Socialstyrelsen, 2005). Inte minst i människovårdande yrken är stress och utbrändhet ett stort problem. Till de yrkesgrupperna hör till exempel vård-, omsorgs- och skolpersonal (Socialstyrelsen, 2005). Det är de som har de mest psykiskt påfrestande arbetsmiljöerna eftersom de arbetar i direkt kontakt med människors problem på olika sätt och utgör en viktig del i sina klienters, patienters eller elevers liv. Den psykiska belastningen i arbetet kan bero på psykiska faktorer hos individen men även på relationer individen har till

andra människor som kollegor, anhöriga och elever (Karasek & Theorell, 1990; Westerberg & Armelius, 2000).

Vad kan göras för att förbättra de psykiska och sociala faktorerna i arbetsmiljön? Ett sätt kan vara att ge individen mer kunskap, medvetenhet och förståelse för olika faktorer i arbetsmiljön så att denne kan hantera vissa stressorer bättre. Med stressorer menas alla de yttre påfrestningar som framkallar stress (Nationalencyklopedin, 2005). I denna studie innebär det alla faktorer i arbetsmiljön som kan leda till stress hos individen. Relationer på arbetsplatsen kan vara en sådan faktor som innebära upplevelse av stress för individen.

Affekter

Begreppet affekt förknippas ofta med andra begrepp som emotion och känsla. Det finns en rad olika definitioner för de tre begreppen. Ibland används samma betydelse för de tre och ibland skiljer de sig åt en aning. Oftast så definieras emotion och affekt på ungefär samma sätt och en vanlig definition av affekt är att det är en biologisk mekanism som är medfödd, en basal emotion (Tomkins, 1962, 1963). Tomkins (1962) kom fram till att det finns nio grundaffekter; intresse, glädje, förvåning, ilska, skam, rädsla, oro, förakt och avsky. Ur dessa kan ytterliggare affekter som till exempel oro, blyghet och skuld framkallas. Det som händer när en affekt utlöses är att en stimulus sätter igång en biologisk mekanism hos individen som sedan gör att individen handlar efter olika mönster. De mönstren kallas skript och bildas när affekten aktiveras om och om igen. Skripten bildas för att de sedan ska förstärka stimuli så att individen blir medveten om dem och sedan kan agera efter det (Nathanson, 1992; Tomkins, 1962). Skripten ser olika ut för alla individer och gör så att individen lätt kan identifiera nya stimuli och interagera med omgivningen.

Gråt eller skratt är exempel på sådana biologiska händelser som starkt förknippas med vad individen tidigare upplevt. Individen lär sig från tidig ålder att koppla ihop upplevelsen av affekten med det som triggade den. Alla individer har olika upplevelser som förknippas med de olika affekterna. Skripten är enligt teorin inget bestående utan individen kan lära sig nya sätt att svara på stimulus och de kan förändras, förtydligas och bli bättre (Luborsky & Crits-Christoph ur Goleman, 1998, Tomkins, 1995).

En känsla är när individen är medveten om att en emotion är aktiverad (Alfvén, 1999). Detta kan tyckas vara självklart, men det är inte i alla kulturer som man kan uttrycka alla affekter fritt i alla lägen. Detta gör att den affekten inte heller upplevs fast den finns där (Nathanson, 1992). Individer kan ibland försöka stoppa känslan av en affekt genom att till exempel svälja skratt eller bita sig i läppen för att inte gråta (Tomkins, 1995). Att svälja affekter leder till stress hos individen. Om detta är något som individen gör under en längre tid och ofta så skapar det en stressreaktion hos individen som i längden kan leda till psykosomatiska problem (Franch et al. 1941 ur Tomkins, 1995).

Andra studier har visat att negativa affekter som till exempel ilska och oro har starka samband med upplevda stress och symtom (Alfvén, 1999; Takkouche et al.,

2002; Lumley, Tomakowsky & Torosian, 1997). Höga korrelationer har även visat sig finnas mellan negativa affekter och utbrändhet (Schaufeli & Enzmann, 1998). Det har ingen betydelse om de negativa affekterna hålls inne eller uttrycks, men om uppvarvningen är för intensiv, sker under alltför lång tid och förenad med känslor av olust sliter den på kroppen och kan bli skadlig för individen (Williams ur Goleman, 1998). Det är på grund av detta viktigt att personal lära sig hur de kan hantera negativa affekter i relationer till andra för att motverka negativa mönster som i sin tur är stressande för individen. Detta är särskilt viktigt i arbeten där personalen arbetar i människa till människa kontakt som till exempel i socialtjänst, äldreomsorg och skola. Viktigt är i dessa yrkesgrupper att kräva goda relationer med exempelvis klient, patient, elev eller anhöriga till vårdtagare som med medarbetare och arbetsledare eftersom det spelar en viktig roll i att minska farliga stressorer i arbetsmiljön och ökar känslan av socialt stöd för individen (Sundin, 2001).

Negativa känslor har visat sig vara mer smittsamma än positiva känslor (Schaufeli & Enzman, 1998). Ett exempel är om en individ är stressad kan stressen tvinga in denne i stereotypiska psykologiska mönster för att denne ska kunna hantera de negativa affekter som aktiverats (Kiesler, 1996). Negativa mönster kan framkallas då en individ drabbats av problem av olika slag och denne kan då locka fram beteenden från andra personer som motsvarar detta negativa mönster (Kiesler, 1996). Detta gör att negativ stämning sprids hos andra individer i dennes omgivning som till exempel hos individens medarbetare på arbetsplatsen. Detta ökar risken för dysfunktionella relationer till andra, vilket i sin tur ökar risken för att utveckla psykiska och somatiska symtom. Ett sätt att förhindra fysiska och psykiska symtom som individen kan få av stress och att de övergår i kroniska smärtor är att motverka dessa negativa psykologiska mönster som kan uppstå. Den som i ord kan uttrycka det de känner kan lättare hantera sina känslor och därmed också sin stress.

Olika psykodynamiska, kognitiva och beteendearterade behandlingar, både gruppterapi och individuell terapi har visat sig reducera fysiska och psykiska symtom (Bergdahl et al., 2000). Bergdahl et al. (2000) studerade effekten av affektskolan på patienter med psykosomatiska problem. Undersökningen visade att psykosomatiska problem minskade efter deltagande i affektskolan. En psykologexamensuppsats som undersökte effekten av affektskolan på skolpersonal visade inte på några signifikanta minskningar av hur arbetsmiljön och stress upplevs (Levin & Lundmark Lundkvist, 2003). Corcorans och Bryces (1983) studie visade en signifikant minskning av emotionell utmattning hos socialarbetare som varit med på interpersonell träning fokuserat på affektiva komponenter (som till exempel reflektivt lyssnande och empati) jämfört med en kontrollgrupp.

Stress, psykiska och fysiska symtom

Stress är evolutionsmässigt en reaktion som är nödvändig för överlevnad (Egidius, 2002). Det kan ses som en fysiologisk reaktion som förbereder oss för kamp eller flykt till följd av att individen hotas, skadas eller utsätts för ovanliga påfrestningar (Egidius, 2002; Danielsson, 1987). I dagens samhälle utsätts människan för helt andra

stressorer i miljön. Dessa stressorer fungerar dåligt ihop med det som människan lärt sig genom evolutionen. Många stressorer i det moderna samhället går inte att slåss eller fly ifrån och därför fungerar de dåligt ihop med den biologiska konstruktion som brukade vara ändamålsenlig. Då kunde människan slåss eller skydda sig mot ett hot, men idag kan vi till exempel inte slåss mot en trafikstockning. Stressreaktioner sätts igång ändå i kroppen, men de får inte utlopp (Levi, 2000).

Skadlig stress framkallas när skillnaderna blir stora mellan vad man behöver och vad man förmår och vad omgivningen kräver eller erbjuder. Det som också har betydelse är om det är stor skillnad mellan de förväntningar man har och hur man upplever verkligheten (Levi, 2000). Individer har olika personliga mål, syn på sig själv och världen och har dessutom olika resurser. Individer upplever stress på olika sätt på grund av dessa olikheter trots att de ses ha samma villkor (Lazarus, 1999). Hur kraftig stressreaktionen blir beror på personens tolkning och värdering av händelsen samt bedömningen av den egna förmågan att hantera situationen (Egidius, 2002).

Om individen utsätts för kortvarig, tillfällig stress så kan kroppen återhämta sig utan större ansträngning. Om individen utsätts för långvarig stress är kroppens resursmobilisering relativt hög samtidigt som den inte får tillfälle till tillräcklig återhämtning töms gradvis kroppen på resurser och gör den känsligare för psykiska påfrestningar (Danielsson, 1987). Långvarig stress kan åstadkomma en utnötning hos individen, där hormonbalansen rubbas och en förändring i hormonreceptorerna förändras genom att de blir fler och känsligare. Immunförsvaret påverkas av detta vilket gör att man blir mer mottaglig för infektioner och fysiska sjukdomar såsom hjärtproblem, övervikt, diabetes, mag- och tarmproblem, depression och ökad sårbarhet för infektionssjukdomar (Egidius, 2002; Rabin et al. ur Goleman, 1998; Levenstein et al., 1992; Kraukuli & Schenström, 2001).

Detta kan också ske om negativa affekter till exempel ilska och oro blir långvariga vilket leder till långvarig stress vilket i sin tur kan leda till psykosomatiska symtom som muskelstress med spänning, trötthet och smärta och även leda till känsligare tarm, påverkan av hjärt-kärlsystem och kronisk påverkan på hormonsystemet (Alfvén, 1999). Det har ingen betydelse om de negativa affekterna hålls kvar inom individen eller uttrycks öppet av individen, de kan ändå leda till symtom (Williams ur Goleman, 1998).

