

Traumatiska upplevelser i arbete och privatliv

En kvantitativ undersökning av samband mellan traumabakgrund och psykiskt välbefinnande bland finlandssvenska socialarbetare

Irene Bäckman

Magisteravhandling i
utvecklingspsykologi

Socialvetenskapliga institutionen
vid Åbo Akademi

April 2011

Handledare: Professor Kaj Björkvist
och doktorand Klas Backholm

Abstrakt

I denna studie genomfördes en kvantitativ analys för att undersöka tidigare erfarenheter av traumatiska händelser i privatliv och arbetsliv samt nuvarande psykiska stressymptom och välbefinnande bland finlandssvenska socialarbetare. Samplet bestod av 101 kvinnor och 5 män inom åldersintervallet 23–64 år med medelåldern 44.3 år (SD=11.5). Psykisk stress och välbefinnande mättes utgående från förekomsten av symptom på PTSD, depression, sekundär traumatisering och utbrändhet, samt graden av självkänsla och tillfredsställelse i yrkesrollen (compassion satisfaction). För undersökningen användes frågeformulären The Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ), Traumaexponering i arbetet (TEIA), The PTSD Checklist (PCL-C), Enkät om sinnesstämning och depression (R-BDI) och The Professional Quality of Life Scale (ProQOL R-V). Resultatet visade signifikanta samband mellan tidigare trauma och nuvarande psykiska stressymptom. I synnerhet antalet traumatiska händelser i privatlivet visade ett positivt samband med förekomsten av psykiska stressymptom i form av posttraumatisk stress, depression, utbrändhet och sekundär traumatisering. Att ha upplevt starka känslor i anslutning till potentiellt traumatiska händelser (PTH) i arbetet predicerade en subjektiv upplevelse av att vara ångestfylld och spänd.

Sökord: Socialarbetare, arbetsrelaterat välbefinnande, traumabakgrund, posttraumatiskt stressyndrom, sekundär traumatisering, depression, utbrändhet

Key words: Social workers, work-related wellbeing, trauma history, posttraumatic stress disorder, secondary traumatization, depression, burnout

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 Inledning.....	6
1.1 Syfte	5
1.2 Trauma	7
1.3 Socialarbetare	9
1.4 Psykiska stressymtom och välbefinnande	11
2 Hypoteser.....	18
3 Metod	19
3.1 Undersökningens sampel.....	19
3.2 Frågeformulär och mätinstrument.....	19
3.2.1 Demografiska frågor.....	19
3.2.2 The Traumatic Life Events Questionnaire	20
3.2.3 Enkät om traumaexponering i arbetet.....	21
3.2.4 The PTSD Checklist.....	21
3.2.5 Enkät om sinnesstämning och depression	22
3.2.6 The Professional Quality of Life Scale	23
3.3 Procedur	23
4 Resultat	24
4.1 Beskrivande data	24
4.2 Undersökningar av samband	28
4.2.1 Korrelations samband mellan undersökningsskalor.....	28
4.2.2 Regressionssamband mellan undersökningsskalor.....	30
4.3 Undersökningar av gruppskillnader	29
4.3.1 Traumatiska händelser i arbetet och psykiska stressymtom.....	29
4.3.2 Sjukskrivning och psykiska stressymtom.....	32
4.3.3 Typ av arbete och psykiska stressymtom	33
4.3.4Handledning och psykiska stressymtom	35
5 Diskussion.....	35
5.1 Hypotesprövning	35
5.2 Metodutvärdering samt förslag till fortsatt forskning	40

Källförteckning

Bilagor

1 Inledning

Under de senaste 20 åren har ett intresse för arbetsrelaterat välmående hos personer i vårdande och hjälpande yrken fått fotfäste inom forskningen (Elwood, Mott, Lohr & Galovski, 2011; Figley, 2002; Stamm, 2009). De studier som gjorts visar att i synnerhet hos yrkesgrupper inom social- och vårdbranschen som arbetar med att hjälpa och stöda människor, exempelvis vårdare, psykoterapeuter eller socialarbetare, kan traumatisering vara orsaken till arbetsrelaterat psykiskt illamående i form av utbrändhet, depression och posttraumatiskt stressyndrom (Figley, 1995/2002; Maslach & Courtois, 2008; Regehr, Hemsworth, Leslie, Howe & Chau, 2004; Stamm, 2009; Stamm, Higson-Smith, Hudnall, & Stamm, 2010). Studier av dessa symptom och kausala samband med omgivande faktorer är motiverade eftersom psykiska stressymptom utöver en sänkning av det psykiska välbefinnandet hos arbetstagaren, också medför negativa konsekvenser för den långsiktiga livskvaliteten, de nära relationerna, arbetsförmågan, arbetskvaliteten och arbetsmiljön (Stamm, 2009).

1.1 Syfte

I den här avhandlingen undersöks ett urval socialarbetare i avseende på trauma och psykiskt välbefinnande. Syftet är att finna eventuella samband mellan antalet tidigare traumatiska händelser i privatliv och arbetsliv och nuvarande psykiska stressymptom. Psykiska stressymptom och välbefinnande mättes utgående från förekomsten av symptom på posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), depression, sekundär traumatisering och utbrändhet, samt graden av självkänsla och tillfredsställelse i yrkesrollen (*compassion satisfaction*).

1.2 Trauma

Psykiskt välbefinnande har definierats som ett tillstånd där människan inser sin egen potential, kan klara av vardaglig stress och påfrestningar och kan arbeta produktivt. Välmående är således mer än bara frånvaro av sjukdom (World Health Organization, 2011). Vetenskapliga studier har visat att upplevelser av trauman kan få negativa konsekvenser för det psykiska välbefinnandet och ökar förekomsten av psykiska stresssymptom (Bride, Jones, MacMaster, 2007; Darves-Bornoz et al., 2008; Gill, Page, Sharps & Camp, 2008; Meyers & Cornille, 2002; Nelson-Gardell, 2003).

För att klassas som ett trauma, d.v.s. en traumatisk händelse, bör en situation enligt DSM-IV-TR:s diagnosbeskrivning för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) uppfylla två kriterier (American Psychiatric Association, 2000):

A1. Personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse/situation eller händelser/situationer som innehöll dödsfall, nära död eller allvarlig skada, eller ett hot mot sin egen eller andras fysiska integritet

A2. Som reaktion på den traumatiska situationen upplevdes känslor av intensiv rädsla, skräck eller hjälplöshet

Inom forskning om trauma är syftet ofta att (1) utreda om en person upplevt en eller flera händelser som uppfyller dessa kriterier (s.k. traumabakgrund) (de Merode & Rayes, 2008), och att (2) mäta förekomsten av symptom på PTSD och andra traumarelaterade åkommor som beskrivs närmare i kapitel 1.4 (Norris & Hamblen, 2004).

