

Klienten i ett förändringsskede

- **Att genom empowerment stöda livshanteringen hos klienter med kronisk sjukdom**

Frida Erlund

Examensarbete för socionom (YH)-examen
Utbildningsprogrammet för det sociala området
Åbo 2010



EXAMENSARBETE

Författare: Frida Erlund

Utbildningsprogram och ort: UP för det sociala området, Åbo

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Socionom (YH)

Handledare: Christine Welanders

Titel: Klienten i ett förändringsskede – att genom empowerment stöda
livshanteringen hos klienter med kronisk sjukdom

Datum 5.10.2010

Sidantal 57

Bilagor 2

Sammanfattning

Detta examensarbete utgör en del av projektet Tillgång, Aktivitet och Gemenskap – T.A.G i livet. Syftet med projektet är att stöda vuxna och äldre klienter till självständighet och bättre funktionsförmåga, genom att utveckla nya serviceformer och metoder för egenvård. Projektets mål är också att främja klienternas förmåga att upprätthålla eller förbättra deras hälsa, välmående och funktionsförmåga samt att förebygga social och samhällslig marginalisering som är förknippad med hälsa och livshantering.

Examensarbetet består av två delar – en teoridel och en tillämpad del. Syftet med examensarbetet är att framställa en broschyr, "Tillsammans i en förändring," som är utarbetad för att stöda klienter som fått budskap om reumatism att upprätthålla sin livshantering. Broschyrens syfte är att medvetandegöra klienten om sina egna resurser och att uppnå en inre balans i livet. Arbetet är ett beställningsarbete och uppdragsgivaren är ÅUCS/ Pemas sjukhus, avdelning 017 som är en avdelning för reumatism.

Upplevelsen av livshantering är väldigt individuell, och individen kan genom att utveckla sina resurser upprätthålla och förstärka sin livshantering. En positiv livssyn och att man har mål som man medvetet strävar till främjar livshanteringen.

Språk: svenska Nyckelord: livshantering, psykosocial funktionsförmåga, psykiskt välbefinnande, empowerment

Förvaras: Examensarbetet finns tillgängligt antingen i webbiblioteket Theseus.fi eller i biblioteket.

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Frida Erlund

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Sosiaalialan koulutusohjelma, Turku

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Sosionomi (AMK)

Ohjaajat: Christine Welander

Nimike: Yhdessä muutoksessa - kroonisesti sairaiden elämänhallinnan tukeminen voimaantumisen keinoin

Päivämäärä 5.10.2010

Sivumäärä 57

Liitteet 2

Tiivistelmä

Tämä opinnäytetyö on osana projektia Omatoimisen Toiminnan Edistäminen – O.T.E elämästä. Projektin tavoitteita on tukea aikuisia itsenäisyyteen sekä vahvistaa heidän toimintakykyään, kehittämällä uusia palvelumuotoja sekä itsehoidon menetelmiä. Projektin tavoitteita on myös edistää tai parantaa asiakkaiden terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä, sekä ennaltaehkäistä sosiaalista ja yhteiskunnallista syrjäytymistä joka on yhteydessä hyvinvointiin ja elämänhallintaan.

Tämä työ on toiminnallinen opinnäytetyö, joka koostuu sekä teoreettisesta viitekehuksesta että toiminnallisesta osuudesta, joka tässä työssä on toteutettu esitteen muodossa. Tämä opinnäytetyö on tehty tilaustyönä. Työn toimeksiantaja on TYKS: n Paimion sairaalan reumaosasto O17. Esitteen tavoitteena on tukea asiakasta ylläpitämään elämänhallintaansa, saatuaan tiedon sairastavansa reumaa. Esitteen tavoitteena on myös tiedostaa ihmistä hänen voimavaroistaan sekä tukea häntä löytämään sisäinen tasapaino.

Elämänhallinnan kokeminen on hyvin subjektiivinen kokemus. Ihminen voi ylläpitää sekä vahvistaa elämänhallinnan tunnetta voimavarojensa avulla, sekä vahvistamalla niitä. Positiivinen elämäkatsomus sekä tavoitteet elämässä ja niiden tietoinen tavoittelu auttaa elämänhallinnan kokemisessa.

Kieli: ruotsi Avainsanat: elämänhallinta, psykososiaalinen toimintakyky, psyykkinen hyvinvointi, voimaantuminen

Arkistoidaan: Opinnäytetyö on saatavilla joko ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa Theseus.fi tai kirjastossa.

BACHELOR'S THESIS

Author: Frida Erlund

Degree Programme: Social- and healthcare, Turku

Specialization: Bachelor of social services

Supervisors: Christine Welanders

Title: Together in an adaptation process – to encourage clients with chronic illness
to maintain life control

Date 5.10. 2010

Number of pages 57

Appendices 2

Summary

This thesis is written as a part of the project - T.A.G i livet. The purpose of the project is to support adults to independence and to a better function, by developing new services and methods for self-care. The purpose of the project is also to aid the clients' health, well-being and ability for functionality and to prevent social marginalization and marginalization in society, which are associated with well-being and life control.

This work, which is a practical based thesis work, including both a report component and a practical component, which is a product, in this thesis it is a manual. This thesis is ordered by TYKS/ hospital in Paimio, department 017, which is a department for clients with rheumatoid.

The aim of the thesis is twofold: firstly to investigate psychosocial function and life control and how individuals can maintain control of life; and secondly, to produce a manual for clients with rheumatoid to maintain their control of life, after they got diagnosed rheumatoid. The purpose with the manual is to help clients realize their own resources and to find a balance in life.

Language: Swedish
well - being, empowerment

Key words: life control, psychosocial functionality,

Filed at: The examination work is available either at the electronic library Theseus.fi or in the library.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 INLEDNING.....	7
1.1 Syfte och frågeställningar	8
1.2 Avgränsning och uppläggning av examensarbetet.....	9
1.3 Begreppsförklaring.....	10
1.4 Överblick över examensarbetet	12
2 REHABILITERING	13
2.1 Definition av rehabilitering.....	14
2.2 Definition av psykosocial rehabilitering.....	15
3 UPPRÄTTHÅLLANDE AV LIVSHANTERING EFTER EN KRIS	15
3.1. Traumatisk kris	17
3.2 Krisens faser	18
3.3 Kris efter diagnos av långvarig sjukdom	21
3.4 Copingstrategier.....	22
4 LIVSHANTERING	26
4.1 Psykosocial funktionsförmåga som livshantering	27
4.2 Livshantering som syfte för rehabilitering och rehabiliterande socialt arbete.....	31
5 VÄLBEFINNANDE.....	32
6 PSYKOSOCIAL FUNKTIONSFÖRMÅGA	33
6.1 Psykosocial funktionsförmåga, psykisk hälsa och självreglering	35
6.2 Stöd av individens psykosociala resurser	37
7 EMPOWERMENT	39
7.1 Empoverment som en del av egenvård.....	40
7.2 Empowerment – tänkande bakom det rehabiliterande sociala arbetet.....	41
8 SOCIALT STÖD	42
9 FRÅN IDÉ TILL FÖRVERKLIGANDE	42
9.1 Uppkomsten av idén.....	42
9.2 Val av produkt.....	44

9.3 Arbetsprocessen	44
9.3.1 Litteraturgenomgång	43
9.3.2 Innehållsanalys som metod	48
9.4 Broschyren	49
9.4.1 Teoretisk bakgrund	50
9.4.2 Innehållet i broschyren	52
9.4.3 Layout	52
9.4.4 Användning	53
10 SLUTDISKUSSION & KRITISK GRANSKNING	53
KÄLLFÖRTECKNING	57

BILAGOR

Bilaga 1	Tabell över innehållsanalys som metod
Bilaga 2	Broschyr

1 INLEDNING

Människor som får budskap om en långtidssjukdom möter stora förändringar i sina liv. De måste anpassa sig till ett liv som eventuellt avviker helt från det tidigare liv de levde. Då människan möter under sitt liv stora förändringar, som är av negativt slag, hamnar hon i kris. Då individen klarat av krisen har hon accepterat det fortsatta livet och de förändringar som detta för med sig. Detta kan medföra stora förändringar i livskvaliteten och livsstilen. Det gäller också för individen att anpassa sig psykosocialt till den nya situationen, och att forma en ny identitet som sjukdomen medför.

Eliasson & Larsson (2009:1) refererar Ryde`n & Stenström (2000) som anser att som klient få besked om en kronisk sjukdom är ingen lätt uppgift att handskas med. Eliasson & Larsson (2009:1) refererar vidare Lindroth, Hedin & Enman (2005) som påpekar att reumatism påverkar både arbetslivet och det sociala livet. För individen gäller det att acceptera de förändringar som sjukdomen för med sig. Plötsligt förändras vardagen och tidigare rutiner blir svårare att klara av inte minst p.g.a. av de begränsningar som smärta och rörelseinskränknigen innebär. Detta ställer nya krav på den enskilda individen att lära sig att leva med sjukdomen.

De psykologiska och sociala konsekvenserna av en kronisk sjukdom är ofta lika väsentlig som de fysiska. För varje enskild klient har sjukdomen en speciell psykologisk betydelse och för varje familj där en medlem drabbas av en kronisk sjukdom får sociala konsekvenser. (Carlsson 2007:13)

Kacic-Barisi & Quidel Olsen (2010:9) refererar Gullacksen (1998) som anser att smärtan kan ge psykosociala konsekvenser och leda till sänkt livskvalitet och vardagen får konsekvenser på många sätt för den drabbade. Larsson (2006:21) refererar Charmaz (1995) som menar att adaptation till en kronisk sjukdom innebär en process av att kunna identifiera sjukdomens inverkan, anpassa sig och ge efter för det sjuka jaget för att sedan kunna kontrollera situationen. Det innebär att konstruera en ny normalitet som innefattar skadan utan att ge upp sin identitet.

Sundelin (2006:7) refererar Ekberg (2000) som anser att resurser som en individ förfogar över är copingförmåga, känsla av sammanhang samt tillgång till socialt stöd och kompetens. Hon använder också begreppet empowerment, och avser med det

individens känsla att ha makt över eller bemästra sin livssituation och våga stå emot yttre tryck.

Kronisk trötthet är hos klienter med kroniska sjukdomar konstant ett av de mest problematiska och utmanande aspekterna av sjukdomen.(Karlsson 2009:14–15) Sohng (2003) och Fu et al., (2005) har rapporterat i sin studie (enligt Karlsson 2009: 14-15) att deltagande i egenvårdsprogram kan minska kronisk trötthet genom att klienter med kronisk sjukdom utvecklat en förmåga att hantera sin situation genom emotionell kontroll och bättre självförtroende. I en studie av Haupt et al. (2005) refererad av (Karlsson: 2009:15) visade det sig att stöd speciellt inriktad på att ge information eller kunskap gällande psykologiska aspekter, ledde till att klienterna hittade sätt att hantera sin sjukdom och därigenom påverka livskvaliteten.

Mitt examensarbete ingår i ett större projekt ”Tillgång, Aktivitet och Gemenskap – T.A.G. i livet”. Syftet är att stöda vuxna och äldre klienter till självständighet och förbättrad funktionsförmåga, även under anstaltsvård, genom att utveckla nya serviceformer och metoder för egenvård. I projektet förstärks även anhörigas och personalens kunnande inom det rehabiliterande arbetet. Projektets mål är att befrämja klienternas förmåga att upprätthålla eller förbättra sin hälsa, välmående och funktionsförmåga under anstaltsvård samt att förebygga social och samhällelig marginalisering som är förknippad med hälsa och livshantering. (Vaartio, 2009)

1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med mitt examensarbete är att framställa en broschyr för klienter som fått besked om att de har insjuknat i en långtidssjukdom, och fått diagnosen av någon typ av reumatism. Min teoridel innehåller begrepp som livshantering, psykosocial funktionsförmåga och empowerment och därför är mina frågeställningar för examensarbetet följande:

- Vad innebär psykosocial funktionsförmåga/ livshantering?
- Vilka faktorer påverkar den psykosociala funktionsförmågan/ livshanteringen?
- Vilka faktorer inverkar på att klienten kan upprätthålla sin livshantering som en del av den psykosociala funktionsförmågan efter en kris?

- På vilket vis kan klienter med kronisk sjukdom stödas med hjälp av empowerment som egenvård att upprätthålla sin livshantering?

1.2 Avgränsning och uppläggning av examensarbetet

Som blivande socionom (YH) anser jag att det är viktigt att förebygga psykisk ohälsa och marginalisering i samhället. Att förstärka de psykosociala resurserna och livshantering hos individerna är ett sätt att, i förebyggande syfte, stöda individen att nå en inre balans av psykiskt välbefinnande och välmående, då den inre balansen av någon anledning kan vara i risk för att rubbas, som vid beskedet om att man insjuknat i en kronisk sjukdom.

I och med att rehabiliteringen idag väldigt långt strävar till att stöda individen till empowerment, att individen själv skall ta ansvar för sig själv och sin hälsa, inte endast med tanke på sin sjukdom, utan livet generellt. Därför är det bra att stöda klienten till ett så självständigt liv som möjligt, genom att förstärka de psykosociala resurserna hos individen. Idag är det också väldigt vanligt med egenvårdsprogram för klienter då få vill tillbringa långa tider på sjukhus. Därför blir egenvård en viktig del av klientens vardag. Att tillämpa socialpedagogikens princip om ”hjälp till självhjälp” är en bra princip för att stöda och ge individen verktyg för att klara sig självständigt i vardagen.

Ändamålet med arbetet är också att väcka uppmärksamheten om att de psykosociala faktorerna, är minst lika viktiga som de fysiska och medicinska faktorerna med tanke på en kronisk sjukdom. Detta p.g.a. de olika förändringarna i individens liv på flera olika livsområden. Med tanke på en kronisk sjukdom, som är obotlig är det viktigt att individen kan anpassa sig till situationen.

Jag har avgränsat mitt examensarbete för att omfatta den psykosociala funktionsförmågan då denna innefattar individens förmåga att vara aktiv och självständigt fungera i det dagliga livet och vara en del av det samhälle som finns runtomkring henne. Den psykiska funktionsförmågan omfattar endast de psykiska processerna, medan den psykosociala funktionsförmågan även omfattar miljön där människan är aktiv i. För att få en fördjupning i ämnet och i examensarbetet valde jag

att fokusera mig på livshantering som är en del av den psykosociala funktionsförmågan.

Mitt examensarbete består av två centrala delar, en teoretisk del och en tillämpad del. I och med att jag gjort en produkt har jag enligt boken *Toiminnallinen opinnäytetyö* av Vilkka & Airaksinen (2003) lagt upp mitt arbete enligt modellen för produktinriktat examensarbete. Enligt Vilkka & Airaksinen innebär det att examensarbetet följer samma struktur som arbetsprocessen. (Vilkka & Airaksinen 2003: 82-83) Tillämpat på mitt examensarbete kommer jag först att presentera bakgrunden till arbetet och därefter den teoretiska delen. Sedan presenterar jag uppkomsten av idén, arbetsprocessen och själva produkten. Slutligen följer slutdiskussion och kritisk granskning.

Den teoretiska delen i mitt examensarbete är relativt omfattande i relation till den tillämpade delen. Detta motiverar jag med att det behövs en omfattande teoridel för att få en helhetsbild av ämnet i mitt examensarbete då de olika begreppen har ett nära samband, och går delvis in i varandra. Detta ledde även till svårigheter att avgränsa arbetet. En faktor som också ledde till denna indelning av examensarbetet är arbetslivets önskemål om att broschyren inte skall vara alltför omfattande då klienterna på avdelningen redan får en hel del material att bekanta sig med gällande sjukdomen. Enligt Larsson (2006) finns det risk för att alla goda råd för att hantera sjukdomen och sköta sin behandling blir många olika förhållningsregler att hålla sig till och adderat med sjukdomssymptom, kan detta bli en liten verksamhet i sig. (Larsson 2006: 26) Jag riktar min produkt som är en broschyr till ÅUCS avdelning 017, som är en avdelning för klienter i alla åldrar som fått budskap om att de insjuknat i reumatism.

1.3 Begreppsförklaring

I kapitlet nedan kommer jag att tydliggöra de begrepp som jag har tillämpat i den kommande texten av mitt examensarbete. Detta anser jag att är nödvändigt då mitt examensarbete innehåller begrepp som går in i varandra och andra används som synonymer. Jag har inte bytt ut begreppen med tanke på att inte äventyra reliabiliteten. Förklaringarna till några av begreppen är mina egna.

Det finns flera olika begrepp som beskriver människans välmående eller att hon är tillfredsställd och nöjd. Dessa är bl.a. psykisk funktionsförmåga, psykiskt välmående och livskvalitet.

Med funktionsförmåga avses individens förmåga till aktivt och självständigt fungerande, fysiskt, psykiskt och socialt. I mitt examensarbete kommer jag att använda mig av begreppet *psykosocial funktionsförmåga*, som är ett mera omfattande begrepp än psykisk funktionsförmåga, och omfattar även den sociala omgivningen där människan är aktiv i dvs. förmågan att klara sig i olika situationer i det dagliga livet och samhället. (Kettunen m.fl. 2005:56)

Med begreppet *livskvalitet* menas individens subjektiva uppfattning om sitt *välmående* och som ligger väldigt nära begreppet *psykosocial funktionsförmåga*. Jag har inte ändrat begreppet livskvalitet till något annat begrepp i det hänvisade materialet eftersom jag anser att det förändrar reliabiliteten.