Utbrändhet

Utbrändhet uppstår när en biologisk stressreaktion har pågått under lång tid ó kanske månader eller år ó utan tillfälle till återhämtning (Socialstyrelsen, 2001, Sundin, 2001). Detta psykologiska tillstånd uppstår genom en bristande överensstämmelse mellan ambitioner och utvecklas gradvis, men det kan ta lång tid innan individen själv blir medveten om det.

Initialt var utbrändhet ett vitt begrepp och det fanns ingen standarddefinition på vad utbrändhet var och hur det kunde åtgärdas. Det finns dock tre dimensioner av utbrändhet som återkommit. Dessa beskriver Maslach i sin teori om utbrändhet (Maslach et al. 1996). Maslach var en av de första som introducerade begreppet

utbrändhet. Hennes teori och definition om utbrändhet är utarbetad efter stress på arbetsplatser i människovårdande yrken (Maslach et al., 1996).

Hon talar om tre komponenter inom begreppet utbrändhet; emotionell utmattning (EE), depersonalisering (DP) och personlig arbetstillfredsställelse (PA).

Den första aspekten är *emotionell utmattning*. Med den menas att individen blir helt slut på grund av att de emotionella resurserna sinat. Individen saknar källa för återhämtning och känner sig lika trött på morgonen som då denne gick och la sig på kvällen. Personen är uttänjd såväl fysiskt som psykiskt.

Den andra komponenten är *depersonalisering*. Individen ändrar sig och blir negativ, cynisk och bryr sig mindre om andra. I början fungerar detta som ett skydd mot att ha nära kontakter med andra, vilket gör att andra tar avstånd. En attityd av kyla, distans och likgiltighet riktas mot arbetsomgivningen.

Den tredje komponenten, *minskad personlig arbetstillfredsställelse* uppstår då individen känner dåligt samvete för att denne behandlat andra illa, varit negativ och kylig och känner sig otillräcklig vilket föder en känsla av minskad kompetens och produktivitet i arbetet. Individen tappar tilltron till sin egen förmåga att göra det som har betydelse och då individen förlorar sitt självförtroende förlorar även omgivningen förtroendet för individen. Minskad personlig arbetstillfredsställelse är ofta kopplad till depression och oförmåga att klara kraven i arbetet. Det leder till ineffektivitet och en känsla av brister i socialt stöd och i möjlighet till personlig utveckling. (Maslach et al. 1996; Maslach & Leiter, 1999; Jürisoo, 2001).

Utbrändhet kan inte bara leda till ökad emotionell utmattning och depersonalisering och minskad personlig arbetstillfredsställelse utan kan även leda till fysiska besvär som till exempel trötthet, spänningar, sömnlöshet, vilket i sin tur leder till mottaglighet för sjukdomar (Maslach, 1998).

De som fortsätter att arbeta trots utbrändhet producerar inte lika mycket och är mindre effektiva men upplever även en minskad tillfredsställelse i arbetet och minskad samhörighet till medarbetare och organisation. Detta påverkar medarbetare negativt och kan leda till fler konflikter. Sådana stressorer som påverkar vissa individer specifikt har visat sig vara viktiga faktorer när det gäller arbetsrelaterad utbrändhet (Maslach, Leiter & Schaufeli, 2001).

Arbetsmiljö

Arbetsmiljö brukar definieras som öalla förhållanden som påverkar en människa i hennes arbete (Wadell & Larsson, 1998, s. 30). I detta inräknas alla fysiska och psykiska faktorer i arbetsmiljön som kan tänkas påverka individen i dennes arbete. I denna studie är det framförallt de sociala arbetsmiljöfaktorerna som påverkar individen psykiskt som ska undersökas. Det finns framför allt tre faktorer i arbetsmiljön som påverkar individen starkt och som samverkar med varandra, nämligen krav, kontroll och socialt stöd (Karasek & Theorell, 1990). En viss grad av krav är nödvändigt och ger arbetstillfredsställelse, men kraven får inte vara för höga och för många. Att kunna påverka sin arbetssituation, att ha kontroll över och kunna planera sitt arbete är en viktig faktor. Den mest stressade arbetssituationen är den med

höga krav och låg kontroll. Om man till detta har det sociala stödet från chefer och arbetskamrater fungerar det bättre och man klarar påfrestningar än om man saknar socialt stöd (Karasek & Theorell, 1990). Höga psykiska krav eller litet beslutsutrymme eller dåligt socialt stöd i arbetet har i olika studier visats vara riskfaktorer för akut insjuknande i ryggvärk eller nack- och skulderverk (Pedersen et al., 1989 ur Folkhälsorapport, 2001).

Yrkessektorn för vård och skola har typiskt associerats med utbrändhet på grund av emotionella krav och stressorer i en vårdande eller lärande situation (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Tidigare studier har funnit att alla sociala faktorer sociala hos arbetsmiljön i äldreomsorg, skola och socialtjänst har stor betydelse för hur personalen mår, och då främst relationerna till patienter, elever, klienter, anhöriga, kollegor etc. är viktiga faktorer (Westerberg & Armelius, 2000).

Att arbeta inom äldreomsorgen innebär med nödvändighet att i hög utsträckning arbeta med gamla människors sorg, ensamhet och oro, möta de äldres anhöriga och meningsskiljaktigheter medarbetare emellan som alltid uppstår när människor ska arbeta med varandra (Sundin, 2001). Personalen måste lära sig att distansera sig från de svårigheter de möter för att inte riskera att fara illa (Sundin, 2001). Även lärare har visat sig vara en utsatt grupp när det gäller stora krav i arbetet där många drar in på sina luncher, arbetar över eller tar med sig arbetet hem och anser att arbetet är psykiskt påfrestande (Socialstyrelsen, 2005).

Att arbetsmiljön spelar stor roll i hur personalen mår är kanske ingen hemlighet. Många studier har undersökt arbetsmiljö, stress, fysiska och psykiska symtom och utbrändhet. Det är dock inte lika många studier som undersökt de faktorerna longitudinellt över flera år.

Enligt teorier ovan som rör affekter borde större medvetenhet och kunskap om affekter leda till mindre konflikter och missförstånd eftersom det skulle ge en ökad tolerans och förståelse om hur olika människor reagerar i olika situationer. Tidigare forskning har visat att sociala relationer och nätverk kan vara ett skydd mot skadlig stress som kan leda till utbrändhet och symtom på grund av skadlig stress (Sundin, 2001). Tidigare studier som tagits upp tidigare i inledningen har också visat att terapier i grupp och individuellt och interventioner som riktar in sig på affekter leder till mindre psykiska och fysiska symtom (Bergdahl et al. 2000). En studie där endast fem individer deltog och effekten på den upplevda arbetsmiljön och stressen mättes direkt efter genomgången affektskola visade inte på någon skillnad (Levin & Lundmark Lundkvist, 2003).

Det är viktigt att undersöka olika interventioners effekt på arbetsrelaterad ohälsa för att kunna ge de drabbade rätt behandling. Det är också viktigt att effekterna av interventionerna är bestående och ger effekt på längre sikt så att interventionen inte skall vara förgäves. Intressant vore därför att undersöka om affektskolan påverkar individens upplevelser av sin arbetsmiljö och hälsa en längre tid efter att affektskolan ägt rum. Enligt Socialstyrelsen (2005) har den psykosociala arbetsmiljön blivit bättre planats ut under 2000-talet. Går dessa tendenser även att se i denna studie när det gäller lärare, vårdpersonal inom äldreomsorg och socialsekreterare?

Syfte

Huvudsyftet med denna studie var att undersöka om affektskolan förändrar upplevelserna av arbetsmiljön, stress, fysiska och psykiska symtom och utbrändhet för personal i socialtjänst, äldreomsorg och skola. Ett delsyfte var att undersöka förändringarna av upplevelserna för arbetsmiljö, stress, fysiska och psykiska symtom och utbrändhet över tid hos personalen i de tre verksamhetsområdena.

Frågeställningar

- Har affektskolan haft någon påverkan på upplevelserna av arbetsmiljö, stress, psykiska och fysiska symtom och utbrändhet?
- Går det att se skillnad mellan de tre verksamhetsgrupperna: socialtjänst, äldreomsorg och skola vad gäller hur upplevelserna av arbetsmiljö, stress, fysiska och psykiska symtom och utbrändhet ändrats över tid?

Metod

Deltagare

Deltagarna ingick i ett större forskningsprojekt, öPsyisk belastning i arbetslivetö (Bergdahl et al. 2002) med det övergripande syftet att analysera och beskriva processen i relationer mellan personal och faktorer i arbetsmiljön och hur personlighet, affekter och relaterandemönster är relaterat till symtom, arbetsmiljö, hormoner och funktionell hjärnaktivitet. Projektet utfördes av institutionerna för psykologi och odontologi vid Umeå universitet i samarbete med landstinget Västernorrland, yrkes- och miljömedicinska kliniken vid Västerbottens läns landsting samt kemiska enheten vid arbetslivsinstitutet i Umeå.

Ursprungligen valdes 150 individer (50 lärare, 50 vårdpersonal, 50 socialsekreterare) slumpmässigt ut för att delta i projektet. Av de 150 var det 123 individer som besvarade frågeformulären vid första mätningen hösten 2001 och 76 individer vid sista mätningen hösten 2004. Det är den gruppen på 76 individer som utgör undersökningsgruppen i denna studie (tabell 1 och tabell 2 nedan). En del av deltagarna genomgick en intervention våren 2002. Hur många de var och bortfall redovisas i tabell 1 nedan. Den grupp som deltagit i interventionen kommer att benämnas interventionsgrupp och de övriga som varken deltog i intervention eller tillhör kontrollgrupp benämns ingen intervention.