Beträffande traumabakgrund används i studier ofta benämningen *potentiellt traumatisk händelse (PTH)*, vilken avser en händelse som uppfyller det första kriteriet (A1) för PTSD (Norris & Hamblen, 2004; Weathers & Keane, 2007). För att en situation skall utgöra en traumatisk händelse krävs det att PTH-situationen gett upphov till en traumatisk känsloreaktion (kriterium A2), d.v.s. att känslor av stark rädsla, skräck eller hjälplöshet uppstått i samband med händelsen (Weathers & Keane, 2007). Detta kallas primär traumatisering.

Forskare på området är av olika åsikt om vilka situationer som kan definieras som traumatiska och därför finns ett urval olika instrument för att mäta traumabakgrund, och studier på området har hittills varierat rejält i upplägg och stil (de Merode & Rayes, 2008; Norris & Hamblen, 2004; Weathers & Keane, 2007). Speciellt vissa PTH-situationer har visat

starka samband med PTSD, exempelvis att bli våldtagen, att bli misshandlad av sin förälder eller levnadspartner, att få ett barn med en allvarlig sjukdom eller att bli förföljd (Darves-Bornoz et al., 2008). Andra typiska traumatiska händelser som kan leda till PTSD är olyckshändelser eller dödsfall, naturkatastrofer, kidnappningar, erfarenheter av krig eller krigsfångenskap, allvarliga insjuknanden eller andra plötsliga och oförutsägbara händelser (Käypä hoito, 2010a).

Antalet traumatiska upplevelser, samt varaktigheten och intensiteten i dessa situationer påverkar risken för negativa följder för det psykiska välbefinnandet (American Psychiatric Association, 2000), och större antal upplevda trauman har visat samband med ökad förekomst av psykisk stress (Bride, Jones, MacMaster, 2007; Darves-Bornoz et al., 2008; Gill et al. 2008; Nelson-Gardell, 2003). Exempelvis visade en omfattande europeisk studie (Darves-Bornoz et al., 2008) att antalet upplevda PTH i befolkningen i medeltal var en och en halv (1,5), medan det var över tre (3,2) hos de som just nu hade eller någon gång hade haft PTSD under det senaste året. De flesta som upplevt potentiellt traumatiska händelser utvecklar dock inte alls psykiska stresssymptom eller psykopatologi (Keane, Brief, Pratt & Miller, 2007; Reyes, Elhai & Ford, 2008).

På senare tid har forskare även intresserat sig för en del yrkesgruppers exponering för PTH i arbetet. Undersökningar har visat (Meyers & Cornille, 2002; Regehr et al., 2004) att socialarbetare upplever traumatiska situationer i arbetet t.ex. hot om våld, våldsamma angrepp och dödsfall. I en studie där 205 amerikanska barnskyddsarbetare deltog hade 77 % blivit personligen angripna eller hotade i sitt arbete (Meyers & Cornille, 2002), och i en undersökning gjord bland socialsekreterare och deras chefer på kommunala socialkontor i Sverige hade 74 % upplevt hot eller våld i arbetet (Akademikerförbundet SSR, 2007). Även i Finland har i synnerhet den offentliga sektorns social- och hälsovård visat sig vara de branscher där hot och våld gentemot anställda mest förekommer (Piispa & Hulkko, 2010).

Det har också visat sig finnas ett positivt samband mellan antalet angrepp och hot, andra former av PTH i arbetet och graden av traumarelaterade psykiska stresssymptom hos socialarbetare (Bride, 2007; Meyers & Cornille, 2002; Regehr, et al, 2004). I USA har omfattande studier av yrkesgruppen visat förekomst av PTSD hos 15 %, vilket är högre än i normalpopulationen (Bride, 2007). I samma sampel meddelade 87 % att de hade upplevt rädsla, hjälplöshet och skräck i anslutning till händelser i klientarbetet, och de symptom som främst rapporterades var påträngande tankar, känslomässig avtrubning samt undvikande av klienter och klientmaterial.

1.3 Socialarbetare

Yrkesmässigt socialt arbete kräver bred kompetens [...]. Föremålet för det sociala arbetet är alla de problem som kan uppstå under hela människolivet: barn och unga som far illa, äldre med svårigheter att klara sig på egen hand, den stress som familjer upplever och som påverkar familjelivet, fattigdom, arbetslöshet, missbruk, våld, flyktingskap och marginalisering av olika slag. Syftet med socialarbetet blir då att förebygga och eliminera sociala problem och att hjälpa utsatta människor, familjer och lokalsamhällen på ett sådant sätt att deras funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand återställs.

(Sarvimäki & Siltaniemi, 2008, s. 67 – 68).

Socialarbetare arbetar med att hjälpa privatpersoner och familjer i problem- samt krissituationer genom kundbetjädnings-, planerings- och ledningsuppgifter. Arbetsplatserna är i allmänhet kommunala socialkanslier, sjukhus, mentalvårdsbyråer, familjerådgivningar samt missbrukarvårdens och kriminalvårdens institutioner. I det sociala arbetet kan ingå konsulentuppgifter, rådgivning, handledning, utredning eller beslutstagande i ärenden som direkt berör eller påverkar människors livssituation (Arbets- och näringsministeriet, 2008).

Socialt arbete förutsätter en analytisk arbetsmetod, ett skickligt och etiskt hållbart förhållningssätt (Sarvimäki och Siltaniemi, 2008), och innebär dessutom för en del daglig kontakt med barn och familjer som upplevt trauman eller genomgår andra svårigheter (Mayers & Cornille, 2002). Ett exempel på en krävande arbetsuppgift som sysselsätter socialarbetare i Finland är barnskyddsarbete (Klingenberg-Peltola, 2006; Meyers & Cornille, 2002), där socialarbetaren å samhällets vägnar ansvarar för beslut om brådskade ingripanden i familjer och omhändertaganden av barn (Suomen Laki, 2011). Forskning har visat att arbete med barn som utsatts för trauma t.ex. misshandel (Anderson, 2000; Osofsky, 2009) eller personer som blivit sexuellt utnyttjade (Cunningham, 2003) är riskfaktorer för att utveckla psykiska stresssymptom till följd av arbetet.