Med begreppet *livskontroll* hänvisar jag till begreppet *livshantering*, då begreppen ligger väldigt nära varandra. Jag har inte velat ändra begreppet livskontroll till livshantering då jag anser att det finns endast en liten skillnad mellan begreppen, och vill heller inte äventyra tillförlitligheten.

Med *kris* hänvisar jag till en *traumatisk kris*, som definieras som individens psykiska situation vid en yttre händelse, som hotar den fysiska tillvaron, sociala identiteten och tryggheten eller då de grundläggande möjligheterna till tillfredsställelse i tillvaron är hotade. (Cullberg 2006: 120)

Med begreppet *copingstrategi* hänvisar jag till olika åtgärder som individen använder för att kunna hantera en svår eller påfrestande händelse. (Brattberg, 2008; Lazarus & Folkman, 1984 ref. i Eliasson& Larsson 2009:4)

Begreppen *kronisk sjukdom* och *långtidssjukdom* används som synonymer i texten, och används för att hänvisa till en långvarig sjukdom som inte går att bota. I denna text hänvisar jag till reumatism.

Med ordet *klient* hänvisar jag till patienter som har en diagnos av en kronisk sjukdom, antingen generellt eller specifikt reumatism.

Med *resurs* hänvisas till individens inre resurser, och avser en inre kraft, en strategi för att klara sig, styrka, förmåga, möjlighet, handlingsmöjlighet eller metod. (Kettunen m.fl. 2005:96)

Med *empowerment* menas en process som utgår från individen och hennes önskemål. Denna process syftar till att öka individens förmåga och motivation till att ta ansvar för sitt liv och sin hälsa, och att utveckla strategier för att kunna bemästra sin omgivning. (Olofsson & Snårbacka 2004:9)

Egenvård är de åtgärder som individen gör i det dagliga livet utifrån den kapacitet hon har, så att hon ska kunna klara av det dagliga livet, och allt som hör till detta, så bra som möjligt. (Karlsson 2009:2)

Med *socialt stöd* hänvisar jag till det sociala nätverket som en individ ofta har och som består av familj, släkt, vänner och t.ex. sjukvårdspersonal.

Med *välbefinnande* hänvisar jag främst till det psykiskt välbefinnande, människans subjektiva känsla av välmående.

1.4 Överblick över examensarbetet

Arbetet börjar med kapitel 2 som behandlar rehabiliteringen, och som består av grunden för mitt examensarbete. I kapitel 3 tas upp vad en kris innebär för en individ och vad hon är tvungen att gå igenom i en kris. Budskapet om att man insjuknat i en allvarlig sjukdom medför ofta en kris, och individen blir tvungen att anpassa sig till den nya situationen. I följande kapitel, kapitel 4, behandlas livshantering, vad den innebär, och hur kunna upprätthålla livshanteringen vid en situation som hotar att rubba denna. Livshantering som syfte för rehabilitering och rehabiliterande socialt arbete behandlas även kort. Kapitel 5 behandlar den psykosociala funktionsförmågan, vad den innebär och vilka faktorer som påverkar denna. I kapitlet beskrivs också de psykosociala resurser som hon förfogar över. Kapitel 6, tar upp välbefinnandet, främst från välbefinnandets psykiska synvinkel. Välbefinnande hör nära samman med begreppet livshantering. I kapitel 7 beskrivs vad tanken bakom empowerment är och hur empowerment skulle kunna fungera som en form av egenvård. I kapitlet tas även upp empowerment – tänkandet bakom det rehabiliterande sociala arbetet. I kapitel 8 tas kort upp det sociala stödet, och meningen är att främst informera om det sociala

stödet betydelse i den krissituation som individen möter då hon får en diagnos på en allvarlig sjukdom. I kapitel 9, från idé till förverkligande, presenteras uppkomsten av idén samt arbetsprocessen bakom produkten, samt själva produkten. Varje kapitel inleds med en ingress som närmare beskriver kapitlets innehåll, och styr läsarens tankar åt det rätta hållet. Kapitlet avslutas med egna reflektioner och kopplingar till den tillämpade delen av examensarbetet.

2 REHABILITERING

I detta kapitel behandlas synen på rehabiliteringen som den är idag samt syftet med rehabiliteringen. Syftet med rehabilitering är att främja individens funktionsförmåga, men också livshanteringen (livskontroll) och till empowerment.

Rehabiliteringens syfte är att rehabilitera. Från rehabiliteringens synvinkel kan rehabilitering definieras som en förändringsprocess där individen eller individen och miljön är involverad, och vars syfte är att främja funktionsförmågan, att klara sig självständigt och att främja välmående. Rehabilitering är en process, vars syfte är att stöda individen att hantera sin livssituation. Rehabiliteringen kommer att få allt flera sociala och psykosociala dimensioner. (Kemppainen 2004: 75-76)

Människans aktivitet, förutsättningar för verksamhet samt funktionsförmåga är begrepp som beskriver vad det handlar om när en människa blir rehabiliterad. Att bli rehabiliterad handlar om att skapa och att utöka människans möjligheter. Ett allmänt mål är att nå bästa tänkbara balans mellan rehabiliteringsklientens egna fysiska och psykosociala förutsättningar, behov samt miljön. Målet försöker man nå genom att befrämja rehabiliteringsklientens *funktionsförmåga*, *välbefinnande* och *livshantering* och genom att påverka miljön. (Kettunen, Kähäri – Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2005: 14- 19)

Med hjälp av rehabilitering strävar man efter att förbättra och upprätthålla den fysiska, psykiska och sociala funktionsförmågan, men också att försöka främja och stöda en självständig livshantering och att självständigt klara av de dagliga aktiviteterna (Förordning av den medicinska rehabiliteringen 2006). Kukkurainen (2006: 58) refererar Martinez (2004) som anser att utgångspunkten i rehabiliteringen är människans omfattande funktionsförmåga och att sträva efter att förbättra denna. I

vården av personer som insjuknat i reumatism är det viktigt, förutom att försöka lindra symptomen, också att sträva efter att förbättra klientens livskvalitet och välmående. Att försöka lindra klientens depression och ångest och att försöka finna och öka de positiva stressbehandlingsmekanismerna hos klienten är också en del av arbetet att sträva efter att försöka förbättra klientens livskvalitet. Att uppnå en konfidentiell relation till de professionella samt familjens och vännernas förstående inställning till situationen är viktiga.

Järvikoski och Härkäpää (2004:132) refererar Emener (1991) som anser att empowerment eller livskontroll har under de senaste åren ofta definierats som ett grundläggande mål för rehabilitering. Rehabilitering har bl.a. definierats som en process, där personer med någon slags funktionsnedsättning stöds, att från förhållanden som upprätthåller beroendeframkallande förhållanden till ett mera självständigt liv och mot empowerment.

Rehabiliteringsklientens livssituation står alltid som utgångspunkt; klientens värde, behov, roll, resurser och identitet. Ur dessa utformas de individuella målen för rehabilitering. I syfte att nå målen strävar rehabiliteringsklienten att stärka sina egna möjligheter och möjligheterna i miljön. (Kettunen m.fl. 2005: 19)

Ett sjukdomstillstånd leder ofta till en stressreaktion. Hur en person hanterar denna stressreaktion har en stor betydelse för rehabiliteringens resultat. (Carplan & Sparre 2007:18) Olofsson & Snårbacka (2009:9) refererar Ekberg (2000) där flera studier presenteras av Lazarus m.fl. (1984), Antonovsky, (1991), Orth – Gomer och Perski, (1999), Jahoda, (1958), och som har visat att individens copingförmåga, kompetens, självförtroende, känsla av sammanhang, tillgång till socialt stöd samt känsla att känna empati är betydelsefulla för människans hälsa och livskvalitet.

Därför borde en framgångsrik rehabiliteringsprocess inriktas på att stöda och utveckla individens inre och yttre resurser. Dessa resurser är även också nära relaterade till innehållet i begreppet empowerment. (Olofsson & Snårbacka 2004:9)

2.1 Definition av rehabilitering

Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för medicinska, psykologiska, tekniska, sociala och arbetsinriktade insatser, vars syfte är att återföra individen till det tillstånd som

varade innan en sjukdom, skada eller kris förändrade livssituationen. Rehabilitering är ett komplext begrepp som omfattar fysiska, psykiska och sociala faktorer. En grundförutsättning för en lyckad rehabilitering är att individen är motiverad för att bli rehabiliterad och deltar aktivt. Professor Axel R. Fugl-Meyer, från Umeå Universitet, beskriver en rehabiliteringsmodell som utgår från individens livstillfredsställelse. Mål för rehabiliteringen enligt Fugl-Meyers rehabiliteringsmodell är att personen skall uppnå livskvalitet, där strävan efter livstillfredsställelse är drivkraften. (Carplan & Sparre 2007:10–13)

2.2 Definition av psykosocial rehabilitering

WHO (1996) betonar i sin definition av psykosocial rehabilitering att den syftar till att öka individens kompetens och förmågor och att åstadkomma förändringar i individens livsmiljö med målet att uppnå bästa möjliga livskvalitet och att leva framgångsrikt i samhället. (Sundelin 2006:6) Den tillämpade, som är en broschyr fungerar i rehabiliterande syfte. I den stöds klienten i enlighet med de syften som rehabiliteringen har.

3 UPPRÄTTHÅLLANDE AV LIVSHANTERING EFTER EN KRIS

I detta kapitel beskrivs den förändring i livet som en individ är tvungen att genomgå p.g.a. en yttre faktor som hotar att rubba hennes tillvaro och existens, och som en traumatisk kris innebär. I kapitlet beskrivs den traumatiska krisen som skiljer sig från livskriser eller utvecklingskriser, som är kriser som tillhör livet och som finns under hela människans livscykel. Jämfört med en livskris, som individen i regel klarar av relativt smärtfritt, och utan större förändringar i livsstil eller funktionsförmåga, är den traumatiska krisen starkt känsloladdad och individen kan bli tvungen att avstå från ett område av sin funktionsförmåga som tidigare varit betydelsefull. I kapitlet tas även upp copingstrategier, som en människa använder sig av då individens egen anpassningsförmåga inte räcker till vid en svår situation.

En människas liv innehåller både glädje och sorg, lycka och lidande, skratt och tårar, hälsa och sjukdom. När en människa ex. blir allvarligt sjuk, mister en nära anhörig eller skiljs från en nära människa, kan det kännas som om livet slås i splittror. Det som tidigare var för människan vardag och ett vanemässigt sätt att leva har plötsligt upphört att existera och människan förlorar kontrollen över sin tillvaro.(Tamm 2007:231)

Sådana förändringar som människan upplever som betydelsefulla och som hon inte har färdiga handlingsmönster eller metoder för att klara av kan ses som kriser. En *kris* innebär att en person känner sig hotad och hjälplös i en situation som är ny. Som följd av krisen sätts försvarsmekanismer igång i människan. De hjälper människan att klara av svåra och ångestsskapande situationer och att anpassa sig. En kris är ofta förknippad med förlust och sorg. Vid sidan av hjälplöshet och svåra känslor är krisen också en möjlighet. En avklarad kris förstärker den psykosociala funktionsförmågan hos människan. (Kettunen m.fl. 2005:68)

Aktivitet och förmåga till handlingar är utmärkande för människan. Aktiviteten och förutsättningarna för verksamhet är beroende av både människans förmåga och egenskaper som de fysiska och sociala möjligheterna eller hindren i miljön. Genom aktivitet uppfattar och formar människan en bild av sig själv och sitt liv, skapar egna roller och en egen identitet. Förändrade förutsättningar rubbar individens hela existens, identitet och den livsstil hon varit van med.(Kettunen m.fl. 2005:120)

Insjuknande och en förlorad funktionsförmåga innebär ofta en traumatisk kris för individen. Den, liksom stora förändringar i livet överlag utsätter människans anpassningsförmåga för en hård prövning. Under krisen sätts människan i en förändringssituation där hon under starka känslor av ångest, ilska, hjälplöshet och sorg anser sig vara tvungen att avstå från ett område av sin funktionsförmåga som hon tidigare upplevt som betydelsefullt för sitt liv och sig själv. En människa som redan hunnit bilda sig en uppfattning om sig själv som frisk och aktiv men som insjuknat, måste anpassa hela sitt liv och sin identitet till de förändrade förutsättningarna för verksamhet. (Kettunen m.fl.2005:120)

3.1. Traumatisk kris

En traumatisk kris utlöses av yttre förhållanden, där människans existentiella villkor hotas genom en ytterlig påfrestning. En traumatisk kris uppstår då det har inträffat en exceptionellt traumatisk livshändelse, och som resulterar i förändringar och försämringar av livssituationen. Det kan röra sig om allvarlig sjukdom, att förlora någon nära genom skilsmässa eller döden eller att vara med i en olycka osv. (Tamm 2007:233) Individens egna resurser, men också omgivningens resurser inverkar på hur krisen avklaras. Det väsentliga i samband med traumatiska kriser är hur betydelsefull människan upplever att förlusten är. Stöd av andra är betydelsefullt för att en människa skall klara sig igenom en kris. En människa som får socialt stöd har lättare att genomleva situationen och det blir också lättare för henne att finna resurser för att gå vidare. (Kettunen m.fl. 2005:70–71)

Inom krispsykologi delas traumatiska kriser in i olika typer av kriser beroende på orsaken till den. En sådan indelning är en generalisering, eftersom en och samma kris kan orsakas av faktorer som tillhör olika kategorier. (Tamm 2007:234) Jag har valt att ta upp kris orsakad av hotsituation, men också kris som en följd av förlust, då jag anser att dessa beskriver krisen som en människa möter och genomgår då hon får budskap om en allvarlig sjukdom.

Då individens existens är hotad kan det leda till en traumatisk kris. Det kan handla om en allvarlig sjukdom som är ett individuellt hot mot individens hälsa. Ångest är den allmänna känslomässiga reaktionen på det upplevda hotet. Ångestreaktionen kan vara tydlig och synlig för omvärlden, men kan också vara dold. Trots ångesten som har en förlamande inverkan på människan, brukar hon oftast handla för att få kontroll över situationen som anses hotande. (Tamm 2007:234–235)

Vid förlust kan det handla om förlust av hälsa, sin position i samhället eller sin förmåga att fungera – brister eller svagheter i funktionsförmågan. Vid förlust reagerar en individ främst med sorg. I den sorgprocess som följer skyddar man sig i början mot förlusten genom förnekning, att känna vrede för dem som orsakat förlusten, söka efter syndabockar eller anklaga omgivningen eller ödet. Med tiden ger människan efter för sorgen och smärtan. Upprördheten avtar och den sorg som följer är ofta lugn och stillsam. (Tamm 2007:235)

Vissa menar att det finns bestämda faser eller stadier i krisens förlopp (Cullbeg, 2006:142–143), medan andra menar att sådana inte existerar (Horowitz, 2001) refererad av (Tamm 2007:236). För den teoretiska enkelhetens skull brukar man dela in krisreaktioner i fyra olika faser även om faserna i praktiken är väldigt diffusa och överlappar varandra. (Tamm 2007:236)

3.2 Krisens faser

Processen som en människa färdas genom efter en allvarlig skada eller sjukdom kan delas in i olika faser, men som inte är statiska, utan dynamiska. (Holm 2008:10) Situationen för den person som insjuknar i en kronisk sjukdom som reumatism kan det ibland vara svårt att applicera på den klassiska traumatiska krisen. Individen har ofta symptom och misstänker att hon insjuknat i en allvarlig sjukdom innan hon får diagnosen. På detta vis kan krisen ha utlösts innan diagnosen har ställts vilket kan leda till att det är svårt att förstå och följa patienten i dennes krisförlopp. (Carlsson 2007:33)

I mitt arbete kommer jag främst att ta upp krisens andra fas, reaktionsfasen, och krisens tredje fas, bearbetningsfasen, då individen i dessa faser börjar acceptera sjukdomen och påbörjar sin anpassningsprocess. Krisens fjärde fas, nyorienteringsfasen, då individen redan har anpassat sig till sjukdomen och införlivat sig själv med denna, behandlas även kort. Krisens första fas, chockfasen, behandlas också då jag anser att det är viktigt att känna till vad som är kännetecknande för en chock, samt för att skapa en förståelse av hur människan fungerar i chocktillstånd. På detta vis får man en helhetsbild av vad individen blir tvungen att genomgå då hon blir utsatt för en krissituation.