Bortfall

Frågeformuläret distribuerades till 150 slumpvis utvalda individer inom skola, äldreomsorg och socialtjänst. Svarefrekvensen uppgick till 123 (82 %) i den första insamlingen. Vid sista mätningen svarade 76 stycken (67 kvinnor, 9 män) på frågeformuläret vilket är 62 % av de 123 som ställde upp i första mätningen, det vill säga ett bortfall på 38 % mellan de båda mätningarna. Bortfall redovisas i tabell 1 nedan. Störst bortfall går att se hos den grupp som inte deltog i en intervention och minst hos den grupp som deltog i intervention. Av verksamhetsgrupperna var det störst bortfall hos äldreomsorgen och socialtjänsten och minst hos lärarna. Se tabell 1 och 2 nedan.

Tabell 1. *Antal deltagare och bortfall för interventionen*

| Ingen intervention | | | Intervention | | | Kontrollgrupp | | | Totalt | | |
|--------------------|------|----------|--------------|------|----------|---------------|------|----------|--------|------|----------|
| 2001 | 2004 | Bortfall | 2001 | 2004 | Bortfall | 2001 | 2004 | Bortfall | 2001 | 2004 | Bortfall |
| 68 | 38 | 44% | 27 | 20 | 26% | 28 | 18 | 36% | 123 | 76 | 38% |

Tabell 2. Antal deltagare och bortfall för de olika verksamhetsgrupperna

| | Socialsekreterare | | | Äldreomsorgspersonal | | | Lärare | | |
|--------------------|-------------------|------|------------|----------------------|------|------------|--------|------|------------|
| | 2001 | 2004 | Bortfall % | 2001 | 2004 | Bortfall % | 2001 | 2004 | Bortfall % |
| Ingen intervention | 24 | 13 | 46 | 16 | 6 | 62 | 28 | 19 | 32 |
| Interventionsgrupp | 8 | 6 | 25 | 7 | 4 | 43 | 12 | 10 | 17 |
| Kontrollgrupp | 10 | 6 | 40 | 8 | 3 | 62 | 10 | 9 | 20 |
| Totalt | 42 | 25 | 40 | 31 | 13 | 42 | 50 | 38 | 24 |

Instrument

För datainsamlingen av arbetsmiljöfaktorer och hälsfaktorer användes fem stycken olika självskattningstest. Mellan första och sista datainsamlingen genomfördes en intervention i form av en affektskola.

Intervention

Interventionen ägde rum våren 2002 och bestod av affektskola och skriptanalys, vilka genomfördes med syftet att öka medvetandet och förståelsen av affekter och öka möjligheten att uppfatta och uttrycka affekter (Bergdahl et al. 2000). Affektskolans uppbyggnad grundar sig på Tomkins affektteori (Tomkins, 1962).

Affektskolan genomfördes i åtta sessioner á 2 timmar en gång i veckan i åtta veckor. Varje session börjar med en 30-minuters anförande av ämnen relaterade till affekter och en eller två affekter presenteras och den specifika affektens roll och viktighet understryks och diskuteras. I nästa steg ombads deltagarna att tänka på och berätta om en specifik situation när de kände den aktuella affekten. De måste också beskriva hur denna affekt är erfaren, hur de uttrycker den verbalt och kroppsligt och hur de kan identifiera andra personers uttryck av den specifika affekten.

Efter affektskolan fick alla i interventionsgruppen gå på en individuell session på cirka en timme som syftade till att ge ytterligare ökad självkänedom om sitt eget affekthanteringsmönster (skript), en så kallad skriptanalys.

Interventionsgruppen och kontrollgruppen bestod av de med hög nivå av stress av dem som svarade på den första mätningen 2001. Enligt post-hoc test Bonferroni var det signifikanta skillnader mellan interventionsgrupp och den grupp som inte ingick i interventionen med lägre upplevd stress ($p < .001$) och kontrollgruppen och den grupp som inte ingick i interventionen ($p < .001$). Behandlingsgruppen bestod av 27 individer och kontrollgruppen av 28 individer. Vid sista mätningen 2004 var det 20 individer kvar av interventionsgruppen och 18 av kontrollgruppen (se tabell 1).

Skattningstest

The Perceived Stress Questionnaire (PSQ)

Används för att mäta individens subjektiva upplevelse av stress Levenstein et al. (1992,1993). Frågeformuläret består av 30 påståenden med en svarsskala som löper mellan 1 (nästan aldrig) och 4 (för det mesta). Respondenten ska skatta utifrån hur mycket påståendet stämmer in med henne/honom den senaste veckan.

Av det totala antalet påståenden är åtta stycken påståenden omvända, vilket i dessa fall innebär att 1 omräknas till 4 och så vidare, i samband med beräkningarna. De omvända påståendena är nr 1, 7, 10, 13, 17, 21, 25 och 29.

Ett PSQ-index, varierande mellan 0 (lägsta mottagna stress) till 1 (högsta nivå av mottagen stress), omräknas från råpoängen genom att använda formeln: (råpoäng - 30)/90, (Levenstein et al., 1992,1993). Indexet är det som användes i denna undersökning.

PSQ-testet har visat sig ha hög validitet och reliabilitet ($\alpha > 0.9$) (Levenstein et al., 1993; Paul & Soon, 1993; Bergdahl & Bergdahl, 2002). Även begrepps- och prediktiv validitet är undersökt och dokumenterad (Levenstein, m.fl., 1993).

Symptom Check List-90 (SCL-90)

Används för att mäta olika psykiska symtom individen upplevt att denne haft under den senaste veckan (Derogathis & Cleary, 1977). Testet innefattar 90 påståenden där varje respondent ska skatta hur mycket denne har besvärats av symtomen på en skala mellan 0 (inte alls) till 4 (våldigt mycket). Testet mäter olika kategorier av symtom. Dessa är somatiska symtom, tvångsmässiga symtom, interpersonell sensitivitet, depressiva symtom, ångestsymtom, aggressivitet, fobiska symtom, paranoida symtom och psykotiska symtom.

Utifrån alla påståenden tillsammans beräknas The Global Severity Index, GSI, som beskriver genomsnittssvaren oavsett skala (Derogathis & Cleary, 1977) I denna undersökning användes The Global Severity Index.

SCL-90 har använts i flera studier både internationellt och i Sverige på både kliniska grupper och normalgrupper och har visat sig ha hög reliabilitet och validitet (Öhman och Armelius, 1990).

Symtomlista

En lista på 33 vanliga fysiska symtom följde med frågeformuläret (Westerberg & Bergdahl, 2004) . Individen ska skatta varje påstående till vilken grad denne upplever symtomet från 0 (inte alls) till 10 (outhärdligt). Genom faktoranalys så bildades sju faktorer för olika symtom; 1) *Trötthet* (inkluderar stort sömnbehov, trötthet, blir lätt utmattad, känsla av svaghet och hjärtklappning), 2) *Muskelskelettvärk* (inkluderar muskelsmärter, värk i nacke och skuldror, rygg och ledvärk, tunga och trötta ben och svullna händer och fötter), 3) *Yrsel* (inkluderar tinnitus, yrsel, balansrubbingar, utbrändhet och domningar), 4) *Matsmältningsproblem* (inkluderar magsmärter, illamående, diarré och tryck- och fyllnadskänsla i buken), 5) *Psykosomatiska stressymtom* (inkluderar stress, sömnstörningar och huvudvärk), 6) *Affektiva symtom*

(inkluderar koncentrationssvårigheter, klump i halsen och lätt att gråta) och 7) *Hudproblem* (inkluderar hudbesvär, klåda och ögonbesvär).

Av de faktorerna räknades ett totalt medelvärde ut för alla 33 symtom. Det är det totala medelvärdet som användes i denna studie.

Arbetsmiljöenkät

Mäter hur personalen upplever sin arbetsmiljö med en rad arbetsmiljöfaktorer; krav (fem påståenden), kontroll (sex påståenden), stimulans (sju påståenden), socialt stöd (sex påståenden), delaktighet (sex påståenden), organisatoriskt uppmuntrande (sex påståenden), arbetsklimat (sju påståenden), ojämlikhet (två påståenden), personalinriktning (tre påståenden), hur mycket arbetet påverkar hemmaförhållandena ett påstående), hur mycket hemmaförhållandena påverkar arbetet (ett påstående) och relation till ledning (två påståenden) Westerberg & Bergdahl, 2004). Även ett påstående som mäter den upplevda fysiska arbetsmiljön mättes.

Varje påstående skattas på en skala graderad från 1 till 5, där 1 är ömycket sällan eller aldrig och 5 är ömycket ofta eller alltid.

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Används för att mäta utbrändhet en individ upplever (Maslach et al., 1996). Formuläret består av 22 påståenden. MBI har tre delskalor för att undersöka faktorerna emotionell utmattning, depersonalisering och personlig arbetstillfredsställelse (Maslach et al., 1996). De nio påståenden som ingår i emotionell utmattning beskriver känslor av att vara emotionellt överansträngd och utmattad i arbetet. Fem påståenden som ger delskalan depersonalisering uttrycker en okänslig och opersonlig respons inför den som mottar ens tjänster eller vård. Den sista komponenten i utbrändhetssyndromet personlig arbetstillfredsställelse, mäts med åtta påståenden upplevelsen av kompetens och framgång i arbetet (Maslach et al., 1996). Påståendena handlar om känslor som kan uppstå i samband med arbete, de skattas från 0 (aldrig) till 6 (varje dag). Utbrändheten hävdas vara störst vid höga resultat på emotionell utmattning och depersonalisering samt låga resultat på arbetstillfredsställelse erhålls (Maslach et al., 1996).