En studie av över 5000 socialarbetare från Finland, Sverige, Norge och Danmark visar att de flesta ser sitt arbete som stimulerande, utvecklande och lärorikt. Samtidigt upplever många att arbetet ibland är psykiskt påfrestande och att de ställs inför oförenliga krav från arbetsgivare och klienter. Ungefär hälften av de finländska socialarbetarna i undersökningen uppgav att de ofta måste arbeta under en oacceptabel tidspress vilket tvingar dem göra ett

sämre arbete än de annars skulle. Hälften av socialarbetarna i samplet meddelade att deras arbete förutsätter ständig uppmärksamhet och att de sällan kan slappna av (Blomberg, Kroll, Meeuwisse och Swärd, 2009).

Hur en person mår i förhållande till sitt arbete och reagerar på olika typer av stress styrs av komplexa kombinationer av inverkan av faktorer. För det första bär alla som inleder en yrkesbana inom social- och hälsovården med sig individuella egenskaper som påverkar motståndskraften och sårbarheten för olika former av arbetsrelaterad stress. Sådana faktorer är exempelvis personlighet och interaktionsmönster i uppväxtfamilj (Meyers & Cornille, 2002; Regehr et al, 2004). Även traumaerfarenheter från barndomen eller det privata vuxenlivet kan vara orsaken till psykisk stress (Bride, Jones & MacMaster, 2007; Meyers & Cornille, 2002; Nelson-Gardell, 2003). Socialarbetare med stresssymptom har nämligen i medeltal haft en eller flera traumatiska livshändelser som inte varit relaterade till arbetet (Adams, Figley & Boscarino, 2008; Meyers och Cornille, 2002).

För det andra har faktorer i arbetsmiljön visat sig vara viktiga prediktorer för psykiskt välbefinnande (Regehr et al. 2004), bland annat socialt stöd har visat sig vara en viktig skyddsfaktor mot arbetsrelaterade stresssymptom hos yrkesgruppen (Collins, 2008; Meyers & Cornille, 2002; Osofsky, 2009; Regehr et al, 2004). Enligt Collins (2008) kan socialt stöd på arbetsplatsen delas in i två kategorier. Till *formellt stöd* räknas stöd från ledning eller förman, arbetshandledning eller andra utvärderingssystem som ingår i arbetet. Andra formella sociala stödfaktorer är gruppdiskussioner, informationstillfällen och professionell akut krishjälp efter kritiska händelser (Meyers & Cornille, 2002). Till *informellt stöd* räknas stöd från arbetsgemenskapen, vänner i kollegiet eller familj och närstående (Collins, 2008). Studier av yrkesgruppen har pekat på att stöd från kollegor är den mest effektiva skyddsfaktorn gentemot stresssymptom medan formella stödformer inte visat sig vara lika effektiva (Bride, Jones och MacMaster, 2009; Regehr et al, 2004).

Andra negativa faktorer i arbetsmiljön kan orsaka stress, t.ex. stor arbetsmängd, svåra klienter och omstruktureringar på arbetsplatsen eller i arbetet. Sådana stressfaktorer har också visat sig inverka på hur socialarbetare reagerar på kritiska händelser i arbetet. Det har konstaterats att de som redan handskas med utmaningar och stressande hög arbetstakt har begränsade psykiska resurser att hantera potentiellt traumatiska händelser i arbetet t.ex. hotsituationer eller klientdödsfall, och lider därmed förhöjd risk att drabbas av psykiska stresssymptom (Regehr et al., 2004). En undersökning av Meyers & Cornille (2002) visade att andelen timmar som läggs ner på att arbeta med klientfall inom barnskyddet påverkar

förekomsten av stressymptom så att större antal arbetstimmar visade samband med större andel problematiska symptom.

Inom forskning om socialarbetares psykiska mående finns två huvudsakliga studieområden: studier om traumatisk stress och forskning om utbrändhet (Regehr et al., 2004). Traumatisk stress är en psykisk reaktion som kan uppstå efter en eller flera primära eller sekundära traumatiska situationer i arbetet (Figley, 1995; Nelson-Gardell, 2003; Stamm et al, 2010), medan utbrändhet tros uppstå som ett gradvis tilltagande psykiskt tillstånd som reaktion på exempelvis kronisk organisatorisk stress på arbetsplatsen (Maslach, 1982; Maslach & Courtois, 2008). Nedan beskrivs dessa, samt övriga psykiska stressymptom och mått av välbefinnande som förekommer i undersökningar av målgruppen.

1.4 Psykiska stressymtom och välbefinnande

Nedan redogörs för direkt traumarelaterade stressymptom (PTSD och sekundär traumatisering (ST), övriga psykiska stressymptom (depression, ångest och utbrändhet) samt aspekter av psykiskt välbefinnande (självkänsla och tillfredsställelse i yrkesrollen (CS).

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är en psykiatrisk diagnos som beskrivs i DSM-IV-TR som kan uppstå som följdreaktion hos personer som upplevt en känsloreaktion med extrem traumatisk stress i samband med en olycka eller på annat sätt livshotande situation (American Psychiatric Association, 2000; Reyes, Elhai & Ford, 2008). Syndromet karaktäriseras av fyra typiska symptom som skall vara ihållande i minst en månads tid för att uppfylla diagnoskriterierna (Reyes, Elhai & Ford, 2008).

Symptomen på PTSD ger funktionsnedsättningar i sociala, arbetsrelaterade eller andra sammanhang och ger upphov till svårt psykologiskt lidande. *Återupplevande symptom* ger plötsliga obehagliga och påträngande tankar eller perceptioner av en traumatisk situation eller störande mardrömmar där händelsen återupplevs. Den drabbade kan även återuppleva ett trauma i form av illusioner, hallucinationer eller episoder av påträngande minnesbilder (American Psychiatric Association, 2000).

Symptom på *undvikande* och *likgiltighet* är t.ex. att anstränga sig för att undvika tankar och känslor som associeras med en traumatisk situation eller undvika aktiviteter, platser och människor som påminner om den. En person som har undvikande symptom kan förlora sina

intressen, bli likgiltig i känsloliv och relationer, samt ha en förvrängd eller otydlig syn på framtiden. Även svårigheter med att minnas den traumatiska händelsen kan förekomma. PTSD kan även ge *överspändhetssymptom* som ihållande ångest eller svårigheter att varva ner, exempelvis sömnsvårigheter, irritation, vrede, koncentrationssvårigheter, lättskrämdhet eller överdriven vaksamhet och rädsla (American Psychiatric Association, 2000).