Chockfasen är krisens första fas, och varar från några sekunder till några dygn. Under chockfasen försöker individen att hålla ifrån sig det som inträffat och förstår inte det som hänt. Individen förnekar det som har skett. Diagnostillfället kan liknas vid en fruktansvärd katastrof då individens hela existens hotas. Chocken medför ett förändrat medvetandetillstånd, och den chockade uppvisar en oförmåga att ta in information. Individen reagerar omväxlande med starka känslor, förnekelse av det inträffade och känslor av överklighet. Under denna fas används ofta primitiva försvarsmekanismer. (Carlsson 2007:25–26, Tamm 2007:236–237)

Holm (2008: 10) refererar Lindsey (1995) som har beskrivit denna fas som påbörjas av insjuknandet, som en fas som raserar det tidigare livet och framkallar känslor av maktlöshet, förlorad kontroll och ensamhet. Vidare refererar Holm (2008:10) att enligt Dewar och Lee (2000) handlar denna fas om en överväldigande upplevelse, som inte går att processera. Känslor av värdelöshet, tomhet och förlust av livsgnista presenterades även. Liknande resultat har Häggman-Laitila och Pietilä (1998) (refererad av Holm 2008:10) kommit fram till i en skiftande population. Det visade sig att mer än hälften av deltagarna trodde att de skulle totalt förlora sin självständiga livskontroll, och förlora sig själva till sjukdomen.

Reaktionsfasen påbörjar då chocken har släppt. Under reaktionsfasen börjar bearbetningen och det är nu som klienten reagerar på det som har hänt. Människan reagerar med olika känslor och upplevelser av sorg, ilska, rädsla, övergivenhet, skuld- och skamkänslor. Verkligheten gör sig påmind och man inser att det hemska verkligen har skett, man har verkligen insjuknat i en livslång kronisk sjukdom. I denna fas mobiliseras individens försvarsmekanismer som hjälper den enskilda individen att hantera situationen på ett ändamålsenligt sätt (coping). (Tamm 2007:237, Carlsson: 2007: 26-27) I den akuta krisen är klienten i behov av fungerande försvarsmekanismer för att minska ångest och klara av sin livssituation. Denna fas räcker i regel några månader.(Carlsson 2007: 29)

I och med *bearbetningsfasen* är det akuta skedet av krisen lämnad, och situationen börjar stabiliseras. Individen har börjat förstå vad sjukdomen innebär och försöker finna lösningar till de begränsningar som den leder till. I denna fas är människan mera öppen för förslag på lösningar på problem och har nu lättare att ta emot hjälp. Individen börjar nu förstå att hon eventuellt måste leva med sin sjukdom resten av livet. (Carlsson 2007:237, Tamm 2007:31)

Holm (2008:11) refererar Dewar och Lees artikel (2000) som ser denna fas som ett försök att leva vidare trots förändrad livssituation. Processen var inte problemfri, och innebar många bakslag till exempel när deltagarnas hälsotillstånd försämrades. Individerna var tvungna att känslomässigt anpassa sig för att klara av verkligheten. Detta gjorde att vardagen kändes acceptabel, men känslorna av sorg var trots allt närvarande.

Denna fas beskrivs av Dewar och Lee (2000) (refererad av Holm 2008:11) som ett försök att möta den nya verkligheten, att utveckla en förståelse för att möjligheterna i den nya världen är begränsade, men var också kopplade till orealistiska förhoppningar och misslyckanden. Detta poängteras också av Holm (2008:11) som refererar Lindsey (1995) som visar att denna fas innebär ett uppvaknande och försök att återta kontrollen, men innebär också tankar och sorg över förlusten av sitt gamla jag. Det beskrivs som viktigt att ha realistiska mål för att kunna orientera sig i den nya världen. Morse och Carter (1996) har kommit fram (enligt Holm 2008: 11) att fasen är ett steg mot att komma till ro med den nya livssituationen, och att se verkligheten med nya ögon. Individerna var också mer öppna för glädje igen efter en tid av uthärdande och lidande.

I *nyorienteringsfasen* är individen mer öppen mot framtiden och har en större förmåga att ta itu med olika aktiviteter. De upplevelser som den traumatiska krisen bidrog till är nu integrerade, dvs. införlivade i individens liv.(Tamm 2007:238). Wettergren et al. 2003; Wettergren, Björkholm & Langius-Eklöf (2005) har rapporterat (enligt Carlsson 2007: 32) att människor som klarat av krisen anser att de har mognat som människor p.g.a. de svårigheter de tvingats genomgå och att sjukdomen har också medfört något positivt.

I artikeln av Corrigan et al. (2007) kom det fram (enligt Holm 2008:11)att den nya livssituationen som skapats gjorde att personerna kände en förvandling av sig själva och de upplevde att den nya situationen gjort dem till en annan person, vilket ledde till ett känslomässigt upplopp, som gav upphov till både negativa upplevelser, men också till nya upplevelser och uppskattning av nytt slag. Holm (2008:11) refererar Lindsey (1995) som även kommit fram till att en omformulering av det egna jaget sker hos individen och beskriver denna fas som att individen är nu öppen för sig själv och för nya chanser och möjligheter. Detta ledde deltagarna till att våga pröva nya saker och behandlingar.

Hur varje enskild individ reagerar vid en traumatisk kris varierar från en person till en annan. Vissa personer reagerar väldigt starkt även på ett relativt litet trauma, medan andra tycks klara av svåra händelser utan några större reaktioner. Människor har olika personlighet, olika livserfarenhet och reagerar därför också på olika sätt. Den ökade livserfarenheten bidrar till att man kan hantera krisen. Det finns traumatiska kriser

som inte bearbetas, eller som inte genomarbetats, sorgar och förluster som individen inte kunnat anpassa sig till, och då behövs sakkunnig hjälp. (Tamm 2007:238)

3.3 Kris efter diagnos av långvarig sjukdom

Anderson & Bury, (1988); Radley, (1994); Taylor, (1995) har kommit fram till (enligt Tamm 2007:241) att kris vid en allvarlig och långvarig sjukdom skiljer sig principiellt inte från andra kriser. I en sådan kris står den egna hälsan i fokus och osäkerheten om framtiden är ständigt närvarande och kan skapa känslor av ångest och ovisshet.

Moos (1984) har rapporterat (enligt Tamm: 2007:241) att en sjukdomskris i regel innebär ett starkt stressande som kan sträcka sig över en mycket lång tidsperiod, vid kroniska sjukdomar över stora delar av livet, och leda till bestående förändringar i människans liv. Krisens styrka bestäms ofta av att sjukdomen upptäcks, ibland utan några direkta föregående varningar, och att den kan ha livshotande eller på annat sätt allvarliga konsekvenser för människan. (Tamm 2007: 241)

Enligt Tamm (2007) upplever en person som insjuknat i en allvarlig sjukdom ofta hjälplöshet mot yttre omständigheter och en förväntan och rädsla om att nu kan vad som helst hända henne, och hon känner sig sårbar och otrygg. En allmän negativ självuppfattning kan utvecklas med tiden, ofta med betydande inslag av föreställningar om hjälplöshet. En sjukdomskris är en kris med många perspektiv. Det normala livet med dess relativa jämvikt och stabilitet kastas om. Till sjukdomskrisen tillhör att leva i osäkerhet, då sjukdomsförloppet inte alltid kan förutsägas. (Tamm 2007:241- 242)

Även om individen i sitt sjuka tillstånd kan återskapa en ny balans är denna mycket skör och temporär och kan rasa i och med en ny vändning av sjukdomsförloppet, genom t.ex. ändrad behandling, medicinering eller rehabilitering och genom ständigt nya lösningar av de praktiska och psykologiska problem som sjukdomen skapar. Ifall personen som insjuknat måste vistas på sjukhus under långa perioder, eller under ständigt återkommande perioder, kan sjukhusvistelserna upplevas som en påfrestning med många aspekter, av vilka separationen av familjen är en av dessa, och som medför ensamhet, oro, ändrade relationer till de närmaste, ett eventuellt hot av

avvisande och ett liv utan kärlek i den mening som en frisk person kan uppleva det. (Tamm 2007:242)

Tamm (2007:242) refererar (Cassileth et al., 1984) som anser att det heller inte är ovanligt att människor med kronisk sjukdom visar symptom på depression. Orsakerna till detta anses vara att man som kroniker förlorar kontrollen över väsentliga delar av sitt liv, den kontroll som man tidigare haft. Detta leder ofta till hjälplöshet som är en stark grund för depression. Det har kommit fram att yngre människor som insjuknar i en kronisk sjukdom har större benägenhet till depression än äldre. Detta kan bero på att de yngre upplever sjukdomen mer katastrofalt än de äldre eftersom de äldre räknar med mer eller mindre olika former av ohälsa.

Hammarlund (2001) anser (enligt Tamm 2007:249) att ifall en individ inte får hjälp att i sjukdomens början bearbeta sin situation på ett ändamålsenligt sätt, kan det resultera i att hon kommer att använda felaktiga och därmed skadliga strategier som kan bli permanenta och försvåra anpassningen till sjukdomsförloppet.

3.4 Copingstrategier

Kännedom gällande copingstrategier är speciellt viktigt vid diagnos av reumatism, då kroniska sjukdomar inte kan bli botade och klienterna måste anpassa ändamålsenliga långtids strategier för att klara av att möta de förändringar som sjukdomen för med sig varje dag under flera års tid. (Lindberg & Iwarsson 2000: 681)

Individen blir tvungen att förändra delar av sitt liv, vissa tillfälligt, medan andra bestående, för att kunna hantera sjukdomen. En sådan anpassning ställer krav på individen att använda sina copingresurser eller copingstrategier. (Eliasson & Larsson 2009:7) Kacic-Barisic & Quidel Olsen (2010:10–11) refererar Lazarus & Folkman (1984) som anser att *coping* kan förklaras som försvar mot och ett redskap för att upprätthålla en inre balans och för att hantera eventuella krav som uppkommer i samband med ohälsa.

Coping är en form av anpassning som kommer till yttre uttryck då individen ställs inför påfrestningar och krav. Då individens anpassningsförmåga inte är tillräcklig börjar en copingprocess. Människan gör en s.k. primär bedömning, av den situationen som hon upplever som hotfull. Bedömningen grundar sig på personens tidigare

erfarenheter av livet samt föreställningar, kunskaper, förväntningar och mål. En ny, sekundär bedömning, görs utifrån personens individuella upplevelse av den aktuella situationen. Detta görs dels för att se vilka insatser som kan användas för att minska hotet samt vilka följder det leder till psykiskt, socialt och fysiskt för den enskilda individen. För att personen skall kunna hantera situationen, förutsätter det att hon har copingresurser. Val av copingstrategier som skall användas bestäms efter att individen värderat och bedömt situationen. Individen gör en återkoppling av resultatet för att utvärdera om copingstrategin har varit framgångsrik. (Kacic-Barisic & Quidel Olsen 2010:10–11)

En individ som har en god copingförmåga har också en större möjlighet att ta sig ur en kris med ett gott resultat, vilket leder till en även bättre krishantering i framtiden. En kris som är lyckat hanterad resulterar i att en individ kan uppskatta och göra omprioriteringar i det egna livet. En anpassning utifrån andras villkor stärker inte individen då hon inte hanterat krisen med sina egna copingresurser.(Eliasson & Larsson 2009:4)

Kacic-Barisic & Quidel Olsen (2010:10–11) refererar Lazarus och Folkman (1984) som delar in hälso- och sjukdomsrelaterade copingstrategier i två huvudgrupper, *probleminriktad* och *emotionellt inriktad* coping.

Problemfokuserad coping, är enligt Brattberg (2008) (refererad av Eliasson & Larsson 2009: 4) uppgiftsfokuserad och fokuserar på ett yttre problem. Enligt Lazarus & Folkman (1984) (refererad ytterligare av Eliasson & Larsson 2009: 4) anser att individen genom att använda sig av problemfokuserad coping försöker individen aktivt hantera situationen och är inriktad på att lösa problemet. Enligt Carlsson (2007: 43) söker individen vid denna strategi information om problemet och analyserar, fattar beslut utifrån fördelar och nackdelar som de olika alternativen frambringar och planerar för att lösa dessa problem.

Eliasson & Larsson (2009:4) refererar Brattberg, (2008); Lazarus & Folkman, (1984), som anser att *emotionsbaserad coping*, har som mål att minska obehagliga känslor i stressituationer och behålla hoppet och vara optimistisk, t.ex. då en individ får besked om en kronisk sjukdom. Enligt Carlsson (2007:43) går strategin ut på att individen använder olika former av försvarsmekanismer och försöker dämpa de känslomässiga

reaktionerna i situationen, t.ex. genom att förneka eller minimera betydelsen av situationen, undvika att tänka på denna eller använda sig av önsketänkande.

Vilken copingstrategi människan väljer beror på person och situation enligt Lazarus & Folkman, (1984) (refererad av Eliasson & Larsson 2009:4) Ryde'n & Stenström, (2008); Lazarus & Folkman, (1984), anser (enligt Eliasson & Larsson 2009:4-5) att individen kan använda flera olika copingstrategier för att hantera samma problem beroende på var i copingprocessen hon befinner sig i. Individen kan därför byta mellan probleminriktad och emotionell coping. Då en människa insjuknar i en kronisk sjukdom är det vanligt att individen först använder sig av en emotionellt inriktad copingstrategi för att hantera situationen. I ett senare skede försöker personen hitta lösningar till de olika problemen som en kronisk sjukdom för med sig genom probleminriktad coping.

En viss typ av copingstrategi är inte bra eller dålig, utan coping måste utvärderas inom ramen för det specifika stressfulla sammanhang inom vilken den äger rum. Det är således hur väl en viss form av copingstrategi som fungerar för individen i en viss situation som är avgörande, och man kan inte generellt säga att en copingstrategi är bättre än en annan. Vidare har det betydelse för resultatet hur varierande copingstrategier individen har tillgång till och hur flexibelt hon kan använda dessa. (Carlsson 2007: 43-44)

Enligt Fugl-Meyer är rehabilitering en process av coping, som har avsikten att stärka känslan av meningsfullheten i livet. Det individuella tillståndet/ sättet av anpassning beror på personligheten och de copingstrategier som individen använder, resulterande i olika nivåer av anpassning, som i sin tur resulterar i olika nivåer av subjektivt välmående och subjektiv livskvalitet. (Lindberg & Iwarsson 2000: 676) Corbin (1987) och Strauss (1991) (refererad av Lindberg & Iwarsson 2006: 676) beskriver adaptations processen som en "comeback process", då individen försöker anpassa hans eller hennes identitet och livsstil enligt de förändrade förhållandena.

Det finns en hel del forskning kring coping och reumatism, främst gällande hurdana copingstrategier som individer som insjuknat i någon slags reumatism använder sig av:

Enligt Lutze & Arzenholz, (2007); Iaquina & Larrabee, (2004), (refererad av Eliasson & Larsson 2009:4) anser att ett sätt att ta kontroll över sjukdomen är att lära sig att leva i nuet och att inte tänka på hur sjukdomen ser ut i framtiden, utan leva en dag i taget. Enligt Sinclair & Blackburn, (2008); Lutze & Archenholz, (2007), (refererad av Eliasson & Larsson) menar att till anpassningsprocessen hör också att kunna acceptera sig själv och inte se det som ett misslyckande att inte kunna utföra det man tidigare kunnat göra och att behöva be andra om hjälp. Till denna grupp hör även att hitta nya meningsfulla aktiviteter och nya livsvägar. Iaquina och Larrabee (2004) samt Melanson och Downe-Wamboldt (2003) (refererad av Eliasson & Larsson 2009: 4) beskriver hur sökandet av livsvägar skedde genom problemlösande coping. Olika hanteringsmetoder och tekniker utvecklades för att minska smärta och skapa ny energi. Enligt Sinclair & Blackburn, (2008); Lutze & Archenholtz, (2007), (ytterligare refererad av Eliasson & Larsson 2009:4) anser att man skall hantera sjukdomen genom positivt tänkande. Nagyova, Stewart, Macejova, Van Dijk & van den Heuvel (2005) kom fram (enligt Eliasson & Larsson 2009:4) att det självförtroende och den kraft som individen hade erfarenhet av efter tidigare genomlevda perioder gav en styrka och en positiv inställning att klara av även kommande svåra perioder. Det har visat sig att ju högre självkänsla och copingförmåga en person har, desto högre välbefinnande upplevs.

Barbour (2000) (refererad av Kacic-Barisic & Quidel Olsen 2010:18) har kommit fram i sin studie fram att klienter använde sig av olika strategier som att slappna av och behärska den egna stresskontrollen, för att bevara en stressfri omgivning. Deltagarna angav att ha kontroll över smärtan genom avslappning och massage samt att ha en god sömnkvalitet och regelbunden vila. Musik, husdjur och hobby var aktiviteter för att hålla patienterna sysselsatta och som på så vis hjälpte dem att hantera sjukdomen. Regelbunden träning och stretching var andra strategier som förekom. Det framkom också att klienterna använde sig av hypnos, biofeedback eller kiropraktor.