Det finns även stöd för skalans validitet, vilket är undersökt såväl med hjälp av konvergerande begrepp som med diskriminerande begrepp (Maslach et al., 1996).

Procedur

Ett frågeformulär skickades ut till deltagarnas hemadress per post hösten 2001. Alla deltagare hade blivit informerade i förväg. Våren 2002 genomgick en del av deltagarna Affektskolan, en session i veckan i åtta veckor och Skriptanalys. Sedan fick deltagarna igen fylla i självskattningsformulär hösten 2004. Även den gången skickades de ut per post. Vid båda tidpunkterna skulle deltagarna skicka tillbaka formulären i frankerade kuvert som medföljde. Av de 76 individer som svarade på formulär både vid första och sista mätningen var det inte alla som svarade på alla

testen. 39 individer svarade på exakt alla självskattningstest vid de båda tidpunkterna. Antal (N) varierar för varje variabel. Detta redovisas under tabellerna i resultatet.

Etik

Huvudprojektet öpsykisk belastning i arbetslivet har granskats forskningsetiskt och godkänt och godkänts (Etikkommittén, Umeå universitet 2000). Alla deltagare gav sitt samtycke att delta i undersökningen och informerades om att de kunde avbryta sitt deltagande vid vilken tidpunkt som helst. Data som samlats in är avidentifierat och kodat så att inga personuppgifter som namn och personuppgifter förekommer. Data behandlas så genom hela processen så det går inte att identifiera individerna.

Design

I denna studie används en mixad faktoriell design där oberoende variabler är grupptillhörighet och tidpunkt för mätningen där samma individer är med vid de båda tidpunkterna men tillhör olika grupper. Beroende variabler är de olika arbetsmiljöfaktorerna och hälsfaktorerna som mäts med självskattningstesten.

| | | Grupper | | |
|----------|---|---------|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 |
| Tidpunkt | 1 | | | |
| | 2 | | | |

Figur 1. Undersökningsdesign

Statistiska metoder

En linjär modell för upprepad mätning användes för att beräkna variansanalys för de olika arbetsmiljö- och hälsovariablerna mellan de båda tidpunkterna och grupperna. Inomindivids- beräkningar gjordes över tid och mellangrups- beräkningar gjordes mellan de olika grupperna. Detta användes för att räkna fram eventuella interaktionseffekter mellan tid och grupp eller huvudeffekter av tid. Post- hoc test, Bonferroni användes för att undersöka skillnaderna mellan grupperna vid tidpunkt 2001 och 2004 för interaktionseffekterna.

Signifikansnivå för alla statistiska test i undersökningen är satt till $p < .05$. De statistiska analyserna utfördes i SPSS 12.0 och Windows Excel.

Resultat

Endast signifikanta interaktionseffekter (tid * grupp) och huvudeffekter redovisas nedan i resultatet. För de faktorer där signifikant interaktionseffekt redovisas kommer inte signifikanta huvudeffekter att redovisas om sådana visat sig i resultatet. Detta på grund av att det är osäkert att uttala sig om att det verkligen är huvudeffekt.

Förändring av arbetsmiljön

Tabell 3. Medelvärden, standardavvikelser och differenser för arbetsmiljöfaktorer vid tidpunkterna 2001 och 2004 för interventionsgrupp, kontrollgrupp och grupp som inte ingått i intervention

| Arbetsmiljöfaktorer | Interventionsgrupp | | | | | Kontrollgrupp | | | | | Ingen intervention | | | | |
|---------------------------|--------------------|------|------|------|-------|---------------|------|------|------|-------|--------------------|------|------|------|-------|
| | 2001 | | 2004 | | Diff | 2001 | | 2004 | | Diff | 2001 | | 2004 | | Diff |
| | M | Sd | M | Sd | | M | Sd | M | Sd | | M | Sd | | | |
| Krav | 3,86 | 0,57 | 3,42 | 0,39 | -0,44 | 3,49 | 0,73 | 3,36 | 0,43 | -0,13 | 3,40 | 0,67 | 3,09 | 0,51 | -0,31 |
| Påverkan | 3,42 | 0,59 | 3,64 | 0,45 | 0,22 | 3,60 | 0,52 | 3,66 | 0,54 | 0,06 | 3,61 | 0,64 | 3,85 | 0,54 | 0,24 |
| Stimulans | 4,05 | 0,33 | 4,01 | 0,42 | -0,04 | 4,03 | 0,40 | 3,98 | 0,36 | -0,05 | 4,02 | 0,56 | 3,97 | 0,49 | -0,05 |
| Stöd | 3,67 | 0,45 | 3,75 | 0,52 | 0,08 | 3,61 | 0,65 | 3,88 | 0,63 | 0,27 | 3,83 | 0,50 | 4,03 | 0,51 | 0,20 |
| Delaktighet | 3,06 | 0,51 | 3,28 | 0,48 | 0,22 | 3,29 | 0,58 | 3,39 | 0,62 | 0,10 | 3,37 | 0,55 | 3,52 | 0,60 | 0,15 |
| Organisatorisk uppmuntran | 2,96 | 0,46 | 3,12 | 0,48 | 0,16 | 2,98 | 0,38 | 3,06 | 0,69 | 0,08 | 3,23 | 0,65 | 3,34 | 0,78 | 0,11 |
| Klimat | 3,65 | 0,47 | 3,69 | 0,37 | 0,04 | 3,53 | 0,47 | 3,63 | 0,48 | 0,10 | 3,84 | 0,53 | 3,94 | 0,54 | 0,10 |
| Ojämlighet | 1,97 | 0,72 | 2,21 | 0,98 | 0,24 | 2,19 | 1,08 | 2,22 | 0,95 | 0,03 | 1,78 | 0,74 | 1,81 | 0,72 | 0,03 |
| Personalinriktning | 2,65 | 0,55 | 2,84 | 0,64 | 0,19 | 2,40 | 0,52 | 2,83 | 0,63 | 0,43 | 3,01 | 0,77 | 3,34 | 0,87 | 0,33 |
| Hem och arbete | 2,00 | 1,05 | 2,37 | 0,83 | 0,37 | 2,00 | 0,89 | 2,06 | 0,77 | 0,06 | 1,84 | 0,85 | 1,53 | 0,80 | -0,31 |
| Arbetet och hem | 3,72 | 0,67 | 3,11 | 0,96 | -0,61 | 3,56 | 1,03 | 2,75 | 1,13 | -0,81 | 2,75 | 1,08 | 2,53 | 1,05 | -0,22 |
| Fysisk arbetsmiljö | 2,78 | 1,06 | 3,17 | 0,71 | 0,39 | 2,92 | 1,04 | 3,15 | 0,69 | 0,23 | 3,23 | 0,94 | 3,70 | 0,79 | 0,47 |
| Ledning | 3,50 | 0,97 | 3,68 | 0,75 | 0,18 | 3,66 | 0,77 | 3,44 | 0,77 | -0,22 | 4,03 | 0,73 | 4,03 | 0,78 | 0,00 |

Antal N varierar mellan 18-19 för interventionsgrupp, 13-16 för kontrollgrupp, 30-32 för grupp som inte ingått intervention

En linjär modell med upprepad mätning med de tre grupperna; interventionsgrupp, kontrollgrupp och grupp som inte genomgått intervention visade signifikanta huvudeffekter av tid för faktorerna: *arbetskrav*, $F(1,63)=15,37$ ($p<.000$), *stöd*, $F(1,64)=5,89$ ($p<.018$), *påverkan*, $F(1,62)=4,83$ ($p<.032$) *personalinriktning*, $F(1,64)=9,77$ ($p<.003$), *fysisk arbetsmiljö*, $F(1,58)=4,39$ ($p<.041$), *att arbetet påverkar hemmaförhållanden*, $F(1,63)=15,34$ ($p<.000$) och *delaktighet* låg på gränsen, $F(1,63)=3,92$ ($p<.052$).

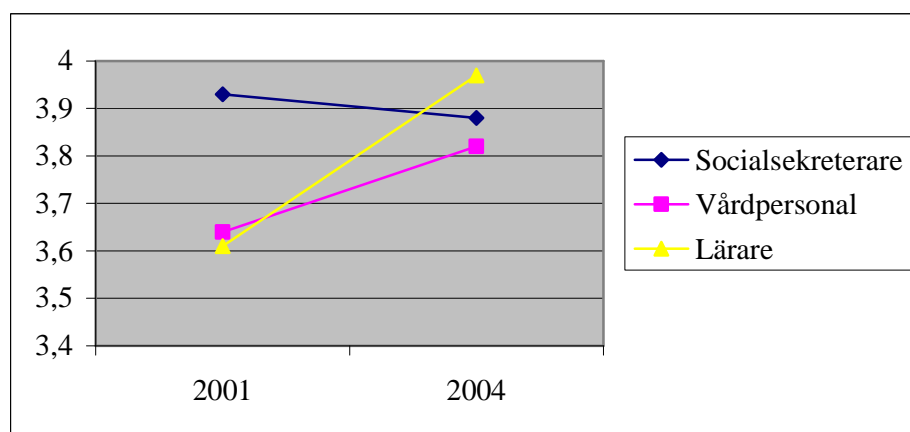
Skattningarna för upplevda *krav* och *att arbetet påverkar hemmaförhållandena* har minskat 2004 jämfört med 2001 och för *stöd*, *påverkan*, *personalinriktning* och *fysiska arbetsmiljön* skattas upplevelsena högre 2004 jämfört med 2001 (tabell 3).