Livstidsprevalens för att drabbas av PTSD är 1 – 14 % i en samhällspopulation. Studier av riskgrupper, t.ex. krigsveteraner och överlevande av naturkatastrofer eller kriminella våldsbrott visar en prevalens från 3 – 58 % (American Psychiatric Association, 2000). Även kvinnor tillhör en riskgrupp och drabbas av syndromet dubbelt så ofta som män som genomlevt psykologiskt trauma (Reyes, Elhai & Ford, 2008). Barndomsupplevelser, tidigare mentala störningar och tillgången på socialt stöd påverkar även ens sensitivitet för att utveckla PTSD (American Psychiatric Association, 2000).

I dagsläget utvecklar experter nya diagnoskriterier för psykiatriska diagnoser som kommer att publiceras i DSM-V i maj 2013. I denna upplaga kommer diagnoskriterierna och symptombeskrivningarna för PTSD att justeras (APA DSM-5 Development, 2010). I förändringsförslagen skrivs uttryckligen att förutom att själv delta i eller iaktta en traumatisk situation, kan även att höra berättas om ett livshotande trauma som drabbat närstående vänner eller släkt, eller att upprepat gå genom eller utsättas för material med starkt obehagliga detaljer i en händelse (t.ex. barnmisshandel) vara traumatiskt och ge upphov till PTSD. Vidare framhålls att detta ingår i vissa yrkesgruppers arbetsuppgifter, t.ex. för räddningspersonal och polis (APA DSM-5 Development, 2010).

Depression och ångest. I fall där PTSD har utvecklats förekommer ofta andra psykiatriska tillstånd samtidigt. De vanligaste av dessa har bland annat visat sig vara depression och ångest (Keane et al, 2007; Reyes, Elhai & Ford, 2008). Hos personer som överlevt traumatiska olyckor men fått bestående fysiska skador är depressionsstörningar till och med vanligare som följdjukdom än PTSD (Käypä hoito, 2010a).

Depression är dessutom ett vanligt hälsoproblem i vårt samhälle och uppkommer årligen hos ca 5 % av finländarna (Käypä hoito, 2010b; Raitasalo, 2007). Symptomen som beskrivs i DSM-IV-TR är exempelvis nedstämdhet, avsaknad av glädjekänslor och intressen, förändringar i aptit och sömnvanor, svaghetskänslor och brist på energi, känslor av värdelöshet, skuld och självmordstankar (American Psychiatric Association, 2000). Detta tillstånd påminner om en normal sorgereaktion, men uppstår utan någon närståendes bortgång,

och kan enligt allvarlighetsgrad bedömas som lindrig, medelsvår eller svår depression (Käypä hoito, 2010b; Raitasalo, 2007). Symptomen skall ha varit ihållande i minst två veckors tid för att en diagnos skall kunna ställas (Käypä hoito, 2010b).

Att vara deprimerad påverkar arbets- och funktionsförmågan samt livskvaliteten negativt. När en person drabbas förekommer ofta ångestproblematik samtidigt, ibland i form av någon störning, t.ex. panik, social fobi, andra fobier, generaliserat ångestsyndrom, emotionella störningar eller återigen PTSD (Collimore, Carleton, Hofmann & Asmundson, 2010; Käypä hoito, 2010b; Raitasalo, 2007)

Ångest beskrivs i diagnosbeskrivningen av generaliserat ångestsyndrom i DSM-IV-TR som besvär p.g.a. överdriven rädsla eller oro, ibland med tillhörande rastlöshet, spändhetskänsla, irritabilitet, muskelspändhet och orolig sömn. Därtill kan även höra fysiologiska symptom (American Psychiatric Association, 2000). Man tror att människor kan ha olika sensitivitet för att utveckla och upprätthålla ångestproblematik p.g.a. individuella skillnader i reaktioner på ångestrelaterade känslor i kroppen och tankemönster i anslutning till dessa (Collimore et al., 2010).

Sekundär traumatisering (ST). Man har upptäckt att symptom av PTSD kan utvecklas till följd av stressorer som inte uppfyller kriterierna för ett trauma. I sådana fall kan PTSD-diagnos inte ställas, utan någon typ av anpassningstörning kan komma i fråga (Weathers & Keane, 2007). Det kan även, som Figley (1995/2002) föreslår, vara frågan om fenomenet sekundär traumatisering, som ger symptom näst intill identiska med PTSD, men beror på en överföring av traumasymptom från en familjemedlem eller (för en yrkesperson) från en klient.

Sekundär traumatisering uppstår genom att det hos lyssnaren sker en slags absorbering av den andres posttraumatiska lidande i ett samtal som berör någonting traumatiskt (Figley, 1995/2002; Stamm et al, 2010; Valent, 2002). I synnerhet personer med stor empatisk förmåga lider hög risk för att drabbas, samtidigt som de har en förmåga att effektivt lindra stress hos sina klienter (Valent, 2002).

Sekundär traumatisk stress är ett naturligt konsekvent beteende och känslor som uppstår i vetskapen om en traumatisk händelse som drabbat en annan person. Det är stressen som uppstår i hjälpanDET eller viljan att hjälpa en traumatiserad eller lidande människa.

(Figley, 1995, s. 7).

ST kan innebära känslor av rädsla, sömnproblem, störande minnesbilder av upprörande händelser, förhöjd generell ångest, förändring i interaktionen med närstående och behov av stöd och hjälp (Stamm et al, 2010; Figley, 1995). Sekundär traumatisering är till skillnad från PTSD inget diagnostiserbart tillstånd, men en åkomma som observerats och beskrivits inom psykologisk forskning och litteratur (Elwood et al., 2011; Stamm, 2009; Figley, 2002). Ifall att förändringsförslagen till diagnoskriterier i DSM-V godkänns kan det leda till att sekundär traumatisering i större utsträckning betraktas som en form av PTSD i framtiden (APA DSM-5 Development (2010).

Socialarbetare arbetar med en klientgrupp som har utsatts för trauman och lider av posttraumatisk stress i högre grad än befolkningen i allmänhet (Bride, 2007; Gill et al., 2008), exempelvis psykiskt sjuka, missbrukare och hemlösa (Bride, 2007). Socialarbetare som utför direkt klientarbete löper därför hög risk för att utsättas för sekundär traumatisering (Conrad & Kellar-Gunther, 2006), i synnerhet om de arbetar med att ingripa i destruktiva familjer eller stöda och ge terapeutiska samtal till personer som upplevt misshandel eller vanvård (Bride, 2007; Meyers & Cornille, 2002; Osofsky, 2009).