I olika studier kom det även fram att det sociala stödet var en viktig copingstrategi bland personer som insjuknat i någon reumasjukdom:

I studien gjord av Ablin et al (2007), (refererad av Kacic-Barisic & Quidel Olsen 2010:18) där deltagarna rekryterades från Rheumatology Clinic på Soroka University

Hospital, framkom copingstrategin hjälpsökande med en innebörd av att kunna be andra om hjälp vid problem. Klienterna använde sig i Bernard et al (2000), (refererad av Kacic-Barisic & Quidel Olsen 2010:18) av att prata med en familjemedlem eller vänner samt av att tala med professionell personal, eftersom de ville få bekräftelse på att sjukdomen verkligen existerade. Liknande strategier beträffande coping förekom i en annan studie av Barbour et al (2000) (ytterligare refererad av Kacic-Barisic & Quidel Olsen 2010:18), dessa var stöd från familj, vänner samt att ha en god relation med hälso- och sjukvårdspersonal. Jag anser att det som klient är bra att ha kännedom om krisens faser så att man känner till den process som man som klient genomlever. Att känna till processen skapar även hopp om framtiden. Det är också bra att känna till processen bakom coping för att som klient förstå de reaktioner och känslor som dyker upp i en ny situation som upplevs som stressande.

4 LIVSHANTERING

I kapitlet behandlas livshantering främst utifrån teorierna av Roos och Antonosky. Begreppet livsstil hör nära samman begreppet livshantering och behandlas kort. Livshantering presenteras även kort ur rehabiliteringens, och det rehabiliterande sociala arbetets synvinkel.

Inom vård, omsorgs- och rehabiliteringsarbete talar man i olika sammanhang om människans möjligheter att kontrollera sin livssituation, *livshanteringen*. Begreppet har definierats på många olika sätt, och ibland har det kritiserats för att det ger en illusion av att livet är hanterbart och kan kontrolleras. Då det gäller den psykosociala funktionsförmågan öppnar begreppet livshantering trots allt ett nytt och mycket nyttigt perspektiv. (Kettunen m.fl. 2005:59)

Då man sätter sig in i begreppet livshantering, bemöter man också begreppet social funktionsförmåga som ligger väldigt nära. Den sociala funktionsförmågan beskriver främst människans egna individuella sociala förmåga att fungera i olika omgivningar (Rissanen 2000). Livskontroll är också ett begrepp som ligger väldigt nära, men begreppet har en negativ klang. Livshantering som begrepp passar dock bättre i mitt arbete med tanke på den föränderliga situation i människans liv som sjukdom för med sig (Roos 1987:66). En individ som får besked om en kronisk sjukdom är tvungen att sträva till att upprätthålla sin livshantering och anpassa sig till ett förändrat liv.

4.1 Psykosocial funktionsförmåga som livshantering

Liisa Keltinkangas-Järvinen (2000) framhåller, att människan har ett behov av livshantering och att man kan t.o.m. kalla det som ett av människans grundbehov. Rädslan för motgångar i livet som man inte kan hantera eller kontrollera och som sker oväntat skapar känslor av otrygghet. I kampen mot denna rädsla behöver människan en känsla av att hon kan p.g.a. de val hon gör påverka sitt liv. Enligt Keltinkangas-Järvinen (2000) handlar det om livshanteringens inre kraft, genom vilket människan medvetet sätter mål och strävar efter för att uppnå dessa mål. Livshantering baserar sig på självkänedom, och att människan är medveten om vad hon vill och önskar av livet. Att människan har mål och att hon strävar efter dessa mål ger känslan av att hon faktiskt kan påverka sitt livsförlopp. (Keltinkangas-Järvinen 2000:27–28). Kokko (2004:171) refererar Järvikoski (1996:125) som anser att en individ upplever väldigt starkt att inte kunna hantera sitt liv, främst p.g.a. att samhället betonar den personliga kontrollen.

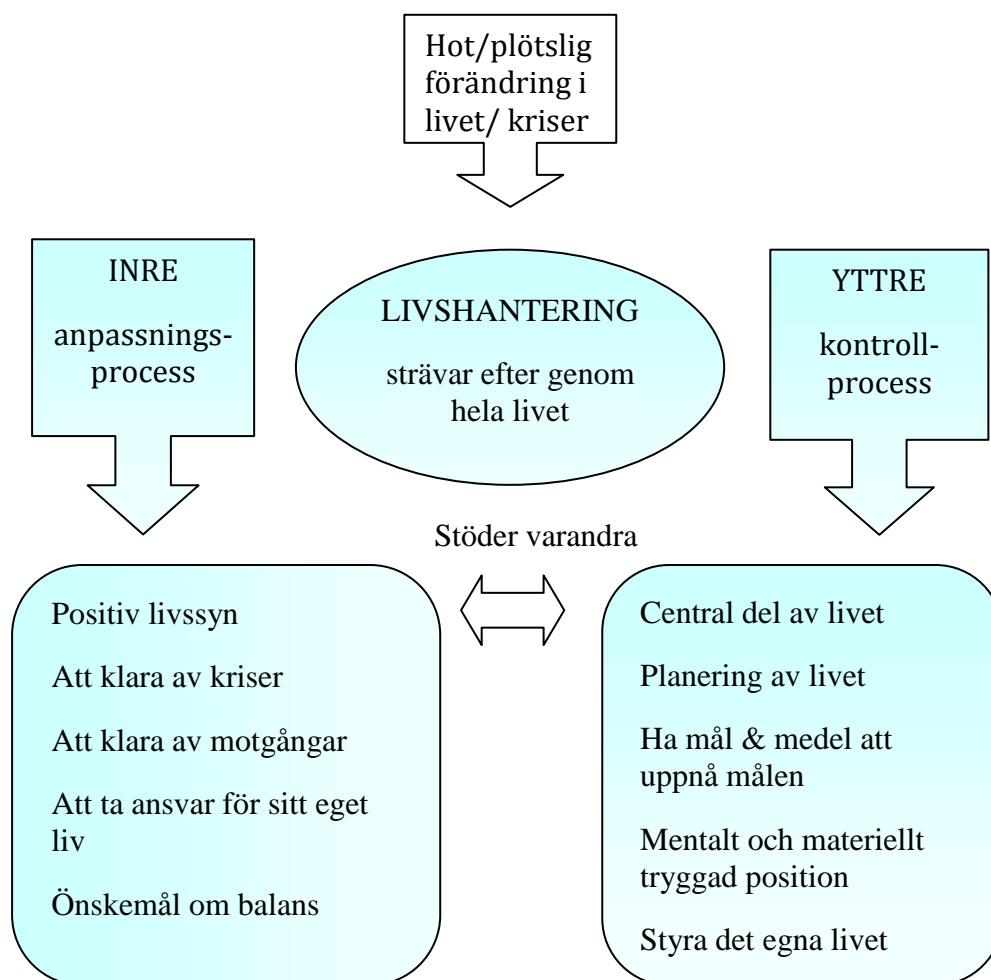
J. P Roos talar om *livsstil*, med vad som avses människans självkonstruerade övergripande uppfattning av sitt liv. Livsstilen hör nära samman med socialisation då människan fäster sig vid vissa värderingar, attityder och beteendemönster i sin omgivning. Samtidigt försöker människan själv påverka sitt liv. Livsstilen byggs inte upp endast av yttre faktorer, utan också av hur människan klarar sig, strukturerar den förändrade yttre situationen och konstruerar modeller för att klara sig. (Kettunen m.fl. 2005: 61)

I samband med *livshantering* skriver Roos om *inre* och *yttre livshantering*. Roos (1987) anser att anpassning är ett viktigt begrepp då man talar om *inre livshantering*. Med detta menas att människan kan anpassa sig till olika livssituationer, t.o.m. i svåra, traumatiska situationer. Man lär sig inre livshantering så småningom, från barndomen. (Roos 1987: 65-66). Niemelä (1991) anser att med inre livshantering strävar människan efter ett önskvärt tillstånd. Den inre livshanteringen är en anpassningsprocess, med vilken man strävar efter att hantera känslan av otrygghet, så att säga självkontroll. Anpassningsprocessen börjar ofta från en svår och stressande situation. Syftet med processen är anpassning till den nya situationen. Syftet är således att förändra det egna tillståndet och finna jämvikt. (Niemelä 1991:17) Enligt Kettunen m.fl. (2005:61) är invalidisering och insjuknande situationer där människans

inre livshantering kommer till uttryck. Hur en individ klarar av krissituationer beror i hög grad på de individuella metoder hon har. För olika människor kan livshantering innebära mycket olika metoder för att kontrollera sin livssituation och mycket olika metoder för att klara av kriser och alldagliga situationer lika väl. (Kettunen m.fl. 2005:61)

Enligt Virjonen (1994:40) är utvärdering en del av den inre livshanteringen. I och med utvärdering kan man ifrågasätta sin tillfredsställelse till sin verksamhet, sina val och sina avgöranden i livet. Genom att kritiskt tänka kan man förändra sin plan på livet, sina mål och sin verksamhet, ifall allt inte är på sin plats.

Yttre livshantering är enligt Roos (1987), att det inte har skett någonting oväntat eller oförutsett som skulle påverka livet i stor grad och att de målsättningar som individen lagt åt sig har kunnat uppfyllas. Centralt med tanke på yttre livshantering är strävan efter en materiell och mental trygghet. Människorna strävar efter att exempelvis trygga sin ekonomiska ställning genom utbildning och yrke och mentalt välmående genom goda människorelationer. På detta vis strävar man efter en yttre livshantering. (Roos 1987:65–67) En individ kan uppleva att hon har kontroll över sitt liv även om den externa livshanteringen vacklar till exempel p.g.a. ekonomiska problem eller arbetslöshet. (Kettunen m.fl. 2005: 61) Nedan presenteras en figur för att visualisera de olika faktorerna som den inre respektive yttre livshanteringen innefattar.



Figur 1. Figuren är en bearbetad version av Roos (1987) och Niemeläs (1991) figur av livshantering.

Med en stark inre livshantering även i krissituationer, orkar individen upprätthålla och förbättra den yttre livshanteringen, alltså i en strävan att uppnå sina mål. Individen lär sig att hantera den inre livshanteringen i situationer som anses vara svåra och utmanande. (Roos 1987: 41-42). Känslan av livshantering är inte stabil utan förändras i och med livssituationen och olika erfarenheter. I stärkandet av känslan av att man kan hantera livet är det viktigt att ha möjligheten att kunna påverka, den konstruktiv feedback man får från andra och värdering samt stöd från närstående och familj. (Nyyti.ry – opiskelijoiden tukikeskus)

Då Aaron Antonovsky (1979) har funderat kring begreppet livshantering använder han begreppet koherens. Med *koherens*, känsla av sammanhang i livet, avses människans tillit till att livet är tillräckligt strukturerat, förutsägbart och begripligt och att hon har tillräckliga resurser för att kunna möta olika krav som livet ställer och att dessa krav är utmaningar, som är värda investering och engagemang. Koherenskänsla

baserar sig enligt Antonovsky på att människan upplever sitt liv som tillräckligt begripligt, meningsfullt och hanterbart. Med detta menas individens tillförlitlighet till att livet är tillräckligt förutsägbart, begripligt, och strukturerat. Individen skall kunna förlita sig på att hon har tillräckligt med resurser för att klara av olika situationer. (Antonovsky 1991:37)

Upplevelse av *begriplighet* syftar på att människan på något sätt känner att hon förstår sig själv, sin omgivning och sitt liv. Självförståelse, med andra ord kännedom om egna resurser och begränsningar, höjer också begripligheten i det egna livet. En realistisk uppfattning om det egna jaget och resurserna utformas utgående från verksamhet och respons på verksamheten. Självkännedom är också en förutsättning för en realistisk självuppskattning samt för tillvaratagandet av de resurser som bidrar till att man klarar av olika livssituationer. (Antonovsky 1991:39)

Upplevelse av *mening* formas då människan upplever att hennes liv och arbete är tillräckligt meningsfulla. Meningsfullheten hör samman med människans värderingar och roller. Ett liv och ett arbete där människan kan följa sina värderingar är meningsfullt. Här har hennes livssituation stort inflytande vid sidan av personliga faktorer och värderingar. (Antonovsky: 1991: 40-41)

Upplevelse av *hanterbarhet* innebär att människan känner att hon åtminstone i någon mån kan påverka sitt liv och dess förlopp. Funktionsförmåga och oberoende av andras hjälp i det dagliga livet stärker känslan av hanterbarhet. (Antonovsky: 1991:40)

Känslan av hanterbarhet kan alltså uppfattas som en föreställning om i hur hög grad människan kan reglera och styra situationer och händelser. Känslan utvecklas inte om människan inte får möjlighet att handla självständigt och använda sin beslutsförmåga i sådana situationer där det är möjligt. Om människan inte får uppleva att hon kan påverka saker och ting kan hon inte heller engagera sig i sitt liv eller i samarbetet för att rehabiliteringen skall framskrida. Smärtor, sjukdom, funktionella begränsningar, ekonomiska problem och arbetslöshet försvagar känslan av hanterbarhet. (Kettunen m.fl. 2005:60–61)

Känslan av sammanhang utvecklas främst under barndomens och ungdomstidens upplevelser. Som vuxen kan det även ske förändringar i känslan av sammanhang. Ett tecken på stark känsla a sammanhang är då individen strävar till att i en vidare bemärkelse förstå och hantera sitt liv samt känna sitt liv som meningsfullt. Känsla av

sammanhang är en subjektiv upplevelse, och var och en har en egen, för sig själv tillräcklig, känsla av sammanhang. (Antonovsky 1991:37)

4.2 Livshantering som syfte för rehabilitering och rehabiliterande socialt arbete

Livshantering tycks vara ett centralt mål i både rehabiliterande socialt arbete som i rehabiliteringens generella definition. (Matikainen 2006:47)

I livshanteringen är det enligt Järvikoski (1996:38) (refererad av Matikainen 2006:47) handlar det om människans förmåga och möjlighet att använda resurser. Ju bättre resurser en människa har, desto mångsidigare metoder kan människan ta sig till. Hautamäki (1996:47) tillägger, (enligt Matikainen 2006:47) att livshantering förutsätter individens autonomi, vars centrala drag är reella alternativ samt förmågan att göra val och utföra sina livsplaner. I livshantering behövs materiella resurser samt emotionella och kognitiva färdigheter för att kunna fungera. Enligt Hautamäki (refererad av Matikainen 2006:47) är eventuellt det allra viktigaste självrespekt samt att få erkännande för den egna mänskligheten. Människan är i grund och botten en aktiv, fungerande varelse, som vill själv planera sitt och får tillfredsställelse då hon lyckas nå målen. Livshantering är en avsevärd källa för välmående.

Att förlora den inre livshanteringen menar Ritakallio (1991:49–53) (refererad av Matikainen 2006:48) innebär ett tillfälle av psykisk hjälplöshet, som baserar sig på upplevelsen av att man inte kan kontrollera de yttre företeelserna. Denna hjälplöshet följs av försvagad motivation, och därpå föds en cirkel som är svår att bryta. I livets inre hantering är det fråga om förmåga och motivation. I sin empiriska forskning om brister i välmående hos klienter som lyfter utkomststöd, operationaliserade Ristikallio att brister i den inre livshanteringen kom i uttryck bl.a. som negativt förhållningssätt mot framtiden, som hopplöshet, att uppleva det planerade livet som omöjligt samt att underkasta sig den egna sociala statusen. Sipilä (1985:68) rapporterar (enligt Matikainen 2006:48) att en förutsättning, för att kunna hjälpa människor att stå på sina fötter, att de själva sätter upp mål för sig och tar uppgifter åt sig själv.

Liukko (2006:51–52) (refererad av Matikainen 2006:49) granskar livshanteringens yttre och inre omfång och med hjälp av begreppet empowerment det rehabiliterande

sociala arbetet som en process, och där arbetandet framskrider via olika steg eller trappor. En basförutsättning för livshantering är att individen har (psykiska, sociala, fysiska och materiella) förutsättningar för funktion. För det andra bör klientens upplevelser av och känsla för det egna människovärdet och självrespekt förstärkas, och för det tredje bör klientens beslut och val stödas. Slutligen stöder man klienten i att fungera enligt sina mål och planer. Enligt Liukko hjälper begreppet livshantering att avgränsa arbetet och fokusera på det väsentliga gällande det rehabiliterande sociala arbetet.

Livshantering är således en anpassningsprocess som individen strävar till hela tiden. Då ett yttre hot upplevs, kommer individens anpassningsförmåga till yttersta uttryck och således vacklar livshanteringen. Individen kan upprätthålla sin livshantering genom en positiv livssyn, samt genom att utveckla sina resurser för att klara av kriser och motgångar. Individen kan sträva efter att upprätthålla sin livshantering också genom att ta ansvar över sitt eget liv samt ha goda människorelationer så att man har en känsla av mental trygghet. Om man läser genom raderna är dessa de teman som uppkommer i min tillämpade del.

5 VÄLBEFINNANDE

I det kommande kapitlet presenteras kort välbefinnande, från den psykiska synvinkeln. I kapitlet tas även upp forskningsresultat på vad som främjar det psykiska välbefinnandet.