Tabell 4. Medelvärden, standardavvikelser och differenser för arbetsmiljöfaktorer vid tidpunkterna 2001 och 2004 för socialsekreterare, vårdpersonal och lärare

| Arbetsmiljöfaktorer | Socialsekreterare | | | | | Vårdpersonal | | | | | Lärare | | | | |
|---------------------------|-------------------|------|------|------|-------|--------------|------|------|------|-------|--------|------|------|------|-------|
| | 2001 | | 2004 | | Diff | 2001 | | 2004 | | Diff | 2001 | | 2004 | | Diff |
| | M | Sd | M | Sd | | M | Sd | M | Sd | | M | Sd | M | Sd | |
| Krav | 3,31 | 0,69 | 3,22 | 0,37 | -0,09 | 3,45 | 0,59 | 3,13 | 0,58 | -0,32 | 3,80 | 0,64 | 3,33 | 0,52 | -0,47 |
| Påverkan | 3,46 | 0,65 | 3,60 | 0,59 | 0,14 | 3,27 | 0,49 | 3,67 | 0,57 | 0,40 | 3,73 | 0,56 | 3,89 | 0,42 | 0,16 |
| Stimulans | 4,25 | 0,35 | 4,12 | 0,41 | -0,13 | 3,68 | 0,40 | 3,63 | 0,35 | -0,05 | 4,00 | 0,48 | 4,01 | 0,43 | 0,01 |
| Stöd | 3,93 | 0,44 | 3,88 | 0,53 | -0,05 | 3,64 | 0,48 | 3,82 | 0,60 | 0,18 | 3,61 | 0,58 | 3,97 | 0,55 | 0,36 |
| Delaktighet | 3,16 | 0,56 | 3,33 | 0,47 | 0,17 | 3,06 | 0,57 | 3,44 | 0,59 | 0,38 | 3,42 | 0,52 | 3,48 | 0,65 | 0,06 |
| Organisatorisk uppmuntran | 3,14 | 0,53 | 3,01 | 0,54 | -0,13 | 3,17 | 0,44 | 3,36 | 0,67 | 0,19 | 3,04 | 0,62 | 3,31 | 0,77 | 0,27 |
| Klimat | 3,73 | 0,46 | 3,71 | 0,58 | -0,02 | 3,63 | 0,36 | 3,81 | 0,38 | 0,18 | 3,73 | 0,59 | 3,85 | 0,48 | 0,12 |
| Ojämlighet | 1,85 | 0,76 | 2,19 | 0,62 | 0,34 | 1,96 | 0,89 | 2,33 | 0,91 | 0,37 | 1,98 | 0,88 | 1,77 | 0,96 | -0,21 |
| Personalinriktning | 2,74 | 0,82 | 2,88 | 0,74 | 0,14 | 2,69 | 0,59 | 3,33 | 0,68 | 0,64 | 2,81 | 0,65 | 3,14 | 0,84 | 0,33 |
| Hem och arbete | 2,25 | 1,03 | 1,92 | 0,88 | -0,33 | 1,50 | 0,80 | 1,58 | 0,67 | 0,08 | 1,84 | 0,78 | 2,00 | 0,93 | 0,16 |
| Arbete och hem | 3,17 | 0,70 | 2,75 | 0,90 | -0,42 | 3,08 | 1,16 | 2,33 | 1,07 | -0,75 | 3,30 | 1,26 | 2,90 | 1,16 | -0,40 |
| Fysisk arbetsmiljö | 3,30 | 1,17 | 3,45 | 0,83 | 0,15 | 2,91 | 0,94 | 3,45 | 0,82 | 0,54 | 2,90 | 1,00 | 3,40 | 0,77 | 0,50 |
| Ledning | 3,91 | 0,95 | 3,63 | 0,92 | -0,28 | 3,96 | 0,94 | 3,83 | 0,72 | -0,13 | 3,63 | 0,69 | 3,89 | 0,74 | 0,26 |

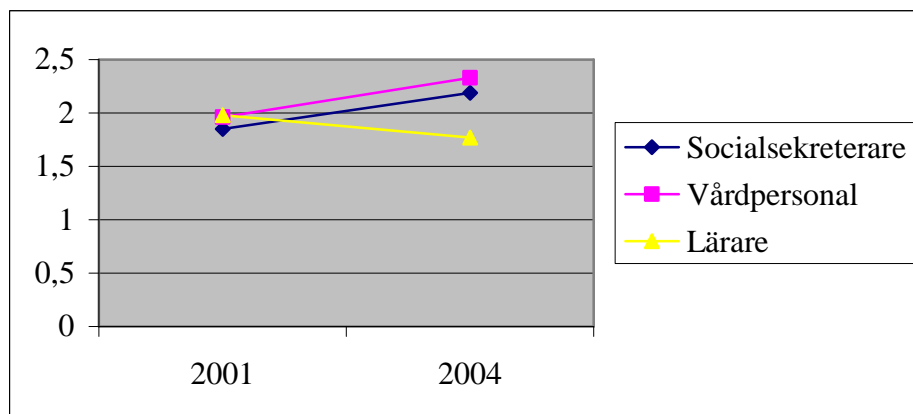
Antal N varierar mellan 20-24 för socialsekreterarna, 11-12 för vårdpersonalen, 30-31 för lärarna

En linjär modell med upprepad mätning med de tre olika verksamhetsgrupperna; socialsekreterare, vårdpersonal och lärare visade interaktionseffekter (tid * grupp) för *stöd*, $F(2,64)=3.86$ ($p<.026$) och *ojämlighet*, $F(2,64)=4.45$ ($p<.016$) (se figur 1 och 2). *Organisatorisk uppmuntran* låg på gränsen till en signifikant interaktionseffekt $F(2,63)=2.95$ ($p<.059$).



Figur 2. Medelvärden för *stöd* 2001 och 2004 för verksamhetsgrupperna socialsekreterare, vårdpersonal och lärare.

Socialsekreterarna upplevde minskat *stöd* medan vårdpersonalen och lärarna upplevde ökat stöd 2004 jämfört med 2001 (tabell 4, figur 2).



Figur 3. Medelvärden för *ojämlikhet* 2001 och 2004 för verksamhetsgrupperna socialsekreterare, vårdpersonal och lärare

Resultatet visar på ökad upplevelse av *ojämlikhet* för socialsekreterarna och vårdpersonalen och minskad upplevelse av *ojämlikhet* för lärarna 2004 jämfört med 2001 (tabell 4, figur 3).

Huvudeffekter av tid visade sig för *krav*, $F(1,63)=14.98$ ($p<.000$), *påverkan*, $F(1,62)=8.19$ ($p<.006$), *delaktighet*, $F(1,63)=6.70$ ($p<.012$), *personalinriktning* $F(1,64)=12.54$ ($p<.001$), *fysisk arbetsmiljö*, $F(1,58)=5.13$ ($p<.027$) och att *arbetet påverkar hemmaförhållandena*, $F(1,63)=12.64$ ($p<.001$).

Upplevelsen av *krav* och att *arbetet påverkar hemmaförhållandena* minskade och upplevelserna av *påverkan*, *delaktighet*, *personalinriktning* och *fysisk arbetsmiljö* ökade till 2004 jämfört med 2001 (tabell 4).

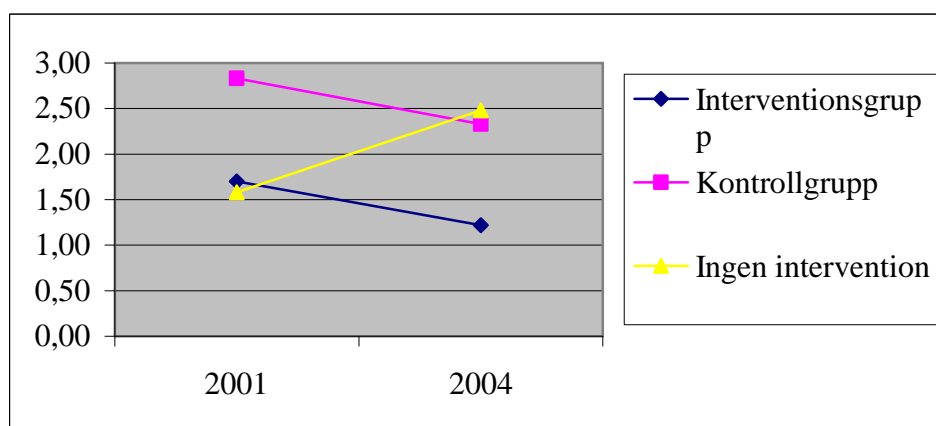
Förändringar i hälsa

Tabell 5. Medelvärden, standardavvikelser och differenser för hälsfaktorer vid tidpunkterna 2001 och 2004 för interventionsgrupp, kontrollgrupp och grupp som inte ingått i intervention