En sammanställning av forskningsresultat från 2000-talet om olika yrkesgrupper visar att de som har en personlig traumabakgrund, exempelvis misshandel eller omvårdssvikt i den egna barndomen, har större känslighet för att utveckla ST (Elwood et al., 2011; Nelson-Gardell, 2003), samtidigt som andra studier visar att ett sådant samband inte existerar (Elwood et al., 2011). Sekundär traumatisk stress tros vara en orsak till att många lämnar sitt arbete i social- och vårdbranschen i förtid (Figley 1995; Alkema, Linton och Davies, 2008).

Utbrändhet är ett stresstillstånd som karakteriseras av utmattning, med känslor av att vara överbelastad och förbrukad på sina mentala och fysiska resurser. Hit hör även ofta en cynisk inställning som uppstår i självförsvar mot överbelastningen, vilket märks genom en irriterad och negativ inställning till arbetet. Utöver detta upplever ofta den drabbade sig som inkompetent och ineffektiv, vilket kan leda till känslor av misslyckande (Maslach & Courtois, 2007), frustration, ilska och depression (Stamm, 2009).

Den som drabbas av utbrändhet kan gå från effektivitet i arbetet till att prestera minimalt lite och i värsta fall utveckla ett negativt beteende mot både klienter och kollegor. Att vara utbränd får även konsekvenser i privatlivet, där den utbrände kan ta avstånd i viktiga nära relationer, sova mera, missbruka mat eller alkohol och överlag få fler symptom som tyder på ångest och depression (Maslach & Courtois, 2007).

Utbrändhet har antagits bero på stressande organisatoriska faktorer på arbetsplatsen såsom kroniskt tilltagande arbetsmängd, brist på resurser, orealistiska förväntningar på arbetsprestationen, risk för att dömas för att ha gjort fel i arbetet (Maslach, 1982) eller en icke-stödande arbetsmiljö (Stamm et al, 2010). Tillståndet kan drabba personer i alla branscher och positioner, men socialarbetaryrket har i forskning och litteratur ofta beskrivits som ett arbete med hög risk (Anderson, 2000; Lloyd, King & Chenoweth, 2002). Bidragande orsaker till detta kan vara såväl sekundär traumatisering (Conrad & Kellar-Guenther, 2006; Maslach & Courtois, 2007; Nelson-Gardell, 2003) som primär traumatisering (Maslach & Courtois, 2007; Stamm et al, 2010).

Även om utbrändhet och sekundär traumatisering ibland förekommer samtidigt och påminner om varandra (Adams, Figley & Boscarino, 2006; Conrad & Kellar-Guenther, 2006), finns det viktiga skillnader dem emellan, t.ex. att symptom av traumatisering kan uppstå efter en enda kritisk situation och innebär känslor av rädsla medan utbrändhet utvecklas gradvis under en längre tid och inte ger sådana emotioner. Att tillfriskna från utbrändhet tar även betydligt längre tid än att återhämta sig från ST (Conrad & Kellar-Guenther, 2006).

Självkänsla är en aspekt av psykiskt välbefinnande (Paradise & Kernis, 2002). Nivån av självkänsla samspelar i allmänhet med graden av depressionssymptom så att den är låg hos personer som lider av depression, och tvärtom, så är självkänslan hög hos de som inte är depressiva (David, Ceschi, Billieux & Van der Linden, 2008; Raitasalo, 2007).

Att ha hög självkänsla innebär inte att man ser sig själv som superb eller bättre än någon annan. Däremot uppfattar man att ens person har ett värde för andra, man har grundläggande respekt för sig själv och ser sig inte som mindervärdig. Man uppskattar sina egna goda egenskaper, men är också medveten om sina svaga sidor (Rosenberg & Simmons, 1972). Även psykiskt välbefinnande i form av t.ex. känslor av kontroll och mening i tillvaron, självständighet, självacceptans, goda relationer och personlig utveckling hör samman med hög självkänsla (Paradise & Kernis, 2002). Låg självkänsla kan å sin sida innebära att en person har bristande självrespekt, ser sig själv som ovärdig, oväsentlig eller som en sämre person än andra (Rosenberg & Simmons, 1972).

Studier av traumabakgrund har visat att erfarenheter av trauma, t.ex. misshandel, kan leda till låg självkänsla (Green, et al, 2000; Sahin, Timur, Ergin, Tarpinar, Balkaya & Cubukcu, 2010). Annan forskning har däremot visat att trauma inte predicerar förändringar i självkänslan, men nog leder till depressivitet (David et al., 2008). Forskning tyder också på att

personer med låg självkänsla har sämre förmåga att klara av och anpassa sig till vardaglig stress och större omvälvande livshändelser (Green, et al, 2000; Greenier, et al., 1999).

Man bör inte heller glömma att traumatiska livshändelser också kan leda till positiva förändringar i människors liv, vilket inom forskningen har kallats *posttraumatic growth (PTG)* (Calhoun & Tedeschi, 2006). Sådana förändringar kan exempelvis vara förstärkningar i självuppfattningen och i de sociala relationerna, personlig utveckling och nya synsätt på prioriteringar i livet. Den här personliga utvecklingen till följd av ett trauma kan ge en känsla av att vara starkare, mera mogen och mera kompetent än tidigare samt öka tilliten till den egna förmågan att klara av kriser (Calhoun & Tedeschi, 2006; Updegraff & Taylor, 2000).

Tillfredsställelse i yrkesrollen (CS). Stamm et al. (2009/2010) samt Bride, Radey & Figley (2007) föreslår ett begrepp för att mäta välbefinnande och tillfredsställelse i arbetet, *compassion satisfaction (CS)*, som i den här avhandlingen översatts till *tillfredsställelse i yrkesrollen (CS)*. Begreppet innefattar positiva aspekter av att ha ett arbete där man kan hjälpa, d.v.s. en upplevelse av att man är framgångsrik i sitt arbete, kan hjälpa sina klienter och arbeta för arbetsplatsens eller samhällets bästa. CS kan ge en känsla av glädje, njutning och tillfredsställelse samt en känsla av att man ingår i en positiv arbetsgemenskap. Tillfredsställelse i yrkesrollen karakteriseras även av att man trivs i rollen som hjälpare, kan anpassa sig till förändringar på arbetsplatsen, samtidigt som man är optimistisk och vill fortsätta att utföra arbetet i vilket man upplever sig som betydelsefull (Stamm, 2009).