Välbefinnande är ett begrepp som står nära begreppet livshantering. Hälsan utgör en viktig faktor då förutsättningarna för välbefinnande kartläggs. Vid sidan av välbefinnande är hälsa och sjukdom också beroende av kulturella och samhälleliga faktorer. (Kettunen m.fl. 2005: 61)

Enligt Erik Allard är människans behov och tillfredsställelse av dem grundläggande för välbefinnandet. Behoven med tanke på välbefinnandet inriktas på levnadsstandarden, gemenskapsförhållandena och möjligheterna att förverkliga sig själv. För indelningen används ofta den engelska terminologin *having*, *loving*, *being*. Behov som hänför sig till välbefinnandet kan inte mätas bara objektivt utifrån, utan olika delfaktorer måste bedömas subjektivt, utgående från människans egna

erfarenheter. Då gäller det att uppmärksamma människans subjektiva syn på mening, innebörd, livsinnehåll och mål. Dessa är i stor grad beroende av människan själv, men också av omgivande människors värderingar. Ett meningsfullt liv och innehållet i livet är även beroende av värderingarna i samhället, samhällsnormerna och de allmänna normerna i samhället. (Kettunen m.fl. 2005:62)

Iwasaki et al. (2005) har kommit fram (enligt Larsson 2006:5) att fritidsaktiviteter och rekreation förutspår ökad mental hälsa och psykologiskt välbefinnande, genom att avlägsna tankarna från sjukdomen och skapa optimism gällande framtiden. Enligt Vleiroras & Bossma (2005) (refererad av Larsson 2006:21) innebär det att vara sig själv, behålla sin identitet och ha mål som ger en känsla av engagemang. De menar att känslan av att vara sig själv korrelerar positivt med psykologiskt välbefinnande. Då det finns en balans mellan vila och aktiviteter är det, enligt Reinseth & Espnes (2007) (refererad av Eliasson & Larsson 2009:10) individen som styr livet och inte sjukdomen. Det är viktigt att poängtera att det finns starka samband mellan att kunna delta i dagliga aktiviteter och psykiskt välbefinnande. I min broschyr tillämpas resultaten från olika forskningsresultat för att främja klientens välbefinnande.

6 PSYKOSOCIAL FUNKTIONSFÖRMÅGA

I detta kapitel beskrivs den psykosociala funktionsförmågan, samt vilka faktorer som påverkar denna. I kapitlet tas även upp olika psykosociala resurser som en människa förfogar över.

Med psykosocial funktionsförmåga avses ofta att klara sig i olika situationer i det normala livet och samhället. Med den psykosociala funktionsförmågan menas förmåga att klara av situationer i vardagslivet och omsorgsuppgifter, stå i växelverkan med andra människor och upprätta sociala relationer, lösa problemsituationer i det dagliga livet och fungera i den egna livsmiljön och omvärlden. (Kettunen m.fl. 2005: 56)

Möjligheterna att kontrollera livssituationen försämras för en individ som är beroende av andras hjälp gällande de dagliga aktiviteterna. Under en kortvarig sjukhusvistelse är hjälpbehovet och beroendeförhållandet endast temporärt. För den som invalidiseras eller drabbas av en kronisk sjukdom blir behovet av hjälp kontinuerligt, vilket betyder

att människan måste anpassa sig till en ny livsstil och till att vara beroende, och att även den psykosociala funktionsförmågan försämras. God psykosocial funktionsförmåga kan ses som motsatsen till utslagning då människan har förmåga att aktivt delta i det egna livet, livet i en gemenskap och livet i ett samhället. Människan upplever då att hon kan påverka sitt liv samt göra självständiga val. Individens aktiva erfarenheter och handlingar av den egna styrkan stärker hennes positiva identitet och möjligheter att klara sig. (Kettunen m.fl. 2005:57–58)

Den psykosociala funktionsförmågan hör nära samman med människans *identitet*, som omfattar förmågan att förena olika sidor av jaget och separata funktioner i livet till en helhet. Enligt Erving Goffman är identiteten människans internaliserade tolkning dels av de förväntningar och uppfattningar som andra riktar mot henne (den sociala identiteten), dels av vad människan har som är unikt och individuellt jämfört med de andra (den personliga identiteten). Dessa båda sidor, människan som sitt personliga jag och som medlem i olika sociala grupper, kommer också upp i samband med begreppen *livshantering* och *välbefinnande*. (Kettunen m.fl. 2005:57–58)

Verksamhet och förändrad funktionsförmåga, ex. handikapp eller sjukdom, formar människans identitet. Händelser i livet och i synnerhet kriser påverkar också identitetens uppbyggnad på ett grundläggande sätt. Den identitet som människan tillägnat sig tidigare hotas under kriser. Jaguppfattningen vacklar och individen måste lära sig förstå sig själv och sitt liv på ett nytt sätt. Om en sjuk eller handikappad människa ständigt upplever att responsen från omgivningen är negativ och att den inte uppmuntrar henne, börjar hon känna sig sämre än de friska. Uppfattningen av den grundläggande föreställningen om att vara sämre än andra börjar då styra hennes liv, och då kan det hända att människan blir undergiven. Utåt kan det se ut som anpassning, men sanningen är att hon ger upp och orkar inte anstränga sig för att förbättra situationen. I sådana situationer försöker individen inte ens att ta till vara sina möjligheter eller resurser. (Kettunen m.fl. 2005: 58)

I en studie av Waterman (2004) (även refererad av Larsson 2006:21) menar han att aktiviteter knutna till forandet av identiteten är viktiga för uppfattningen om vem de är som person. Dessa är till 75 % sport, fysiska aktiviteter eller konstnärligt skapande enligt en studie av Sharp, Coastworth, Darling, Cumsville & Rainer (2006) (refererad av Larsson 2006:21) och har stor inverkan på hur människor formar sin identitet.

Den psykosociala funktionsförmågan är alltid en individuell upplevelse, som är beroende av människans livsmiljö och livshistoria. På samma sätt som identiteten formas den psykosociala funktionsförmågan hela livet. Ända från barndomen tillägnar människan sig värderingar, normer, beteendemönster, betydelser och tolkningar som varar i den omgivande världen. Detta benämns socialisation, och sker mera omedvetet än fostran. Människan växer in i en viss livsstil och ett visst sätt att uppfatta världen. (Kettunen m.fl. 2005:67)

6.1 Psykosocial funktionsförmåga, psykisk hälsa och självreglering

Den psykosociala funktionsförmågan kan också ses som psykisk hälsa. Då ses den psykiska hälsan som en förutsättning för tillräcklig livshantering. Den psykiska hälsan har definierats på många olika sätt. Den äldsta och även i dag mest använda definitionen härstammar från en av föregångarna till den humanistiska psykologin, Sigmund Freud, som uttalar att ”psykisk hälsa är förmågan att arbeta och älska”. Den psykiska hälsan förstås då främst som funktionsförmåga. (Kettunen m.fl.2005:63)

Den psykiska hälsan upplevs som välmående, psykiskt välbefinnande. Bedömningen av den psykiska hälsan, som också välbefinnandet, skall alltid utgå ifrån hur människan själv anser sig må och hur hon själv upplever sitt tillstånd, då inga yttre tecken kan visa på ett tillförlitligt sätt hur en människa egentligen mår. (Kettunen m.fl. 2005:63)

För att bevara sin identitet och upplevelsen av välbefinnande försöker människan hålla fast vid en positiv och konfliktfri upplevelse och uppfattning om sig själv. Då upprätthåller och reglerar människan sin jagupplevelse både fysiskt, psykiskt och socialt. (Kettunen m.fl.2005:63)

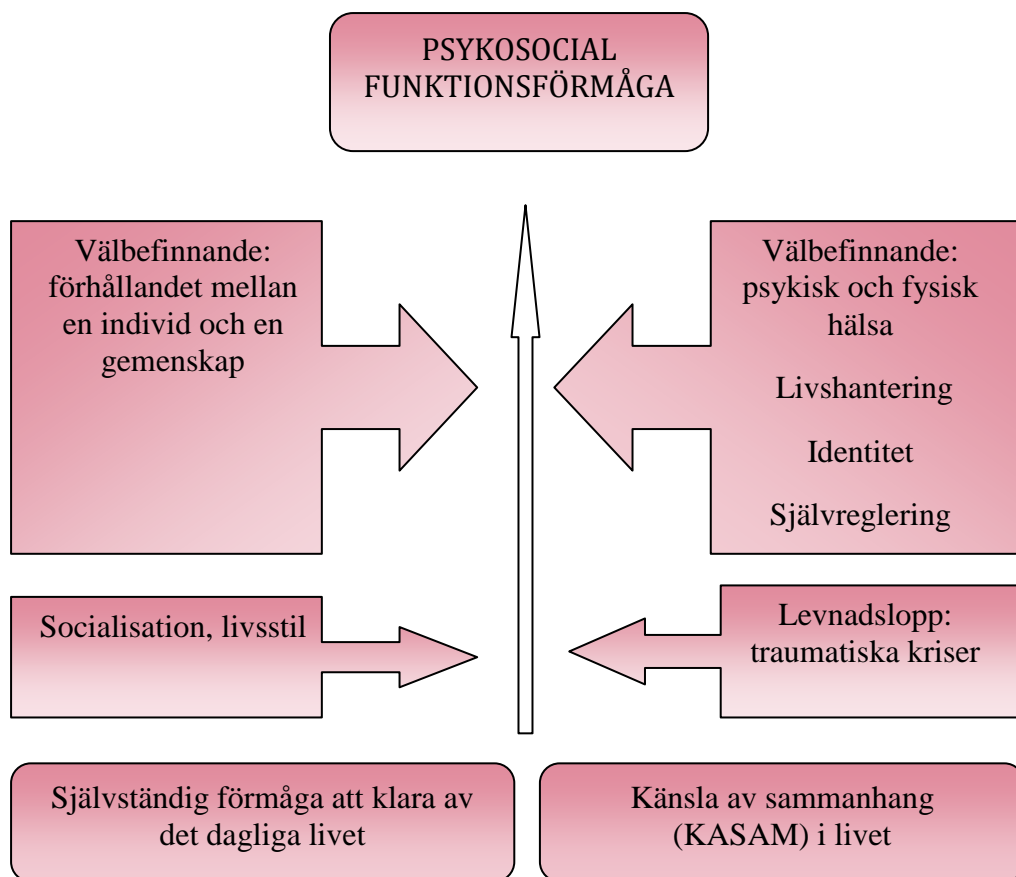
I situationer där inre eller yttre faktorer hotar individens upplevda jag, försöker människan återkalla den positiva och konfliktfria upplevelsen av jaget, genom självreglering. *Självreglering* har samband med den psykiska hälsan och med livshanteringen. Ju smidigare och mångsidigare självregleringsmetoder människan har, desto bättre klarar hon av sitt liv och förändringar. Människans psykosociala funktionsförmåga påverkas av hur välfungerande och mångsidiga psykiska

självregleringsmetoder hon har. Smidiga och mångsidiga självregleringsmetoder är en resurs. (Kettunen m.fl. 2005:63–67)

De omedvetna psykiska processerna som har till uppgift att minska upplevelsen av och medvetandet om hot och fara för jaget kallas också psykets försvarsmekanismer. I de akuta faserna av krisen, chockfasen och reaktionsfasen, är de många gånger värdefulla och hjälper människan att stegvis konfronteras med den smärtsamma verkligheten. De kan dock ibland bidra till att förlänga och försvåra övergången till en bearbetning av det som har skett.(Cullberg: 2006:145)

Psykisk självreglering är en psykisk aktivitet som innebär att det upplevda obehaget eller välbehaget behandlas på tanke- eller känslonivå. De försvarsmekanismer som utvecklas tidigast är bl.a. förnekande och introjektion, då människan fogar en annan människas egenskaper till sig själv. Ifall de dominerar hos en vuxen inverkar de ofördelaktigt på den psykiska hälsan och förhindrar en konstruktiv anpassning till livshändelserna och till miljön. Humor, förlåtelse och positivt tänkande kan även ses som metoder för psykisk självreglering. (Kettunen m.fl. 2005:64–66)

Mitt examensarbete är avgränsat för att inte behandla självregleringsmetoderna mera fördjupat, då dessa är omedvetna psykiska processer som en individ inte kan styra och påverka själv. Nedan illustreras en figur för att se vilka faktorer som påverkar och inverkar på den psykosociala funktionsförmågan hos människan.



Figur 2. Bearbetad version av faktorer som har samband med den psykosociala funktionsförmågan enligt Kettunen m.fl. (2005:82)

6.2 Stöd av individens psykosociala resurser

Med psykosocialt arbete avses hjälp i synnerhet för människor i kris eller människor som har allvarliga problem. Genom arbetsmetoderna försöker man påverka de psykiska strukturerna i stället för att enbart främja handlingsmöjligheterna. (Kettunen m.fl. 2005:83)

De egentliga resurserna hos individen kan kategoriseras som fysiska och psykiska resurser. De psykiska resurserna är kognitiva färdigheter (minne, perception, tänkande och inlärningsförmåga), motivation, självkänedom, emotionella regleringsfärdigheter vilka människan anser främja möjligheterna att bli rehabiliterad. Eftersom rehabilitering handlar om att lära sig någonting nytt, bör de *kognitiva färdigheterna* som påverkar inlärningsförmågan beaktas i sättet att handleda individen. (Kettunen m.fl. 2005:98–99)

Motivation är viktig med tanke på rehabilitering. Rehabilitering framskrider inte om människan saknar motivation och inte engagerar sig. Det är viktigt för motivationen att individen upplever att målen och medlen för målen är meningsfulla och realistiska. Att erkänna och acceptera problem, sjukdom eller handikapp innebär en kris som hotar människans identitet och existens och som kräver tid och genomlevelse av många olika känslor. Människan är heller inte alltid mogen att identifiera eller se sin situation och sina behov av rehabilitering. (Kettunen m.fl. 2005:99)

Enligt Ekman (1992); Jeffmar, (1994),(1995);RFV (1994:6), (refererad av Treekrem 2000:28) är individens motivation avgörande för att nå framgång med rehabiliteringsarbete Enligt Jeffmar (1995) (refererad av Treekrem 2000:28) styrs den egna motivationen av målinriktade behov hos individen. Ju större behov individen upplever, desto mer motiverad blir hon att tillfredsställa dessa. Kerstin Ekberg, professor vid Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering på Hälsoinstitutet i Linköping, Sverige, betonar i en intervju (Ahlroos, 1999, refererad av Treekrem 2000: 28) betydelsen av klientens engagemang, bl.a. att själv få möjlighet att forma egna förändringsmål i stället för att få dem ålagda från andra. På så sätt ökar motivationen samtidigt som klienten får möjlighet att inse betydelsen av det egna ansvarstagandet i rehabiliteringsarbetet. Harms - Ringdahl (1998) framhåller (enligt Treekrem 2000:28) risken med att endast studera vad en klient inte kan utföra, när man i stället bör undersöka vad klienten kan och vill göra då hennes funktionsförmåga utvärderas.

Självkännedom, självuppskattning, är en viktig resurs. Ju mer realistisk uppfattning individen har om sig själv, desto mera ingående kan hon också uppskatta sig själv. Det gynnar rehabiliteringen och livshanteringen ifall människan har mycket sådant som stödjer hennes självuppskattning och identitet. (Kettunen m.fl. 2005: 99)

Med *emotionella färdigheter* menas förmågan att identifiera och förstå sina egna och andras känslor samt uttrycka och ge utlopp för sina känslor på ett konstruktivt sätt. Känslorna styr perceptionen och verksamheten och hjälper individen att behålla sin psykiska balans och anpassa sig till förändrade situationer. Känslorna berättar någonting om oss själva, och som människan behöver för att förstå sig själv och sina handlingar. (Kettunen m.fl.2005: 100)

Med *sociala resurser* menas det stöd som upplevs genom människorelationer, som konkret hjälp i vardagen, emotionellt stöd eller information. Det är viktigt att det sociala nätverket erbjuder en känsla av trygghet, samhörighet och känslan av att inte

vara ensam. I detta avseende hör det sociala nätverket nära samman med livshandlingen, då människan upplever att hon kan påverka sitt liv och upplever social trygghet. Av väsentlig betydelse är individens subjektiva känsla och upplevelse.(Kettunen m.fl.2005:98) Den psykosociala funktionsförmågan syns i den tillämpade delen i form av de olika resurserna. Livshandling ses som en del av den psykosociala funktionsförmågan.

7 EMPOWERMENT

I detta kapitel kommer jag att behandla begreppet empowerment, och hur man kan förstärka känslan av empowerment hos en individ. I kapitlet behandlas också empowerment som en del av egenvård. Empowerment begreppet ses även från synvinkeln rehabiliterande socialt arbetet.

Aujoulat, d'Hoore & Deccache (2006) (refererad av Karlsson 2009:3) definierar empowerment som en komplex erfarenhet av personlig förändring vad som gäller klienternas erfarenheter, rädslor och prioriteringar relaterat till kronisk sjukdom. Synsättet utifrån empowerment är att klienten är ansvarig för sina val och konsekvenserna av dessa. Fokus ligger på att se hälsoförbättringen. Empowerment är härledd ur principen om självbestämmande.