| Hälsfaktorer | Interventionsgrupp | | | | | Kontrollgrupp | | | | | Ingen intervention | | | | |
|------------------------------------|--------------------|------|------|------|-------|---------------|------|------|------|-------|--------------------|------|------|------|-------|
| | 2001 | | 2004 | | Diff | 2001 | | 2004 | | Diff | 2001 | | 2004 | | Diff |
| M | Sd | M | Sd | M | | Sd | M | Sd | M | | Sd | M | Sd | M | |
| Stress (PSQ-Index) | 0,46 | 0,07 | 0,36 | 0,15 | -0,10 | 0,42 | 0,15 | 0,40 | 0,17 | -0,02 | 0,29 | 0,13 | 0,25 | 0,12 | -0,04 |
| Psykiska symtom (SCL-90, GSI) | 0,76 | 0,32 | 0,56 | 0,37 | -0,20 | 0,61 | 0,25 | 0,61 | 0,43 | 0,00 | 0,26 | 0,2 | 0,30 | 0,23 | 0,04 |
| Fysiska symtom | 1,70 | 1,69 | 1,22 | 0,91 | -0,48 | 2,83 | 1,44 | 2,33 | 1,71 | -0,50 | 1,58 | 1,03 | 2,48 | 1,87 | 0,90 |
| Utbrändhet (MBI) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Emotionell utmattning | 2,62 | 0,92 | 2,75 | 1,11 | 0,13 | 2,62 | 1,24 | 2,07 | 1,17 | -0,55 | 1,83 | 0,89 | 1,63 | 1,02 | -0,20 |
| Depersonalisering | 0,95 | 0,72 | 0,76 | 0,94 | -0,19 | 1,09 | 0,98 | 0,99 | 0,97 | -0,10 | 0,64 | 0,45 | 0,53 | 0,69 | -0,11 |
| Personlig arbetstillfredsställelse | 4,03 | 0,91 | 4,30 | 0,84 | 0,27 | 4,45 | 1,17 | 4,35 | 1,34 | -0,10 | 4,67 | 0,96 | 4,55 | 0,81 | -0,12 |

Antal N varierar mellan 15-19 för interventionsgrupp, 11-16 för kontrollgrupp, 32-35 för grupp som inte genomgått intervention

En linjär modell med upprepad mätning med de tre olika grupperna; interventionsgrupp, kontrollgrupp och grupp som inte ingått i intervention visade interaktionseffekt (tid * grupp) för *fysiska symtom*, $F(2,65)=3.77$ ($p<.028$) (figur 4 nedan). *Psykiska symtom* låg på gränsen till signifikant för interaktionseffekt, $F(2,62)=3.05$ ($p<.054$).



Figur 4. Medelvärden för *fysiska symtom* 2001 och 2004 för interventionsgrupp, kontrollgrupp och grupp som inte genomgått intervention

Upplevelsen av *fysiska symtom* minskade för interventionsgrupp och kontrollgrupp, medan den för grupp som inte var med i interventionen upplevde mer fysiska symtom 2004 jämfört med 2001 (tabell 5, figur 4).



Figur 5. Medelvärden för *stress* 2001 och 2004 för interventionsgrupp, kontrollgrupp och grupp som inte genomgått intervention

Huvudeffekter av tid visade sig för *stress* där den lägre mottagen stress upplevs 2004 jämfört med 2001 för alla tre grupperna, $F(1,62)=7.41$ ($p<.008$) (tabell 5, figur 5).

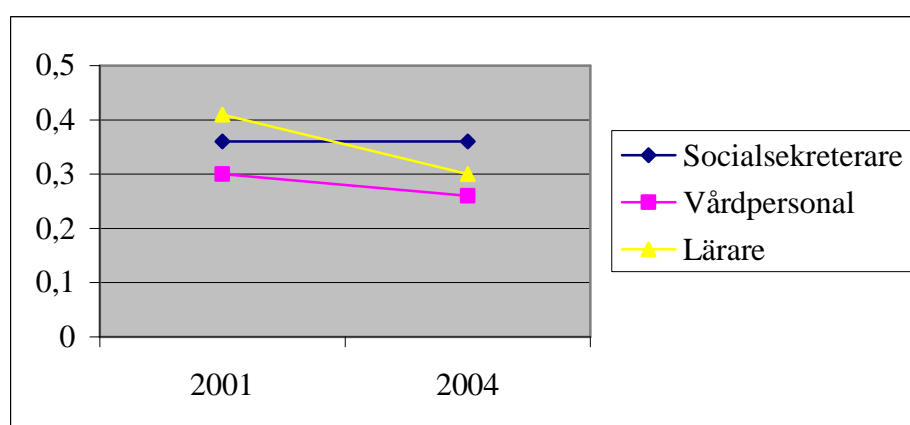
Som tidigare nämnts i metoddelen så var det de mest stressade individerna vid första mätningen 2001 som ingick i interventionsgruppen och kontrollgruppen. Det var därför intressant att undersöka närmare om det fanns några signifikanta skillnader mellan grupperna då det gäller stress. Bonferroni, post-hoc test visade att 2004 fanns det fortfarande signifikanta skillnader mellan interventionsgrupp och den grupp som inte ingick i interventionen ($p<.034$) och kontrollgrupp och den grupp som inte genomgick interventionen ($p<.002$).

Tabell 6. Medelvärden, standardavvikelser och differenser för hälsofaktorer vid tidpunkterna 2001 och 2004 för socialsekreterare, vårdpersonal och lärare

| Hälsofaktorer | Socialsekreterare | | | | | Vårdpersonal | | | | | Lärare | | | | |
|------------------------------------|-------------------|------|------|------|-------|--------------|------|------|------|-------|--------|------|------|------|-------|
| | 2001 | | 2004 | | Diff | 2001 | | 2004 | | Diff | 2001 | | 2004 | | Diff |
| | M | Sd | M | Sd | | M | Sd | M | Sd | | M | Sd | M | Sd | |
| Stress (PSQ-Index) | 0,36 | 0,13 | 0,36 | 0,16 | 0,00 | 0,30 | 0,11 | 0,26 | 0,13 | -0,04 | 0,41 | 0,15 | 0,30 | 0,15 | -0,11 |
| Psykiska symtom (SCL-90, GSI) | 0,44 | 0,34 | 0,46 | 0,38 | 0,02 | 0,49 | 0,36 | 0,49 | 0,41 | 0,00 | 0,52 | 0,33 | 0,41 | 0,30 | -0,11 |
| Fysiska symtom | 1,84 | 1,23 | 1,94 | 1,12 | 0,10 | 2,01 | 1,59 | 1,65 | 2,01 | -0,36 | 2,10 | 1,81 | 1,82 | 1,62 | -0,28 |
| Utbrändhet (MBI) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Emotionell utmattning | 1,78 | 0,80 | 2,18 | 1,13 | 0,40 | 2,32 | 1,18 | 1,67 | 1,05 | -0,65 | 2,56 | 1,08 | 2,09 | 1,24 | -0,47 |
| Depersonalisering | 0,68 | 0,51 | 0,89 | 0,91 | 0,21 | 0,96 | 0,70 | 0,57 | 0,90 | -0,39 | 0,91 | 0,84 | 0,66 | 0,76 | -0,25 |
| Personlig arbetstillfredsställelse | 4,29 | 0,70 | 4,28 | 0,74 | -0,01 | 4,54 | 0,97 | 4,79 | 0,96 | 0,25 | 4,44 | 1,20 | 4,52 | 1,05 | 0,08 |

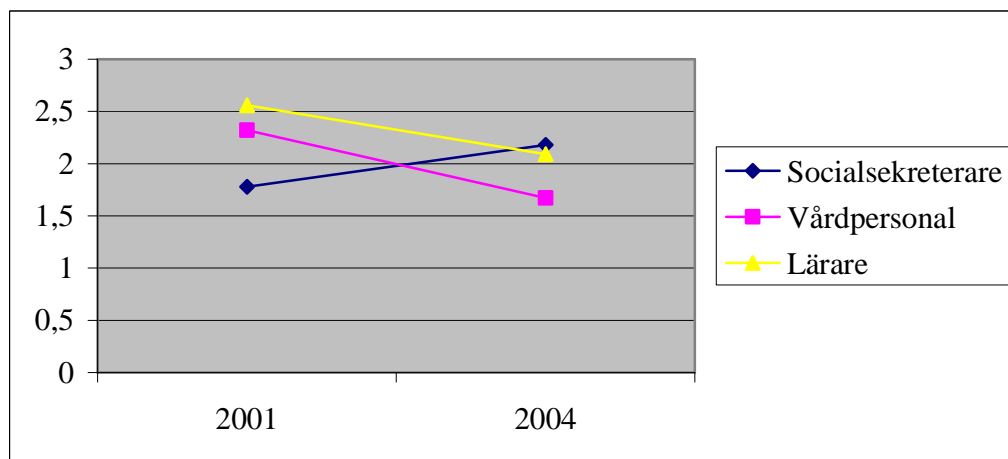
Antal N varierar mellan 19-25 för socialsekreterarna, 11-13 för vårdpersonalen, 27-29 för lärarna

En linjär modell med upprepad mätning med de tre olika verksamhetsgrupperna; socialtjänst, äldreomsorg och skola visade interaktionseffekt (tid * grupp) för *stress*, $F(2,62)=4,21$ ($p<.019$) och *emotionell utmattning*, $F(2,60)=7.39$



Figur 6. Medelvärden för *stress* för verksamhetsgrupperna 2001 och 2004

Den upplevda *stressen* minskade mest för lärarna, inte så mycket för vårdpersonalen och har inte ändrat sig alls för socialsekreterarna (tabell 6, figur 6).



Figur 7. Medelvärden för *emotionell utmattning* för verksamhetsgrupperna 2001 och 2004

Upplevelsen av *emotionella utmattningen* ökade för socialsekreterarna och minskade för vårdpersonalen och lärarna till 2004 jämfört med 2001 (tabell 6, figur 7).