Att vara tillfredsställd i yrkesrollen utesluter inte att det förekommer negativ stress. Även i arbeten där exponeringen för sekundär traumatisering är hög kan CS vara högt. Det här är orsaken till att människor kan fortsätta att arbeta effektivt under extremt traumatiska förhållanden, t.ex. i krigs- och katastrofsituationer. Upplevelsen av att ens arbete har betydelse och är effektivt driver personen vidare, medan negativa stresssymptom förknippade med ST, t.ex. rädsla, kan förekomma parallellt (Stamm, 2009).

I en studie som undersökt barnskyddsarbetare visade det sig att risken för utbrändhet i gruppen var låg, medan en betydligt större andel var utsatta för ST. Trots detta fanns god förekomst av CS (Conrad och Kellar-Guenther, 2006). Personer med sådana här värden kan fortsätta att vara effektiva i sitt arbete och må bra med tillfälliga interventioner vid behov. Om däremot CS skulle ha varit lågt i kombination med höga värden av endera ST eller utbrändhet eller både och skulle detta kunna vara ett tecken på klinisk depression eller någon annan form av psykiskt stresstillstånd som kräver behandling (Stamm, 2009). Forskning tyder dock på att

det ofta finns ett negativt samband mellan CS och utbrändhet (Alkema, Linton & Davies, 2008; Conrad och Kellar-Guenther, 2006)

En sammanställning av undersökningsresultat visar att även om socialarbetare arbetar i krävande miljöer får de tillfredsställelse och trivs i sitt arbete (Blomberg et al, 2009; Collins, 2008). De är ofta djupt engagerade i sitt jobb, vill hjälpa andra och arbeta för samhällets välfärd. I arbetet använder de sin medkänsla som redskap, vilket gör dem medvetna om psykiskt lidande och problem i andra människors liv. I samband med detta uppstår en negativ stress hos hjälparen. En person med individuella resurser, förmåga att rå om sig själv och en positiv känslotalans omvandlar den negativa energin till effektivitet i arbetet vilket hör samman med tillfredsställelse i yrkesrollen. Detta är dock inte alltid lätt eller ens möjligt, och vid frånvaro av positiv känslotalans, resurser och självbevarande beteende kan den negativa stressen ta överhand. En känsla av att bli emotionellt uttömd i arbetet kan då uppstå, känslotalansen blir negativ och medkänsla kan ersättas av själviskt resonerade (Radey & Figley, 2007).

Figur 1. Stamm et al. (2010) delar in professionell livskvalitet i positiva och negativa aspekter. Radey och Figley (2007) menar att en persons fysiska, sociala och intellektuella resurser samt förmågan att ta hand om sig själv inverkar på känslotalansen.



2 Hypoteser

Med utgångspunkt i tidigare forskningsresultat har sex hypoteser för den här studien av socialarbetare gjorts upp:

1. Det finns ett samband mellan att ha upplevt ett större antal traumatiska situationer i privatlivet och att ha mera psykiska stresssymptom (Bride, Jones, MacMaster, 2007; Darves-Bornoz et al., 2008; Gill et al. 2008; Meyers & Cornille, 2002; Nelson-Gardell, 2003).
2. Det finns ett samband mellan att ha upplevt ett större antal traumatiska situationer i arbetet och att ha mera psykiska stresssymptom (Meyers & Cornille, 2002; Regehr et al, 2004).
3. Det finns ett samband mellan att ha ett större antal sociala stödfaktorer på arbetsplatsen och mindre psykiska stresssymptom (Bride, Jones & MacMaster, 2009; Regehr et al. 2004).
4. Det finns ett samband mellan att ha ett större antal belastande faktorer i arbetet och mera psykiska stresssymptom (Bride, Jones & MacMaster, 2007; Conrad & Kellar-Guenther, 2006; Meyers & Cornille, 2002; Regehr et al. 2004).
5. Det finns ett samband mellan förhöjd förekomst av direkt traumarelaterade symptom (PTSD och ST) och hög förekomst av övriga psykiska stresssymptom (depression, utbrändhet och ångest) (Collimore et al., 2010; Conrad & Kellar-Guenther, 2006; Keane et al, 2007; Maslach & Courtois, 2007; Nelson-Gardell, 2003; Reyes, Elhai & Ford, 2008).
6. Det finns inget samband mellan förhöjd förekomst av direkt traumarelaterade symptom (PTSD och ST) och graden av självkänsla och tillfredsställelse i yrkesrollen (CS) (David et al., 2008; Calhoun & Tedeschi, 2006; Conrad och Kellar-Guenther, 2006; Updegraff & Taylor, 2000).

3 Metod

3.1 Undersökningens sampel

För att nå ut till målgruppen sändes ett svenskspråkigt frågeformulär till arbetstagare inom det sociala området, med anvisning om att det riktade sig till socialarbetare. 118 svar samlades in. Ett antal enkäter var bristfälligt ifyllda och slopades. Det slutgiltiga antalet deltagare i undersökningen blev 106 stycken. Av dessa var 101 kvinnor och 5 män inom åldersintervallet 23–64 år. Eftersom antalet män som deltog i studien var lågt utförs inga vidare statistiska analyser beträffande könsskillnader i den här studien. Medelåldern för samtliga (n=103) var 44.3 år ($SD=11.5$), och som civilstatus (n=106) uppgav 87 % gift-sambo, 5 % särboende och 9 % singel. I medeltal (n=103) hade deltagarna i den här studien 16.4 års ($SD=11.5$) arbetserfarenhet som socialarbetare. Största delen (81 %) av socialarbetarna i samplet (n=106) var anställda av stad eller kommun.

3.2 Frågeformulär och mätinstrument

I undersökningen användes ett mätinstrument som bestod av två delar (se *Bilaga 1*). Den första delen innehöll demografiska frågor om respondenten, frågor om arbetsituationen samt frågor om erfarenhet av potentiellt traumatiska händelser (PTH) och känslreaktioner i arbetet. Dessa frågor formulerade undersökningsledaren på egen hand med stöd av sakkunniga inom arbetsområdet. Utöver detta lades även till ett frågeformulär för att mäta tidigare erfarenheter av traumatiska händelser i det privata livet. Den andra delen av mätinstrumentet kartlade det psykiska välbefinnandet samt förekomsten av psykiska stresssymptom genom allmänt vedertagna frågeformulär.