Karlsson (2009:1) refererar Aujoulat,d'Hoore& Deccache (2006) som definierar empowerment som sammanhängande helheter av erfarenhet av personlig förändring vad som gäller klientens erfarenheter, rädslor och prioriteringar relaterat till den kroniska sjukdomen. Synsättet utifrån empowerment är att klienten själv är ansvarig för sina val samt konsekvenserna av dessa. Som ett resultat av klientens empowering process förväntas att klienterna uppnår bättre självkontroll, inte endast med tanke på sin sjukdom, utan även också gällande livet i övrigt. (Karlsson 2009:1)

Olofsson& Snårbacka (2004:9) refererar Feste och Anderson (1995) som menar att utvecklingen av individens empowerment baserar sig på en process som utgår från individen och hennes önskemål. Processen syftar till att öka förmågan och motivationen till att effektivt ta ansvar för sitt liv och sin hälsa och att utveckla strategier för att kunna bemästra omvärlden. Det rekommenderas för att empowerment skall kunna ske bör den innehålla vissa åtgärder. Individen bör få hjälp och stöd att utveckla sin självbild, motivation, anpassningsförmåga och

problemlösningsförmåga, men även förmågan att hantera stress, förmåga att söka och få socialt stöd samt förmåga att öka sitt välbefinnande. (Olofsson & Snårbacka 2004:9)

De åtgärder som bidrar till att utveckla och öka en individs empowerment kan sägas som *kraftskapande åtgärder*. Detta är åtgärder som stöder individen att utveckla sin självbild, självkänsla, motivation, anpassningsförmåga, copingstrategier, problemlösningsförmåga och sitt sociala stöd samt utveckla sin känsla av sammanhang är betydelsefulla för att en individ skall våga eller vilja gå in i den förändringsprocess som rehabilitering utgör. (Olofsson & Snårbacka 2004:10)

7.1 Empowerment som en del av egenvård

Barlow, Bancroft och Turner (2005) (refererad av Karlsson:2009:1) framhävde i sin studie att ett flertal studier har påvisat att egenvårdsprogram för kroniskt sjuka medfört en positiv effekt på deltagarnas livssituation och välbefinnande. Studien av Fu, D, Ding, McGowan och Fu, (2005) (även refererad av Karlsson:2009:1) visade slutligen att deltagarna uppvisade förändrade eller utvecklade flera nya beteenden som t.ex. att klienternas känslor, psykiska tillstånd samt symptom till den kroniska sjukdomen förbättrats i och med egenvårdsprogrammet.

Olofsson & Snårbacka (2004:9) refererar till Rogers, Chamberlin; Ellison och Crean (1997), Ekberg (2000) som anser att även tillgång till information, stärkt självförtroende och större självsäkerhet samt förmåga att göra val utgör komponenter av empowerment. (Olofsson & Snårbacka 2004:9)

I Orem's omvårdnadsteori är målet med egenvård att hjälpa individen att tillfriskna och/ eller hantera sin sjukdom. Enligt Orem är egenvård åtgärder som individen gör i det dagliga livet och förmågan av egenvårdskapacitet påverkas av bl.a. ålder, kön, hälsostatus, utvecklingsstatus, sociokulturell miljö, tillgänglighet till hälso- och sjukvårdsresurser, livsstil, socialt stöd och familj. Klienterna önskar, enligt Orem, att ta hand om sig själva utifrån den kapacitet de har. Vanligen kan individen själv utföra den egenvård som behövs, de dagliga aktiviteterna. Målet med omvårdnaden är att stöda och utveckla individens förmåga till egenvård för att klienten skall kunna klara av det dagliga livet och vad som hör till detta, så bra som möjligt. (Karlsson 2009:2)

Enligt Agardh, Berne & Östman (2002) (refererad av Håkansson & Nilsson 2007:2) är egenvård de aktiviteter och handlingar som klienten utför för att uppleva hälsa och välbefinnande. Målet för egenvård är att klienten skall få den kunskap som krävs för att kunna ha kontroll över sin kroniska sjukdom. Klienten skall ha kontroll över sin sjukdom och känna ett ansvar att sköta sin sjukdom. Klienten behöver inte endast kunna faktakunskap om sin sjukdom, utan även också praktisk kunskap. Detta är av vikt för att kunna åtgärda och hantera olika situationer som kan uppstå vid kroniska sjukdomar.

Vid egenvård krävs ett fungerande förhållningssätt mellan klient och professionell. I studier har det visats att då vårdpersonalen talar om för klienten vad som skall göras samt vad som förväntas av klienten, fungerar detta vid 40 % av fallen. Vid de övriga fallen tillämpas empowerment (Wikblad 2006). Med empowerment menas enligt Nationalencyklopedin (1993) att den professionella förstärker klientens möjligheter att bli mera självständig så att denne skulle kunna själv formulera sina mål och ta makten över sitt liv. (Håkansson & Nilsson 2007:2)

7.2 Empowerment – tänkande bakom det rehabiliterande sociala arbetet

Man är enad om att empowerment handlar om en process, där människorna möjliggörs förbättra sin livshantering och livskontroll. Socialt arbete innebär att stöda individens rehabiliteringsprocess, och där klientens subjektivitet lyfts fram. (Matikainen 2006: 41)

Matikainen (2006: 42) refererar Liukko (2006:51) som menar att man kan dela in empowerment i inre och yttre. Med inre empowerment menas att förstärka människans psykiska funktionsförmåga. I specialiserade rehabiliteringssystem framskrider man endast till att förstärka livshanteringen/ livskontrollen och att bemyndigas i och med att de brister som en sjukdom, skada eller handikapp för med sig minskas. (Matikainen 2006: 42)

Socialt arbete ses enligt Tuusa (2005:37) (refererad av Matikainen 2006:42) främst som ett förändringsarbete, som man stöder klienternas självständighet och livshantering samt förebygger marginalisering. Vid sidan av empowerment talar man

(enligt Matikainen 2006:42) även om att främja den sociala delaktigheten, det rehabiliterande arbetssättet, rehabiliterande socialt arbete eller psykosocial rehabilitering. I den tillämpade delen av mitt examensarbete tillämpas empowerment genom att fungera som ramarna till broschyren.

8 SOCIALT STÖD

I detta kapitel tar jag kort upp det sociala stödet, syftet med det sociala stödet i detta examensarbete är främst att fungera som information om det sociala stödets betydelse.

Det sociala stödet har stor betydelse för rehabiliteringen och det psykiska välbefinnandet. (Kettunen m.fl. 2005:98) Cobb (1976) definierar enligt Karlsson (2009:3) socialt stöd såsom en information vilket leder individen till att tro att hon är omhändertagen och älskad, att hon tillhör ett nätverk av kommunikation och ömsesidighet och att hon är uppskattad och värdefull.

Vidare refererar Karlsson (2009:3) Zheng et al., (2007) som anser att socialt stöd kan vara en resurs för människor vid plötsliga och oväntade händelser i livet. Därför kan socialt stöd hjälpa klienterna att anpassa sig till ett liv med kronisk sjukdom. Individer som uppfattade att de hade socialt stöd kunde hantera sin sjukdomssituation på ett bättre sätt i jämförelse med de som upplevde att de hade ett svagt socialt stöd. (Karlsson 2009:3) I den tillämpade delen av examensarbetet tar jag upp betydelsen av det sociala stödet.

9 FRÅN IDÉ TILL FÖRVERKLIGANDE

I detta kapitel presenteras arbetsprocessen bakom min produkt, dvs. broschyren *"Tillsammans i en förändring"*. Först redogörs hur idén till ämnet uppstod samt arbetsprocessen. Därefter presenteras själva broschyren och slutligen följer kritisk granskning och slutdiskussion.

9.1 Uppkomsten av idén

Jag hade ansökt att få skriva mitt examensarbete inom projektet T.A.G i livet då projektets målsättningar och syfte tilltalade mig. Då jag fick veta att jag skulle

medverka inom projektet, hade jag inte ännu helt klart för mig vad ämnet för mitt examensarbete skulle vara. Ett ämne som intresserade mig var rehabilitering, främst psykosocial rehabilitering. Jag började fundera kring vad som skulle vara intressant att skriva om och vad produkten skulle kunna vara. Vid besöket till ÅUCS/ Pemar sjukhus i januari 2010 kom förslaget om att skriva om skedet då klienterna får budskapet om att ha insjuknat i en långtidssjukdom, vid detta fall reumatism, och hur man på ett bra sätt kan bemöta och stöda klienten i denna process. Jag ville lägga fokus på de psykosociala aspekterna hos individen, samt på individens välmående och livskvalitet. Detta tyckte jag skulle vara viktigt för att man under sjukhusperioden och under rehabiliteringen fäster märke vid klientens sjukdom främst medicinskt och prioriterar den fysiska funktionsförmågan framom den psykiska. Därför skulle det vara viktigt att även komma ihåg att klientens psykiska välmående också är en viktig del av rehabiliteringen av fysiska sjukdomar. Detta är speciellt viktigt främst vid kroniska sjukdomar, som reumatism, som inte går att bota, utan individen måste anpassa sig till ett liv som i och med sjukdomen kan medföra stora förändringar i människans liv.

I samband med materialinsamlingen och litteraturgenomgången märkte jag hur omfattande begreppet livskvalitet är, och jag insåg att jag var tvungen att byta perspektiv och ytterligare avgränsa och precisera mitt examensarbete efter den feedback jag fick från arbetsseminariet. Jag hade skrivit mitt examensarbete från ett för sociologiskt och vårdvetenskapligt perspektiv. Med feedback från handledningsprocessen lade jag fokus på kris- och livshantering, samt rehabiliterande socialt arbete och empowerment och upptäckte att detta var den teoretiska bakgrund jag behövde för att få arbetet mot den riktningen att det skulle vara inom en socionoms (YH) yrkeskompetens.

Vilkka & Airaksinen (2003:23) poängterar i sin bok *”Toiminnallinen opinnäytetyö”*, att skribenten skall sträva till att välja ett tema som är relativt aktuellt inom det egna yrkesområdet. I och med de litteraturstudier som jag gjort har jag kommit fram till att i och med den moderna synen på klienten som en aktiv varelse som själv skall ta ansvar över sitt liv och sin hälsa, som råder inom rehabiliteringen idag, och med tanke på de växande siffrorna gällande psykisk ohälsa i samhället, var jag övertygad om att jag valt ett bra och nyttigt ämne.

9.2 Val av produkt

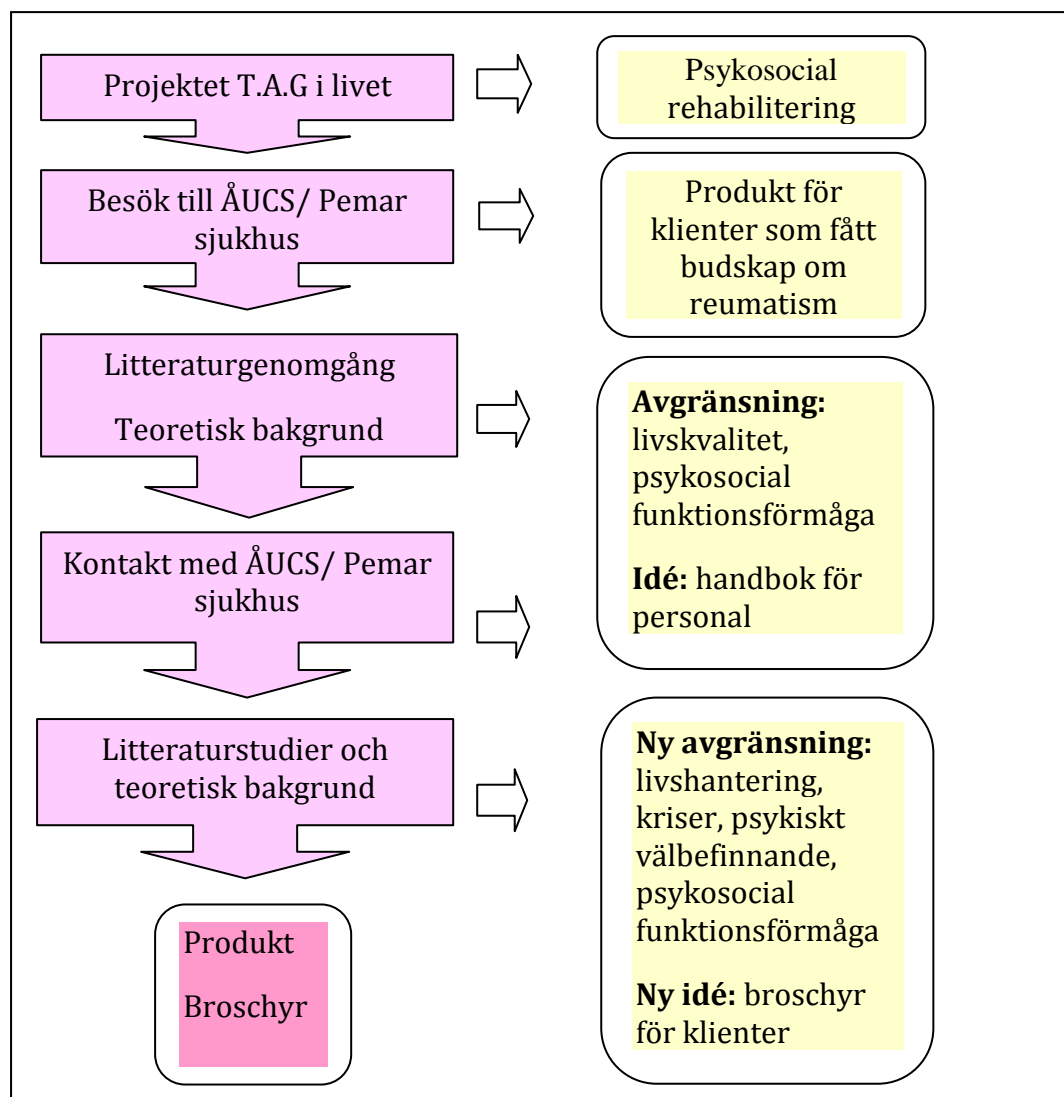
Först hade jag tänkt göra en handbok riktad till personalen och som skulle fungera som stöd för klienternas psykosociala rehabilitering under sjukhusperioden. Handboken skulle ha innehållit metoder och aktiviteter med hjälp av vilka man skulle ha strävat efter att göra sjukdomsperioden mera behaglig och som bidragit till känslor av välmående och välbefinnande hos klienter. Jag fick dock lämna idén efter arbetsseminariet där uppdragsgivaren från arbetslivet var medverkande, och en ny idé formades. Den nya idén blev att producera en broschyr som stöd för klienterna i deras egenvård. Under processen var jag via e-post i kontakt med min handledare från ÅUCS/ Pemar sjukhus, avdelning 017, för att specificera deras önskemål och behov angående produkten, och för att fråga hurudant material de redan använder sig av.

Vilkka & Airaksinen lyfter fram i sin bok betydelsen av kontakten till arbetslivet. De vill betona möjligheten till professionell tillväxt för skribenten i och med att examensarbetet är relaterat till arbetslivet. Det finns en hel del fördelar med att ha en uppdragsgivare. I mitt fall har jag fått ett klart syfte med mitt examensarbete samt en avgränsning gällande innehållet i arbetet. Vilkka & Airaksinen vill även betona att ett examensarbete som har en uppdragsgivare stärker skribentens ansvarskänsla och motivation (Vilkka & Airaksinen 2003: 17) Att skapa en produkt som verkligen kommer att användas har för mig varit en stor motivationsfaktor.

9.3 Arbetsprocessen

I detta kapitel kommer jag att redogöra för arbetsprocessen. Processen har varit väldigt lång och det har därför varit nödvändigt att föra en processdagbok, för att komma ihåg de val som jag gjort, och vilka funderingar jag haft. Vilkka & Airaksinen (2003) lyfter också fram vikten av att föra en processdagbok så att man kommer ihåg hur processen med examensarbetet har framskridit och vilka val man har gjort. (Vilkka & Airaksinen 2003:19–20).

I figuren nedan visualiseras arbetsprocessen:



Figur 3. Figur över arbetsprocessen.(Skribentens egen bild)

9.3.1 Litteraturgenomgång

Mitt examensarbete är ett resultat av litteraturstudier om psykosocial funktionsförmåga och en studie av olika teorier om livshantering. Jag valde att samla fakta till mitt arbete genom litteraturstudier. Detta arbetssätt använde jag på grund av att jag hellre arbetar utgående ifrån tidigare forskningsresultat och vidareutvecklar dem för att skapa något nytt, än gör egna forskningar.

Det material som jag kunde finna om psykosocial funktionsförmåga berörde som målgrupp de äldre eller utvecklingsstörda, och kunde därför inte tillämpas i detta

arbete. En del av litteraturen behandlade också hur bedöma den psykosociala funktionsförmågan, och kunde således inte heller användas i mitt examensarbete. Teorin om den psykosociala funktionsförmågan var främst begränsat till boken av Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä och Ihalainen, och boken utgör därför grunden för den psykosociala funktionsförmågan i mitt examensarbete (kapitel 5).

Som teoretisk bakgrund för mitt examensarbete valde jag teorin av J.P. Roos och Aaron Antonovskys teori om livshantering. Roos har undersökt ämnet livshantering på ett brett område, och teorin passar därför som teoretisk bakgrund till mitt examensarbete. Roos teori har också många likheter med Antonovskys teori om koherens. Antonovskys teori stöder Roos teori och därför anser jag att det är motiverat att använda de båda teorierna.