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka om affektskolan haft någon påverkan på upplevelserna av arbetsmiljön, stress, psykiska och fysiska symtom och utbrändhet. Ett delsyfte var att undersöka hur upplevelserna av de ovanstående variablerna förändrats över tid för verksamhetsgrupperna: socialsekreterare, vårdpersonal och lärare.

Inget signifikant resultat av att upplevelserna av arbetsmiljö och hälsa förändrats till det bättre eller sämre genom deltagande i affektskolan gick att finna i denna undersökning. Kan detta bero på att affektskolan inte är ett bra sätt att få individer att uppleva sin arbetsmiljö och hälsa som bättre eller är det inte bra för de variabler som mättes i denna undersökning? Mellan den sista mätningen hösten 2004 och affektskolan våren 2002 hade det gått två och ett halvt år. Detta kan ju ha lett till att de som deltog i affektskolan kan ha fallit tillbaka i gamla hjulspår eftersom det var ett tag mellan det att affektskolan ägde rum och den sista mätningen. En möjlig lösning på det skulle kunna vara att genomföra en liknande studie med affektskolan och skriptanalys, men skillnaden skulle vara att affektskolan i den studien skulle följas upp. Exempel på uppföljning skulle kunna vara ett seminarium per år där det som behandlades i affektskolan återigen tas upp på nytt i en mer komprimerad form. Uppföljningen skulle vara bra för att först och främst få en påminnelse och återkoppling till det som togs upp i affektskolan och även gå igenom hur deltagarna ändrat sitt sina sätt att uttrycka sina känslor och om de använder sina nyvunna kunskaper. Ett bra skäl är också att återträffar skulle göra så att tankesättet hålls vid liv vilket annars kan komma i skymundan för att det inte är någon annan på den individens arbetsplats som deltog i affektskolan vilket gör det lätt att halka tillbaka i gamla sätt att tänka och bete sig.

En annan möjlig orsak kan vara att det inte är alla på interventionsgruppens arbetsplatser som genomgått affektskola vilket kanske gör att när de kommer tillbaka till arbetsplatsen med sin nyvunna kunskap så är det svårt att hålla kvar i den på grund av att gamla tankesätt och förhållanden finns kvar i grupperna där de som deltog i affektskolan arbetar. Det skulle därför vara intressant att genomföra en affektskola för en hel arbetsgrupp med en likvärdig arbetsgrupp som kontrollgrupp. Kanske man då skulle uppleva större och positiva förändringar i hälsa och arbetsmiljö och att förändringarna som sen också skulle hålla i sig över längre tid. Detta skulle kunna bygga upp en positivare upplevelse av kulturen i arbetsgruppen där de tillsammans främjar tydliga och öppna relationer mellan medarbetare och bättre och effektivare konfliktlösningar just för att de all fått mer kunskap och förståelse om sina egna och andras affekter. Till exempel Goleman (1998) menar att när vi får bättre kontakt med våra känslor blir vi bättre på att avläsa andras känslor. Affektskolan kan ju ha gett ha ökat medvetenheten och förståelse för sina egna känslor och andras och att det i sin tur gett positiva resultat vad gäller andra variabler än vad som undersökts i denna studie. Det kan ha gett andra positiva effekter som inte går att utläsa av de test som är använda i denna studie. Kan ju vara så att det påverkar mer livet överlag att vara med i affektskolan och hur de ser på sig själv och andra vilket kan betyda att de

skulle må psykiskt bättre fast det inte visas i dessa test. Det kan även ha påverkat relationerna utanför arbetet i privatlivet och fritiden, vilket i längden påverkar hur individen mår och upplever sin arbetsplats. Mår man bättre i privatlivet så mår man även bättre på sin arbetsplats och tvärtom.

Resultaten som kom fram mellan de tre grupperna; interventionsgrupp, kontrollgrupp och grupp som inte genomgått intervention visade på signifikant interaktionseffekt mellan tid och grupp för fysiska symtom. Med det menas att det har betydelse vilken grupp individen tillhör för hur denne upplever fysiska symtom vid en särskild tidpunkt. Den grupp som genomgått affektskolan och kontrollgruppen minskade i fysiska symtom jämfört gruppen med lägre stress som inte var med i interventionen.

Eftersom det var de mest stressade individerna som ingick i interventionsgruppen och kontrollgruppen (tabell 5) så förväntade man sig nästan signifikant förändring i stress hos de grupperna eftersom det fanns ett större utrymme för förändring där. Stress minskade dock signifikant för alla tre grupperna i undersökningen mellan första mätningen 2001 och sista mätningen 2004 (se figur 5). Interventionsgruppen och kontrollgruppen hade hög stress från början (tabell 5) så det fanns utrymme för dem att minska i stress. Resultatet visar dock på att även den grupp som inte var med i interventionen som hade lägre stressnivå innan affektskolan även den också minskat i stress så ingen signifikant interaktionseffekt mellan grupp och tid gick att finna. Även 2004 fanns fortfarande en signifikant skillnad mellan både interventionsgruppen och gruppen som inte genomgick interventionen med lägre stress ($p < .034$) och även kontrollgrupp och gruppen med lägre stress ($p < .002$). Det går dock att tyda en tendens av en större minskning för interventionsgruppen jämfört med kontrollgrupp fast den skillnaden inte är signifikant (se figur 5, tabell 5), där interventionsgruppen minskar mer i stress än de andra fastän det inte är signifikant. Detta ses tydligast i figur fem.

Stress har visat sig leda till fysiska symtom hos individen (Krauklis & Schenström, 2001). Så om stressen minskar så borde de fysiska symtomen minska. Detta sker nog inte direkt eftersom fysiska symtom kan hänga i och ha en fördröjning efter att individen inte längre stressar lika mycket (Krauklis & Schenström, 2001). Det finns en stark koppling mellan stress och somatiska problem som högt blodtryck, övervikt, smärtproblematik, diabetes etc. (Krauklis & Schenström, 2001), Men hur förklaras det då att i denna undersökning är det endast stress som minskat signifikant över tid och inte de andra hälsfaktorerna? När det kommer till de fysiska symtomen är det som nämnts tidigare interventionsgruppen och kontrollgruppen som upplever mindre fysiska symtom. Det är när stressen blir kronisk och kroppens kamp/flyktsystem är ständigt aktiverat, som de somatiska följdproblemen uppstår (referens). När sen stressen minskar så förändrar det individens psykosociala anspänningar. Detta kommer senare i sin tur att minska stresshormonerna i kroppen och det i sin tur minskar somatiska problem. Enligt dessa resultat är det interventionsgruppen och kontrollgruppen som minskar signifikant i upplevelsen av stress och fysiska symtom. Den grupp som inte genomgick interventionen som dessutom upplevde minst stress vid första mätningen och som nu upplever ännu mindre stress hade fysiska symtom

som inte berodde just på den upplevda stressen utan att det kan vara något annat som påverkats av minskad upplevd stress. Det kan ju också vara så att minskningen i upplevd stress hos interventionsgruppen och kontrollgruppen gör att de grupperna upplever sin fysiska hälsa bättre eftersom de känner sig mindre stressade. De faktiska symtomen behöver ju inte ha ändrats, men i denna studie är det upplevelserna av hälsan som mäts.

I Leitner och Reschs studie (2005) så hängde effekterna av arbetsmiljöstressorer på hälsa kvar i flera år. Det kan vara så att de fysiska symtomen fortfarande visar en minskning hos affektgruppen fast stressen inte längre gör det signifikant just för affektgruppen. Det vore intressant att undersöka om de fysiska symtomen senare inte visar på någon signifikant skillnad längre mellan grupperna eftersom det är det som skett med stressen.

När det kommer till hälsan hos verksamhetsgrupperna visade resultatet två interaktionseffekter av tid och grupp för upplevd stress och emotionell utmattning. Vilken verksamhetsgrupp individen tillhör har betydelse för hur denne upplever stress och hur emotionellt utmattad denne är vid en viss tidpunkt. Lärarna och vårdpersonalen minskade i upplevd stress medan socialsekreterarna inte upplever någon skillnad 2004 jämfört med 2001. Även när det gäller emotionell utmattning så skiljer sig socialsekreterarna från de andra två verksamhetsgrupperna. Upplevelsen av emotionell utmattning ökade nämligen för socialsekreterarna medan lärarna och vårdpersonalen upplevde minskad emotionell utmattning. Den upplevda emotionella utmattningens förändringar över tid skulle kunna ha ett samband med den upplevda stressen. Den upplevda stressen minskade inte hos socialsekreterarna mellan de två mätningarna och därför upplevde de vid den sista mätningen 2004 högre upplevd emotionell utmattning än 2001. Samband har inte undersökts i denna studie, men att det att stress och emotionell utmattning minskade samtidigt för samma grupper stöder teorin om att långvarig negativ stress leder till utbrändhet (Socialstyrelsen, 2001).

Det går även att se en tendens till att socialsekreterarna upplever mer depersonalisering medan de andra verksamhetsgrupperna upplever mindre depersonalisering (tabell 6). Liknande tendens går att se för personlig arbetstillfredsställelse som socialsekreterarna upplever har försvagats och upplevs bättre för lärarna och vårdpersonalen (tabell 6).