3.2.1 Demografiska frågor

Frågeformuläret innehöll demografiska frågor om respondenten samt om arbetsförhållandet. Utöver detta frågades om de någon gång varit sjukskrivna från sitt arbete p.g.a. arbetsrelaterad stress, utmattning eller ångest.

För att undersöka om socialarbetarna hade sociala stödfaktorer på arbetsplatsen formulerades en skala med fem ja- och nej-frågor angående detta (se Figur 3 för frågornas formulering). Ett högre antal ja-svar på denna skala indicerar högre antal sociala stödfaktorer i arbetet. Skalan benämns i fortsättningen ”Socialt stöd i arbetet” (SS-IA).

En skala för att mäta antalet riskrelaterade arbetsuppgifter och arbetsbelastning gjordes av fyra ja- och nej-frågor. Skalan innehöll bland annat frågor om hembesök eller jourande utöver kontorsarbetstid ingick i arbetet (se Figur 4 för frågornas formulering). Ett högre antal ja-svar på denna skala, som hädanefter kallas ”Belastning i arbetet” (B-IA) i föreliggande avhandling, antogs indikera större risk för psykiskt stressande arbetstyp. För dessa två ovan nämnda skalor redovisas inte reliabilitetsvärden eftersom de enbart mäter antal.

3.2.2 The Traumatic Life Events Questionnaire

The Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ) (Kubany, Hayes, Leisen, Owens, Kaplan & Watson, 2000) är ett formulär som består av 23 frågor som mäter förekomsten av olika typer av potentiellt traumatiska upplevelser (PTH) i livet som människor kan drabbas av, t.ex. naturkatastrof, motorfordonsolycka, fysisk misshandel eller plötsligt dödsfall av anhörig. I formuläret listas ett urval PTH som kan ge upphov till posttraumatisk stress enligt kriterium A1 för diagnostisering i DSM-IV (National Center for PTSD, 2010). Den som svarar på enkäten uppger om hon eller han upplevt en dylik situation eller inte. Dessa frågor utgör skala TLEQ1 i föreliggande studie och mäter antalet PTH som respondenten upplevt.

Varje fråga i TLEQ1 följs av en följdfråga om huruvida stark rädsla, hjälplöshet eller skräck (traumatisk känsloreaktion) upplevts i samband med situationen (Kubany et al. 2000). Dessa följdfrågor kartlägger om kriterium A2 för upplevande av trauma uppfylls (Norris & Hamblen, 2004) och utgör skala TLEQ2, som närmare bestämt mäter antalet traumatiska händelser eller antalet traumatiska känsloreaktioner en person upplevt.

I föreliggande studie sammanslogs några frågor för att minska omfattningen av formuläret, t.ex. behandlades mera ovanliga traumasituationer som naturkatastrof och erfarenhet av krig i samma fråga och erfarenhet av missfall och abort i samma fråga. Fyra frågor om sexuellt utnyttjande slogs även samman till en. Det slutliga formuläret innehöll sammanlagt 17 frågor och följdfrågor.

För subskalorna i TLEQ redovisas ej reliabilitetsvärden eftersom skalorna mäter antalet situationer som upplevts. TLEQ har dock rekommenderats som mätinstrument för dylika ändamål (de Merode & Rayes, 2008, Weathers & Keane, 2007).

3.2.3 Enkät om traumaexponering i arbetet

För att mäta förekomsten av socialarbetares utsatthet för potentiellt traumatiska situationer (PTH) i arbetslivet formulerades frågor enligt samma struktur som i TLEQ, d.v.s. med två subskalor (se Figur 6 för frågornas formulering). Den första subskalan TEIA1 utgjordes av 6 stycken PTH som kan uppstå i klientarbetet. Den som svarade på enkäten uppgav om hon eller han har upplevt en dylik situation eller inte, och skalan mäter därmed antalet upplevda arbetsrelaterade PTH. Likt i TLEQ följs varje TEIA1-fråga av en följdfråga om huruvida stark rädsla, hjälplöshet eller skräck (traumatisk känsloreaktion) upplevts i samband med situationen, och denna subskala kartlägger hur många av PTH-situationerna som varit traumatiska händelser. Denna skala benämns i fortsättningen TEIA2 i denna studie. En avslutande fråga om vilken situation som varit allra mest stressande eller upprörande i arbetet som socialarbetare lades också till.

Undersökningsledaren formulerade frågorna i TEIA med stöd av sakkunniga inom det sociala arbetsområdet. I enkäten användes ursprungligen 16 frågor som beskrev olika påfrestande och psykiskt betungande situationer som kan förekomma i en socialarbetares arbete, men i den slutgiltiga TEIA1-skalan användes enbart 6 stycken av dessa och deras följdfrågor. Dessa ansågs bäst mäta situationer som kan hota socialarbetarens personliga integritet eller säkerhet och därav vara traumatiserande och relevanta för denna studie. För subskalorna i TEIA redovisas ej reliabilitetsvärden eftersom skalorna mäter antalet situationer som upplevts.

3.2.4 The PTSD Checklist

The PTSD Checklist (PCL-C) (Weathers, Litz, Herman, Huska & Keane, 1993) är ett frågeformulär som undersöker förekomst av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). PCL-C består av 17 frågor som mäter graden av olika symptom samhörande med den psykiatriska

diagnosen PTSD som finns beskriven i DSM-IV-TM (Waethers et al. 1993). Respondenterna ombeds svara på hur mycket de besväras av dessa symptom i anslutning till stressande upplevelser (National Center for PTSD, 2010) under de senaste 30 dagarna genom att välja ett av fem alternativ från ”inte alls” till ”mycket” på en Likert-skala.

Man kan räkna ihop och tolka PCL-C på flera sätt, bl.a. utgående från förekomsten av tre typiska symptom såsom att man återupplever traumat, undviker påminnande stimuli och har ett likgiltigt känslouttryck eller överspändhet i kroppen (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley & Forneris, 1996; National center for PTSD, 2010). Man kan även summera det totala poängantalet till en enda skala med poängsummor på ett intervall mellan 0 och 68 poäng och dra gränsen för förekomst av PTSD eller diagnostisera PTSD vid utsedda värden. Direktiv anger att en poängsumma högre än 30-38 kan tolkas som PTSD-diagnos för en individ i en genomsnittlig population (National Center for PTSD, 2010). I den här studien var reliabilitetsvärdet Cronbachs α för PCL-C .91.