Som teori för att belysa kriser och deras förlopp bestämde jag mig för att använda mig av Tamm och Carlsson framom Cullberg, som anses vara en föregångare inom ämnet. I sin bok som utkommit för trettio år sedan beskriver han krisen främst på en relativt allmän nivå. Därför tycker jag att det är motiverat att använda mig av Tamm och Carlsson då de beskriver krisen från perspektivet hälsa och sjukdom, och är därför relevant i mitt examensarbete, eftersom en sjukdomskris har sina egna aspekter i jämförelse med andra kriser.

Jag har också använt mig av olika databaser för att hitta material om ämnet, databaser som jag använt mig av har varit både finska, men också mera globala. Databaser som jag använt är bl.a. Medic, SweMesh och Nelli-portalen.

Jag har varit tvungen att använda mig av sekundärkällor, då jag inte haft tillgång till den ursprungliga källan. För att inte äventyra reliabiliteten i examensarbetet, har jag gått igenom flera forskningar för att se att informationen samstämmer, och använder mig av resultat av olika forskare.

Jag har velat ha med forskning kring ämnet och har därför använt mig av c- och d-uppsatser som innehåller forskningar som speciellt berör individer med en diagnos av någon typ av de reumatiska sjukdomarna, främst ledgångsreumatism och fibromyalgi, som hör till de vanligaste reumasjukdomarna. I vissa forskningar förekommer även resultat från klienter med andra reumatiska sjukdomar, än de ovannämnda. För att materialet gällande reumatism i samband med krishantering och livshantering är begränsat har jag använt mig av litteratur och forskning gällande andra kroniska

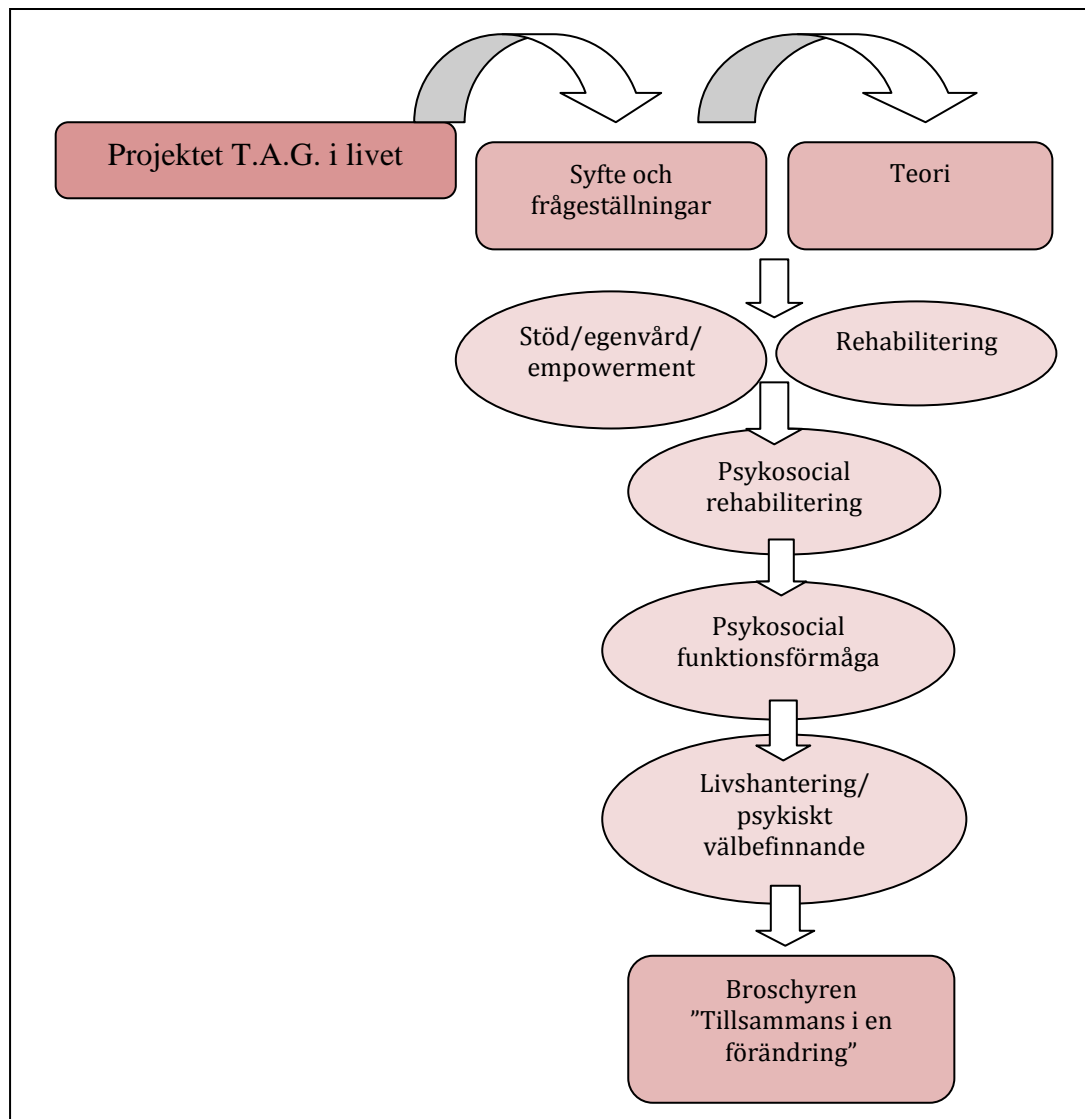
sjukdomar, för att belysa specifikt situationen för individer med kronisk sjukdom, och som är tillämpat på reumatism.

Bunn & Olsson (2009:4) refererar Öhman, Söderberg & Lundman (2003) har kommit fram i undersökningar att personer med olika slags kroniska sjukdomar har mycket gemensamt trots att det finns många olika kroniska sjukdomar med mycket varierande symptom. (Bunn& Olsson 2009:4)

För att skapa något nytt som det finns behov av, har jag gått igenom en hel del broschyrer och annan publicerad material som böcker och elektronisk material på Internet. En stor del av materialet var avgiftsbelagt, så det var inte så många jag hade tillgång till. Största delen av materialet har behandlat den fysiska rehabiliteringen och medicineringen av en kronisk sjukdom, och innehållit hur man på det fysiska planet kan leva bättre med sin sjukdom. Jag har gått igenom broschyrer och annan material som varit avgiftsfritt på olika reumaföreningars och intresseorganisationers internetsidor, samt internetsidor som berör mental hälsa och livshantering generellt. Av det material som jag har gått igenom har jag inte funnit något material som skulle ha behandlat ämnet som jag har valt.

Sökord jag använt mig av är: psykosocial funktionsförmåga, livshantering, livskontroll, empowerment, kris, copingprocess, kronisk sjukdom, reumatism, livskvalitet, psykiskt välbefinnande.

I figuren nedan presenteras den teoretiska bakgrunden och kopplingen till praktisk tillämpning och hur produkten utformades:



Figur 4. Figur mellan teori och praktisk tillämpning. (Skriventens egen bild)

9.3.2 Innehållsanalys som metod

Efter materialinsamlingen började jag systematiskt gå igenom det insamlade materialet. För att få svar på de frågeställningar som finns presenterade i inledningen av arbetet och för att nå syftet med mitt examensarbete var jag tvungen att använda mig av kvalitativ forskningsmetodik. Detta valde jag på grund av att jag ville kartlägga problemets kvalitativa egenskaper för att detta har en avgörande betydelse i mitt examensarbete, för att kunna formulera forskningsfrågorna och för att kunna lösa dessa. För att få fram det relevanta i den teoretiska delen till den tillämpade delen

använde jag mig av innehållsanalys som metod, genom att först sammanfatta varje teori till en helhet, och därefter plocka ut det väsentligaste från varje specifik teori, och bilda nya begrepp. Se bilaga 1.

Jag har använt mig av ett induktivt tillvägagångssätt då jag utgår från verkligheten i min studie och har under processens gång formulerat frågeställningar utifrån enskilda teorier. Detta har lett till att bredden av examensarbetet har varit svårt att förutse och därför också varit relativt svår att begränsa. Under processens gång har jag formulerat frågeställningarna och under processens gång har min uppfattning av den teoretiska och tillämpade delen formulerats.

9.4 Broschyren

Det slutliga resultatet av min broschyr beskrivs i de följande underkapitlen. Namnet på broschyren ”*Tillsammans i en förändring*” uppstod då jag anser detta beskriver bra den förändringsprocess som individer som fått budskap om en kronisk sjukdom, som reumatism, är tvungen att genomgå. Därför tycker jag att namnet ”*tillsammans i en förändring*” är ett beskrivande namn för min produkt, vars mål är att hjälpa klienterna i sin process att anpassa sig till en förändring som sjukdomen orsakar och lära sig att leva med denna. Ordet *Tillsammans* syftar på broschyren och tanken bakom broschyren är att klienten skall med hjälp av broschyren stödas i sin anpassning till det föränderliga livet. Broschyren skall således med hjälp av empowerment som en del av egenvård och socialpedagogikens ”hjälp till självhjälp”- metod stöda och medvetandegöra individen om de resurser hon förfogar över. Syftet med broschyren är således att stöda klienten att upprätthålla sin livshantering, så att sjukdomen inte tar kontrollen, efter en kris som individen gått igenom, som påföljd av budskapet om en långvarig sjukdom.

Broschyren innehåller också verktyg för att upprätthålla den inre balansen och livshanteringen, och ger även verktyg för att klara av kommande utmanande livssituationer. Målsättningen med broschyren är också att ge insikt i betydelsefullheten av det psykiska välbefinnandet och den psykiska balansen. Broschyren skall också fungera som en uppmuntrare och ge hopp om framtiden. Broschyren ger en möjlighet för individen att reflektera kring hurudana metoder hon själv använder och hur hon anser att dessa fungerar för henne själv. Broschyren

fungerar också som en vägvisare för vad klienten har framför sig och kommer eventuellt att möta under anpassningsprocessen.

Vilkka & Airaksinen (2003) poängterar att texten i produkten skall överensstämma med syftet och målgruppen. Stilen man skriver på skall således vara i enlighet med till vem man riktar sig och med ämnet man skriver om. (Vilkka & Airaksinen 2003: 129)

I min broschyr tillämpade jag detta genom att skriva från målgruppens synvinkel så att tonen i texten ger utrymme för tolkning då individer fungerar på väldigt olika sätt i en situation som omskakar deras värld. Texten är inte heller för påträngande, med tanke på att ämnet har en stark känsloladdning. Då broschyren är riktad till klienter ville jag inte att den skulle vara alltför saklig, dock utan att förlora sakligheten, har jag valt att dua läsaren. Då klienterna önskas reflektera kring sin egen situation och sig själv används jag- form och som syftar på klienten för att klienten skall få en uppfattning om att frågorna är riktade just till henne, och på detta vis skapa en känsla av större mening och läsaren skulle bli mera engagerad.

9.4.1 Teoretisk bakgrund

Utgående från de frågeställningar som finns i inledningen vill jag få svar på vad livshantering innebär och vilka faktorer påverkar den, samt vad psykosocial funktionsförmåga innebär och vilka faktorer påverkar den. Ytterligare behöver jag få svar på vilka faktorer som inverkar på att klienten kan upprätthålla sin livshantering som en del av den psykosociala funktionsförmågan efter en kris och slutligen på vilket vis kan klienter med reumatism stödas med hjälp av empowerment som egenvård att upprätthålla sin livshantering.

Det är enligt Vilkka & Airaksinen viktigt att koppla den teoretiska referensramen till produkten. (Vilkka & Airaksinen 2003: 41-42) Utifrån litteraturstudier kom jag fram att den psykosociala funktionsförmågan innebär att individen klarar sig självständigt i det dagliga livet och flera faktorer påverkar den psykosociala funktionsförmågan. Det psykiska, sociala och fysiska välbefinnandet, livsloppet och livsstilen samt individens förmåga att klara av det dagliga livet och ha en känsla av sammanhang.

Gällande begreppet livshantering har J.P. Roos delat in det i inre och yttre livshantering. Livshantering är den process då individen försöker anpassa sig till en förändrad situation. Roos anser i sin teori att en positiv livssyn bidrar till att

upprätthålla livshanteringen och att man tar ansvar av det egna livet. Andra faktorer som bidrar till att upprätthålla livshanteringen är att man har mål i livet som man strävar efter. Enlig Roos lär man sig livshantering i situationer där den hotas att vackla. Då Antonovsky har resonerat kring livshantering utvecklade han en teori om känslan av sammanhang (KASAM) där Antonovsky betonar tre faktorer för att individen skall ha en känsla av sammanhang i sitt liv. Teorin har samband med Roos teori.

För att en individ kan upprätthålla sin livshantering efter en kris, innebär det att hon använder sig av copingstrategier då hennes egen anpassningsförmåga sätts på ett ytterst hårt uttryck. I en situation som individen anser som svår och utmanande förstärks hennes livshantering. Livshanteringen kan också förstärkas genom att man är medveten om sina psykosociala resurser, och genom att förstärka dem.

Enligt (Matikainen 2006:41) är man enad om att empowerment handlar om en process, där människorna möjliggörs förbättra sin livshantering och livskontroll. Därför har jag valt att i min broschyr använda mig av de faktorer och åtgärder som bidrar till att öka individens empowerment. Dessa kraftskapande åtgärder är åtgärder som individen behöver få hjälp och stöd med för att utveckla sin motivation, självbild, anpassningsförmåga, copingstrategier, problemlösningsförmåga, men också förmågan att få och söka socialt stöd, utveckla sin känsla av sammanhang, förmågan att hantera stress och öka sitt välbefinnande. (Olofsson & Snårbacka 2004:9–10) Dessa faktorer består av ramarna till min produkt.

De psykosociala resurserna som en individ förfogar över är motivation, självkänedom/självuppskattning, emotionella färdigheter och interaktionsfärdigheter, eller sociala resurser som en psykosocial resurs. (Kettunen m.fl. 2005: 99-10) Det gäller att medvetandegöra klienten om sina resurser samt stöda klienten att förstärka dem.

Syftet med min broschyr är att stöda individen i sin livshantering, medvetandegöra klienten om sina psykosociala resurser och att finna en psykisk balans. För att nå mitt syfte använder jag teorierna som finns presenterade ovan som min teoretiska bakgrund till broschyren.

9.4.2 Innehållet i broschyren

Broschyren inleds med ord till användaren, genom att introducera läsaren in i ämnet och i sin nya situation, samt syftet med broschyren presenteras. Därefter behandlas krisens faser och läsaren får själv reflektera kring vilken fas hon för tillfället befinner sig i. Följande tema i broschyren är huruvida läsaren har accepterat sin situation eller ifall hon inte ännu accepterat sjukdomen utan förnekar den och har ett motstånd. Då är personen inte ännu beredd för en anpassning av sjukdomen.

Då läsaren är beredd kan hon flytta sig till följande fas. I detta kapitel tas upp vad individen själv kan göra för att anpassa sig till den nya situationen och upprätthålla livshanteringen. Läsaren medvetandegörs om sina psykosociala resurser och läsaren får reflektera och fundera kring sina egna psykosociala resurser. I broschyren tas även upp orsakerna till varför det är viktigt att reflektera kring dessa saker. Sedan presenteras kapitlet med temat tillsammans och reumatism, om hur sjukdomen kan påverka de sociala relationerna. Slutligen tas kort upp livet efter att ha insjuknat.

9.4.3. Layout

För att broschyren inte endast skall bli liggande eller satt undan i ett hörn, måste den se tilltalande ut. Jag valde att väcka läsarens intresse med form och färg. Den slutliga layouten på broschyren är dock inte helt i enlighet med den ursprungliga idén. Den ursprungliga idén var att broschyren skulle ha en form av en fyrkant för att väcka intresse, istället för den nuvarande formen som är av A5 – format. Färgen på pärmen är grå. Enligt Feng Shui – som är en gammal österländsk lära som strävar att leva i harmoni med sin omgivning, förknippas den grå färgen med att man befinner sig i en övergång mellan två tillstånd. Grått kan ses som en kompromiss, och harmonins färg, men kan också anses som dyster. (Lazenby 1998:72) Därför har jag använt mig av ljusrött för att broschyren inte skall bli så dyster. Ljusrött har jag valt p.g.a. att kvinnor insjuknar i reumatism vanligare än män. Broschyren är dock inte riktad enbart för kvinnor, utan tilltalar även män med sin layout.

Bilden på pärmen representerar en höst i människans liv, och symboliserar det mörka, med vetskapen om att våren kommer och även växterna börjar blomma. Frukten symboliserar det fruktbara, då sjukdomen förmodligen kommer trots allt att föra med

sig något positivt. Fotografiet har jag tagit själv. Den font som jag använt i broschyren är Candara. Rubrikerna och sådant jag velat lyfta fram i texten i broschyren är ljusröda och med fonten **Franklin Gothic medium**.