Vad kan det då bero på att socialsekreterarnas hälsa inte blivit bättre? Vid närmare kontroll i tabell 3 går det att se att stöd och organisatorisk uppmuntran upplevs ha minskat för socialsekreterarna medan de upplevs bättre för både lärarna och vårdpersonalen. Stöd har visat sig ha samband med stress hos personal i vård, omsorg och skola (Westerberg & Bergdahl, 2004). Även ojämlikheten upplevs ha ökat för socialsekreterarna och för vårdpersonalen men upplevs ha minskat lärarna (tabell 4). Det går inte säkert att säga att den upplevda stressen kommit ifrån dåligt socialt stöd och organisatorisk uppmuntran, men det är faktorer i arbetsmiljön som anses vara mycket viktiga för att minska stressorer (Karasek och Theorell, 1990; Sundin, 2001). Förändringar hos faktorer i arbetsmiljön kan direkt påverka stressnivån hos individen enligt Karasek och Theorell (1990). Det är en trolig anledning varför de känner sig mer stressade och mer utbrända. Det är något i arbetsmiljön för socialsekreterarna

som har ändrats och gjort att stöd och organisatorisk uppmuntran upplevs sämre 2004 än 2001 för dem. Det vore därför viktigt och intressant att undersöka socialsekreterarnas arbetssituation närmare för att se vad det är i deras arbetsmiljö som gör att de upplever sig mer stressade. Socialsekreterare arbetar med klienter som kan vara i väldigt svåra situationer i sina liv och de har även tystnadsplikt vilket gör att det är mycket viktigt att det finns tid, utrymme och möjlighet för dem att kunna ventileras och stöda varandra.

Lärarna är de som minskat mest i upplevd stress och emotionell utmattning (figur 5). Det som positivt skiljer dem ifrån de andra grupperna är att arbetskraven upplevs betydligt mindre för dem än för de andra grupperna och att som tidigare togs upp så var det den enda verksamhetsgrupp som upplevde minskad ojämlikhet. Om man undersöker bortfallet så var det minst bortfall hos lärarna (tabell 1). Detta skulle kunna undersökas närmare vilka det är som fallit bort. Är det kanske det som gör att de skiljer ut sig.

I stora drag så upplevdes arbetsmiljön bättre 2004 jämfört med 2001. Arbetskrav och att arbetet påverkar hemmaförhållandena upplevs mindre och stöd, påverkan, delaktighet, personalinriktning och fysiska arbetsmiljön upplevs vara bättre. Skattningarna för de positiva faktorerna har alltså ökat och de negativa faktorerna har minskat förutom upplevt stöd och organisatorisk uppmuntran för socialsekreterarna som togs upp ovan. Förändringar i arbetsmiljön kan påverka stressnivån enligt Karasek och Theorell (1990). Detta kan sägas stödjas i denna undersökning där arbetsmiljön upplevs ha blivit bättre över tid och stressen upplevs ha minskat över tid.

I huvudundersökningen var det ett bortfall på 38 % från dem som var med i första mätningen 2001 till sista mätningen 2004 (tabell 2). Intressant vore ju att vet vad som hänt med dem som fallit bort ur projektet genom åren och hur resultaten skulle ha skiljt sig ifrån de resultat som visade sig i denna studie. Det går också att se minst bortfall hos dem som genomgått affektskolan, interventionsgruppen och mest hos dem som inte genomgick affektskolan medan kontrollgruppen ligger i mitten vad gäller bortfall. Det kan ju vara så att det kändes viktigare för interventionsgruppen och kontrollgruppen att fortsätta ställa upp i studien eftersom de fått mest uppmärksamhet och mest ut av studien. Vilket gör att de känner att de kan göra det för att gengälda tillbaka det de fått. Bortfallet kan ju också bero på att så många test medföljde frågeformuläret och därför orkar många inte fylla i formuläret eller hoppar över vissa test.

Data som används i denna undersökning består av självskattat data. Det som har mätts är individens upplevda arbetsmiljö och hälsa och inte den faktiska arbetsmiljön och hälsan. Detta kan kännas som en begränsning eftersom det blir väldigt subjektiva data på grund av att det är deltagarna själva som skattat sin arbetsmiljö och hälsa. Det hade varit fördelaktigt att ha mätt arbetsmiljön med till exempel objektiva observationer gjort av flera bedömare så att man kan uppnå hög interreliabilitet. Som stöd för denna studie kan ändå tas upp en studie som gjordes med självskattat data och observerat data (Frese, 1985). Där liknande samband gick att läsa ut ur resultaten för de båda datakällorna. För att närmare veta var åtgärder ska sättas in på arbetsplatserna skulle det vara bra att mäta både den faktiska arbetsmiljön och hälsan

hos personal, men också hur de upplever arbetsmiljön och hälsan för att se hur dessa mätningar stämmer överens. Tyvärr vore det betydligt dyrare att mäta arbetsmiljön och hälsa med objektiva metoder än med självskattningsformulär eftersom det behövs mer personal med kompetens för det som ska mätas. Samtidigt beror det ju på vad man är ute efter att mäta. I denna undersökning är det den självupplevda arbetsmiljön och hälsan som ska mätas inte hur den faktiska arbetsmiljön och hälsan ser ut med objektiva metoder mätt.

Referenser

- Alfvén, G. (1999). *Barnpsykosomatik*. Studentlitteratur, Lund.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Natur & Kultur, Köping.
- Bergdahl, J., Armelius, K. & Armelius, B-Å. (2000). Affect-based treatment and outcome for a group of psychosomatic patients. Department of Applied Psychology Reports. *DAPS: report no. 85*.
- Bergdahl, J. & Bergdahl, M. (2002). Perceived stress in adults: prevalence and association of depression, anxiety and medication in a Swedish population. *Stress and Health, 18*, 235-241.
- Bergdahl, J., Armelius, B-Å., Armelius, K. Bergdahl, Maud., Eriksson, Kåre., Levin, J-O., Nilsson, L-G., Nyberg, L., Riklund-Åhlström, K., Sundbom, E., Westerberg, K. & Östin, A. (2002). *Projektbeskrivning av psykisk belastning I arbetslivet*, Institutionen för psykologi, Umeå universitet.
- Danielsson, M. (1987). *Burnout- fara och möjlighet*. Studentlitteratur, Lund.
- Derogathis, L. R. (1977). SCL-90 Administration, scoring & procedures manual- I, for the Revised Version. *Clinical Psychometrics Research Unit*. Johns Hopkins University School of Medicine.
- Egidius, H. (2002). *Natur & Kulturs Psykologilexikon*. Natur & Kultur, Stockholm.
- Etikkommittén för forskning vid medicinska - odontologiska fakulteten, Umeå universitet 2000-09-12 (dnr 00-232).
- Goleman, D. (1998). *Känslans intelligens*. Wahlström & Widenstrand, Borgå, Finland.
- Jürisoo, M., (2001). *Burnout ó från stress till utbrändhet till den goda organisationen*. Ekerlids förlag, Falun.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, Productivity, end the reconstruction of working life*. USA: Basic Books.
- Kiesler, D. *Contemprary Interpersonal Theory and Research. Personality, Psychopathology and Psychotherapy*. John Wiley & Sons, Inc. 1996.
- Krauklis. M. & Schenström, O. (2001). *Utbrändhet ó den nya folksjukdomen*. Bokförlaget Robert Larsson, Johanneshov.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and coping ó A new synthesis*. Springer Publishing Company, New York, USA.
- Levenstein, S. Prantera, C. Varvo, V. Scribano, M. L., Berto, E., Luzzi, C. & Andreoli, A. (1993). Development of perceived Stress Questionnaire: A new tool for Psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research, 37*, 19-32.
- Levi, L. (2000). *Stress och hälsa*. Skandia, Stockholm
- Lockne, G. redactor. (2001). *Stress och utbrändhet*. Hjärt- och lungfonden. Kvartalsskrift, årgång 96, häfte 2.
- Maslach, C. (1999). *Utbränd ó om omsorgens personliga pris och hur man kan förebygga utbränning*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual, Third Edition*. Consulting Psychologists Press, Inc. Palo Alto, California

- Maslach, C., & Leiter, P. (1999). *Sanningen om utbrändhet ó Hur jobbet förorsakar personlig stress och vad man kan göra åt det*. Natur & Kultur, Stockholm.
- Maslach, C., Leiter, M. P. & Shaufeli, W. B. (2001). Job Burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422.
- Nathanson, D. L. (1992). *Shame and Pride. Affect, sex and the birth of the self*. W. W. Norton & Company Ltd, London.
- Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998) The burnout companion to study and practice. T.J. International Ltd., Padstow, UK.
- Socialstyrelsen. (2001). *Folkhälsorapport 2001*. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2005). *Folkhälsrapport 2005*. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Sundin, P. (2001). *Stress och utbrändhet i äldreomsorgen*. FortbildningsFörlaget, Solna.
- Takkouche, B., Regueira, C., Gestal-Otero, J-J (2001). A cohort study of stress theory and the common cold. *Epidemiology*, 12(3), 345-349.
- Tomkins, S.S. (1962). *Affect, Imagery and Consciousness, Volume I*. Springer Publ., New York, USA.
- Tomkins, S.S. (1963). *Affect, Imagery and Consciousness, Volume III*. Springer Publ., New York, USA.
- Tomkins, S.S. (1995). Exploring *Affect, The Selected Writings of Silvan S. Tomkins. Edited by Demos, E. V. University Press, Cambridge, England*.
- Westerberg, K. & Armelius, K. (2000). Municipal middle managers: psychosocial work environment in gender-based division of labor. *Scandinavian Journal of Management*, 16, 189-208.
- Westerberg, K. & Bergdahl, J. (2004) Stress and health in women-dominated work: associations between organizational factors, work environment and home and work relation. *Institutionen för psykologi, Umeå Universitet*.
- Öhman, K. & Armelius, K. (1990). Schizophrenic and borderline patients: introjection, relation to mother and symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 488-496.

Nationalencyklopedin, 2005-06-17, www.ne.se.