9.4.4 Användning

Broschyren riktar sig till klienterna på avdelning 017 på ÅUCS/ Pemar sjukhus, som är en avdelning för klienter med reumatism. En broschyr är lätt att ta med sig, och klienten kan därför bekanta sig med materialet då hon själv är motiverad och känner sig beredd. Broschyren kan också tas i bruk på avdelningen, då detta är ett förmånligt sätt att främja välmående. Broschyren kan också fungera som diskussionsunderlag eller så kan man hänvisa till den. Broschyren kan även fungera som stöd för handledning mellan klient och professionell. Broschyren kan också tillämpas på andra avdelningar och med andra klientgrupper, ifall vissa ändringar görs.

10 SLUTDISKUSSION & KRITISK GRANSKNING

I detta kapitel kommer jag att kritiskt granska hela arbetet, dvs. från idé till produkt. Jag kommer att diskutera vad jag skulle ha kunnat göra annorlunda med tanke på den teoretiska och den tillämpade delen. Ställvis kommer jag också att blicka framåt och diskutera utvecklingsmöjligheter.

Syftet med mitt examensarbete var att göra en broschyr för klienter som fått besked om att de insjuknat i en långtidssjukdom, och fått diagnosen reumatism. Målsättningen var att tillreda en broschyr för klienterna, vars syfte var att medvetandegöra klienterna om de egna resurserna och att stöda upprätthållandet av en inre balans, i en situation som hotar att rubba denna, som bl.a. i en situation då man får budskap om att man insjuknat i en allvarlig sjukdom. Jag anser att jag uppnått mitt syfte och min målsättning, då broschyren lyfter fram olika verktyg som individen kan använda sig av för att förstärka sina psykosociala resurser, som fungerar som stöd då den egna livshanteringen vacklar. Broschyren fungerar också som information för att medvetandegöra om att det psykiska välmående har en betydelse även då en individ insjuknar fysiskt.

Frågeställningarna som jag utgick från i mitt arbete var: Vad innebär den psykosociala funktionsförmågan/ livshanteringen? Vilka faktorer påverkar den psykosociala funktionsförmågan/ livshanteringen? Vilka faktorer inverkar på att klienten kan upprätthålla sin livshantering som en del av den psykosociala funktionsförmågan? På vilket vis kan klienter med reumatism stödas med hjälp av empowerment att upprätthålla sin livshantering?

Utifrån litteraturstudier och innehållsanalys som metod kom jag fram till att den psykosociala funktionsförmågan innebär människans förmåga att självständigt klara av vardagen och i det omgivande samhället. Livshantering kan ses som en del av den psykosociala funktionsförmågan och innebär att individen kan anpassa sig till förändringar i livet. Det som påverkar den psykosociala funktionsförmågan är bl.a. det sociala och psykiska välbefinnandet, livsstil och levnadslopp, som innebär även kriser, samt känslan av sammanhang (KASAM) och att självständigt kunna fungera i sin omgivning. Dessa faktorer påverkar således även livshanteringen, då livshantering kan ses som en del av den psykosociala funktionsförmågan. En positiv livsinställning bidrar till att upprätthålla livshanteringen. Andra faktorer är bl.a. att ha mål i livet och medvetet sträva till det samt att kunna styra sitt liv. Individen kan även med hjälp av sina psykosociala resurser, och genom att förstärka dem, upprätthålla eller förbättra livshanteringen. De psykosociala resurserna är bl.a. självkänedom, motivation, emotionella färdigheter och socialt stöd som kan ses som ett psykosocialt stöd. Ifall individens anpassningsförmåga inte räcker till använder sig klienten av copingstrategier, för att anpassa sig till den nya situationen. Då kan livshanteringen vackla, tills individen anpassat sig till den stressande situationen. Klienten kan med hjälp av empowerment stödas att upprätthålla sin livshantering, genom att stärka de kraftskapande åtgärderna som hjälper individen att utveckla bl.a. sin självild och självkänsla (självkänedom), motivation, copingstrategier, anpassningsförmåga, copingstrategier, problemlösningsförmåga och sitt sociala stöd samt att utveckla sin känsla av sammanhang.

Som materialsamlingsmetod valde jag litteraturstudier för att det är ett arbetssätt som passar mig. Jag arbetar snarare utgående från tidigare forskningsresultat och utvecklar dem och skapar något nytt, än att jag skulle göra min egen forskning och komma med ytterligare nya resultat. Materialet gällande mitt tema var relativt begränsat. Det visade sig också att begreppet livshantering inte är något trendigt begrepp idag. Därför var jag tvungen att använda relativt gamla ursprungskällor. För att försäkra

mig om att dessa inte är föråldrade gick jag igenom nyare forskning bland universitetets och högskolors c- och d- uppsatser, som även refererade till samma ursprungskälla gällande teorin om livshantering och koherens. Jag anser dock att de källor jag använt är relevanta med tanke på mitt ämne och tillförlitliga.

Detta examensarbete skrivs inom ramen för projektet ”Tillgång, Aktivitet och Gemenskap – T.A.G. i livet”. Jag skulle skapa en produkt i enlighet med projektets syfte. Jag hade även en uppdragsgivare från fältet, och skulle ta i beaktande deras behov i valet av produkten. Syftet med projektet är att stöda vuxna och äldre klienter till självständighet och förbättrad funktionsförmåga, genom att utveckla nya serviceformer och metoder för egenvård. Broschyren som jag skapat kan lätt integreras som ytterligare en serviceform för klienterna. Med tanke på projektets syfte kan jag konstatera att jag uppnått detta i och med att jag har skapat ett redskap för egenvård i enlighet med socialpedagogikens princip om ”hjälp till självhjälp”, och empowerment som en del av egenvård. Projektets mål är även i linje med broschyrens mål som även är att förbättra klientens funktionsförmåga så att hon klarar sig självständigt i det vardagliga livet. I mitt arbete har jag fokuserat på den psykosociala funktionsförmågan. En styrka med broschyren är att den bra kan användas som sådan, och även tillämpas på andra avdelningar och med andra klienter ifall vissa förändringar görs.

Jag har också fått möjligheten att skicka min broschyr för utvärdering till uppdragsgivaren. På basen av den feedback jag fick av handledaren på fältet hjälpte mig i det slutliga formandet av den slutliga produkten. På grund av tidsbrist har jag dock inte haft möjlighet att prova broschyren på målgruppen. Detta är en svaghet i arbetet. Jag litar dock på materialet som broschyren baserar sig på, och anser att min broschyr även är tillförlitlig.

Under examensarbetsprocessen har jag även försökt se arbetet ur etiskt perspektiv. En etisk aspekt som varit aktuellt i mitt arbete har varit att fundera kring hur jag skriver i min broschyr till den målgrupp som jag har. Jag har strävat efter i min broschyr att ha ett uppmuntrande men på samma gång respekterande ton, då målgruppen som läser broschyren är i en livssituation som är starkt känsloladdad. En annan etisk aspekt som jag funderade på kring produkten var att inte vara för påträngande, så att läsaren känner sig tvingad att följa de tankeövningar som jag har i broschyren, utan är enbart menade som att göra läsaren medveten om sina resurser. I

broschyrens inledning för jag därför också fram att broschyrens syfte är att medvetandegöra och fungera som stöd.

Ett utvecklingsförslag för den teoretiska referensramens skulle kunna vara att granska samma fenomen från begreppet livskvalitets synvinkel. Jag var tvungen att avgränsa mitt arbete för att det inte skulle bli för omfattande. Det fanns även andra begrepp som fångade mitt intresse under processens gång och som lämnar utrymme för utveckling, som bl.a. social funktionsförmåga och det sociala stödet i en djupare mening.

Utvecklingsmöjligheter för produkten är att den skulle kunna innehålla t.ex. olika delar av människans funktionsförmåga, t.ex. den fysiska, och på så vis skulle broschyren vara mera mångsidig och innehålla andra aspekter på funktionsförmågan än endast den psykosociala, och skulle då stöda människan på ett mera holistiskt sätt.

Att ha fått vara delaktig i projektet T.A.G i livet har varit givande. Det sociala stöd man får från andra medverkande i projektet ansåg jag som väldigt positivt. Projektet fungerar också som ett stöd för processen då det finns något konkret att arbeta för. Det har även hjälpt mig att skriva inom ett projektet, så att man har en klar fokus och målsättning med tydliga ramar, för examensarbetet.

Sammanfattningsvis vill jag säga att hela examensarbetsprocessen har varit väldigt lärorik. Jag har lärt mig enormt mycket om själva ämnet men även mycket om mig själv som professionell inom det sociala området. Processen har varit tung, men mycket givande. Jag är nöjd med de val jag gjort, men hoppas att någon studerande i framtiden är intresserad av att utveckla arbetet eftersom det finns möjligheter till det. Jag är nöjd med mitt examensarbete och det uppnådda slutresultatet.

KÄLLFÖRTECKNING

Litteratur:

Antonovsky, Aaron. 1991. *Hälsans mysterium*.

Stockholm: Natur och Kultur

Caplan, Stefan & Sparre, Hannu. 2007. *Rehabilitering & habilitering*.

Stockholm: Bonniers utbildning

Carlsson, Maria. (red.) 2007. *Psykosocial cancervård*.

Lund: Studentlitteratur

Cullberg, Johan. 2006. *Kris och utveckling*.

Stockholm: Natur & Kultur

Hammarlund, Claes-Otto. 2004. *Bearbetande samtal. Krisstöd, debriefing, stress - och konflikthantering*.

Stockholm: Natur & Kultur

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina. 2004. *Kuntoutuksen perusteet*.

Helsinki: WSOY

Keltinkangas-Järvinen, Liisa. 2000. *Tunne itsesi, suomalainen*.

Helsinki: WSOY

Kemppainen, Erkki, Kokko, Riitta-Liisa i Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.) 2004. *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen*.

Stakes, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus

Kettunen m.fl. 2005. *Modern rehabilitering – en resurs*. orig. Kuntoutumisen mahdollisuudet. 2009

Utbildningsstyrelsen

Niemelä, P. 1991. *Väestön turvattomuus- ja elämähallintatutkimuksen käytännölliset ja tereettiset lähtökohdat. P.Niemelä (toim.) Turattomuus, sen syyt ja hallintakeinot eri ikäaiheissa. Osa 1: Tutkimuksen käytännölliset ja tereettiset lähtökohdat, ikävaihekuauukset, empiiriset esitutkimustulokset lähtökohdat, ikävaihekuvaukset, empiiriset esitutkimukset, muuttujien muodostaminen ja haastattelulomake.*

Kuopio: Kuopio University Printing Office 7-24

Rissanen, L.2000. *Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65- vuotiaiden terveys, toimintakyky, sosiaali- ja terveyspalveluiden koettu tarve.*

Oulun yliopisto, Oulun yliopistollinen sairaala. Hoitotieteen- ja terveyshallinnon laitos.

Roos, JP. 1987. *Suomalainen elämä.*

Hämeenlinna: Karisto

Tamm, Maare. 2007. *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom.*

Lund: Studentlitteratur

Treekrem, Arvid.2000. *Att återerövra vardagen.*

Vasa: Åbo Akademi

Vilka, Hanna & Airaksinen, Tiina. 2003. *Toiminnallinen opinnäytetyö.*

Helsinki: Tammi

Virjonen, Kaija. 1994. *Ammatillisen auttamistyön lähtökohtia.*

Hämeenlinna: Karisto

Elektroniska källor:

Bunn, Gunilla & Olofsson, Camilla. 2009. *Att leva med kronisk sjukdom. Litteraturstudie*. Vårdvetenskap, Institutionen för vårdvetenskap. Hämtad: 7.9.2010
Tillgänglig: http://bada.hb.se/bitstream/2320/5671/1/K2009_42.pdf

Eliasson, Anne & Larsson, Jennie. 2009. *Det behöver inte synas för att kännas. Copingstrategier för patienter med reumatoid artrit*. Halmstad högskola, sektionen för hälsa och samhälle Hämtad: 7.9.2010 Tillgänglig: <http://hh.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:240004>

Holm, Christian. 2008. *Att hantera det omöjliga – Om människors hantering efter allvarlig sjukdom/skada eller hot om sådan*. Göteborgs universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa Hämtad: 14.9.2010 Tillgänglig: <http://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/10194/1/Holm.pdf>

Håkansson, Karin & Nilsson, Camilla. 2007. *Faktorer som inverkar på lärandet i egenvården för personer med kronisk sjukdom*. Blekinge tekniska högskola, sektionen för hälsa Hämtad: 8.9. 2010 Tillgänglig: [http://www.bth.se/fou/cuppsats.nsf/all/52e43c6db72058cfc125738400584cd b/\\$file/20070718_KarinH_CamillaN.pdf](http://www.bth.se/fou/cuppsats.nsf/all/52e43c6db72058cfc125738400584cd b/$file/20070718_KarinH_CamillaN.pdf)

Kacic-Barisi & Quidel Olsen. 2010. *Copingstrategier id fibromyalgi*. Malmö högskola, Hälsa och samhälle. Hämtad: 16.9.2010 Tillgänglig: <http://dspace.mah.se/dspace/bitstream/2043/10318/1/COPINGSTRATEGIER%20VID%20FIBROMYALGI.pdf>

Karlsson, Susanne. 2009. *Kvinnor med systemisk Lupus Erythmatosus. En kartläggning av deras önskemål om kunskap i egenvård*. Uppsala universitet, enheten för vårdvetenskap Hämtad: 8.9.2010 Tillgänglig: <http://uu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:287143>

Larsson, Eva. 2006. *Upplevelsen av socialt välbefinnande bland unga vuxna med reumatisk sjukdom. En intervjustudie* Luleå tekniska universitet, Institutionen för Hälsovetenskap Hämtad: 14.9.2010 Tillgänglig: <http://epubl.ltu.se/1402-1552/2007/068/LTU-DUPP-07068-SE.pdf>

Matikainen, Minna. 2006. *Kuntouttava sosiaalityö kunnallisessa perussosiaalityössä. Etnografinen tutkimus kuntouttavan sosiaalityön määritelmistä ja käytännöistä*. Jyväskylän yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos Hämtad: 19.5.20010

Tillgänglig:

https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11554/URN_NBN_fi_jyu-2006531.pdf?sequence=1

Nyyti.ry – opiskelijoiden tukikeskus. Hämtad:23.9.2010 Tillgänglig:

<http://www.nyyti.fi/>

Olofsson, Majvor & Snårbacka, Åsa. 2004 *Empowerment i rehabilitering. Rehabiliteringsprocessens möjligheter att skapa personlig kraft*. Luleå tekniska universitet, avd. för teknisk psykologi Hämtad: 16.9.2010 Tillgänglig:

<http://epubl.luth.se/1402-1773/2004/027/LTU-CUPP-04027-SE.pdf>

Sundelin, Iris. 2006. *Rehabilitering till arbete. Individens upplevelser i rehabiliteringsprocessen*. Karolinska Institutet, Institutionen för kliniska vetenskaper

Hämtad:7.9.2010 Tillgänglig: http://www.fou-vasternorrland.se/Filer/Rapporter/rehabilitering_till_arbete_magisteruppsats_iris_sundelin.pdf

Övriga:

Lindberg, Lorry & Iwarsson, Susanne. 2002. *Subjective quality of life, health, I-ADL ability and adaption strategies in fibromyalgia*

Clinical Rehabilitation 2002,16: 675-683

Tabell 1. Tabell över innehållsanalys som metod för att från teorin härleda det väsentligaste till produkten.

Teori	Begrepp	Tillämpning i broschyren
Antonovsky	Koherens	<ul style="list-style-type: none"> -tillräckliga resurser för att möta olika krav som livet ställer - självkänedom och självförståelse -känedom om egna resurser och begränsningar -meningsfullhet i livet -känslan av att kunna påverka sitt liv
Kettunen m.fl.	Psykosocial funktionsförmåga	<ul style="list-style-type: none"> - att klara sig i olika situationer i vardagen - psykiskt välbefinnande - psykisk hälsa - resurser; motivation, självkänedom, emotionella regleringsfärdigheter, interaktionsfärdigheter - socialt stöd som psykosocial resurs
Roos	Livshantering	<ul style="list-style-type: none"> -inre livshantering; anpassning till olika livssituationer -yttre livshantering; mentalt

<p>Empowerment</p>	<ul style="list-style-type: none"> - att förstärka människans psykiska funktionsförmåga - att stöda klientens självständighet och livshantering - ta ansvar för sitt liv och sin hälsa - empowering process; utveckling av självbild, självkännedom, motivation, anpassningsförmåga, problemlösningsförmåga, stresshanteringsförmåga, copingstrategier, att söka och få socialt stöd, öka sitt välbefinnande, sin känsla av sammanhang
<p>Krishantering</p>	<ul style="list-style-type: none"> - individen saknar färdiga modeller och handlingsmönster - krisens faser - individen blir tvungen att avstå från ett område a sin funktionsförmåga - stöd viktigt för att klara av krisen - ångest och sorg
	<ul style="list-style-type: none"> - anpassning - redskap för att upprätthålla inre balans för att hantera krav i samband med sjukdom - probleminriktat och emotionellt inriktad - individuella strategier - socialt stöd

(Tabellen är skribentens egen)