3.2.5 Enkät om sinnesstämning och depression

Raitasalos enkät om sinnesstämningar (R-BDI) (Raitasalo, 2007) är en variant av det internationellt erkända depressionstestet Beck Depression Inventory, den förkortade versionen. R-BDI är specifikt anpassat för finländska förhållanden och har använts i snart 30 års tid för att studera sinnesstämningar i olika grupper samt i kliniska sammanhang. Testet har i ett flertal omgångar visat sig ha god reliabilitet och validitet (Raitasalo, 2007).

Subskalan R-BDI-Depression mäter förekomst och grad av depressionssymtom genom 13 frågor med fem svarsalternativ på Likert-skala enligt diagnosbeskrivningen i DSM-IV (Raitasalo, 2007; Real Depression Help, 2010). Utgående från poängsumman av alla frågor klassificeras resultaten enligt depressionens djup i följande kategorier: ingen eller mycket lindrig, lindrig, medelsvår samt svår depression (Raitasalo, 2007). I föreliggande undersökning visade R-BDI en låg reliabilitet på depressionsskalan och därför utelämnades fråga 11 och 12 för att erhålla Cronbachs $\alpha = .60$.

Den 14:e frågan i R-BDI undersöker personens självupplevda ångest eller spänningstillstånd, och de fem svarsalternativen indicerar förekomsten av ingen, lindrig, medelsvår eller svår ångest (Raitasalo, 2007). Denna fråga utgör R-BDI-Ångest i denna studie. Utöver detta mäts även självkänslans och självförtroendets styrka på skalan R-BDI-Självkänsla som fås genom att summera antalet gånger respondenten valt det första (mest

optimistiska) alternativet på frågeformulärets 14 frågor och således fås en skala från 0–14 (Raitasalo, 2007). Cronbachs α för R-BDI-Självkänsla var .79.

3.2.6 The Professional Quality of Life Scale

The Professional Quality of Life Scale (ProQOL R-V) (Stamm, 2009) är det mest använda instrumentet för att mäta positiva och negativa effekter, närmare bestämt förekomst av symptom på utbrändhet, sekundär traumatisering samt tillfredsställelse i yrkesrollen inom yrkesgrupper som arbetar med att hjälpa och stöda människor (Bride, Radey & Figley, 2007; Stamm, 2009).

Frågeformuläret består av tre subskalor innehållande 10 frågor vardera med fem svarsalternativ från ”aldrig” till ”mycket ofta” på en Likert-skala. Svaren på frågorna i varje subskala summeras ihop och poängen räknas sedan om till ett tal som endera placerar sig ovan eller under medeltalet 50, och sedan avgörs om poängsumman är hög eller låg genom att se på fastställda gränsvärden (cut scores) (Stamm, 2009).

Den första subskalan ProQOL-BO mäter graden av känslor som hör samman med utbrändhet och utmattning samt svårigheter med att ta itu med arbetet och vara effektiv (Bride, Radey & Figley, 2007; Stamm, 2009). En annan subskala, ProQOL-ST, mäter graden av sekundär traumatisering, dvs. negativa känslor som hör samman med rädsla och arbetsrelaterade traumaupplevelser (Stamm, 2009). Aspekter som tyder på välbefinnande och tillfredsställelse i yrkesrollen (compassion satisfaction) mäts genom ProQOL-CS, en tredje subskala som mäter den subjektiva upplevelsen av att kunna göra sitt arbete väl, hjälpa andra och bistå det goda i samhället (Stamm, 2009). Höga värden på denna skala indikerar hög tillfredsställelse med den egna arbetsinsatsen (Bride, Radey & Figley, 2007). Reliabilitetsvärden i form av Cronbachs α -värden var för ProQOL följande: ProQOL-BO $\alpha = .60$, ProQOL-ST $\alpha = .75$, ProQOL-CS $\alpha = .86$.

3.3 Procedur

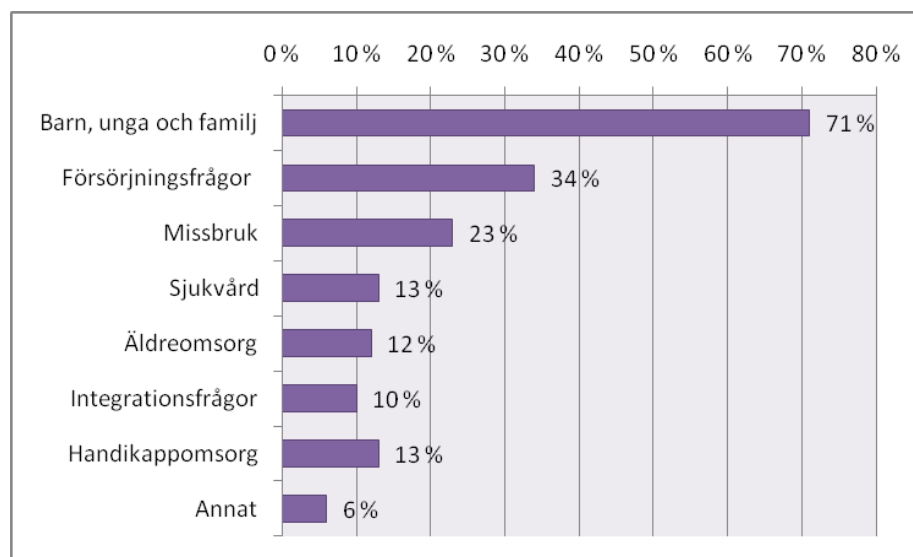
Enkäten sammanställdes i början av år 2010 och utformades enligt ett webbformat så att respondenten kunde svara på frågorna och sända in formuläret anonymt via sin egen dator.

Undersökningen sändes ut i medlet av april 2010 per e-post via Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området Ab (FSKC):s medlemslista (se *Bilaga 2*) samt ytterligare separat per e-post till slumpmässigt valda socialarbetare i en del tvåspråkiga kommuner i Österbotten, Åboland, Nyland och på Åland. Enkäten fanns även tillgänglig på hemsidan Sosiaalitieto.fi. En påminnelse sändes ut två veckor senare. Hela datamaterialet samlades in under totalt fyra veckors tid. Analysen och sammanställningen av resultatet utfördes från juni till oktober 2010.

4 Resultat

4.1 Beskrivande data

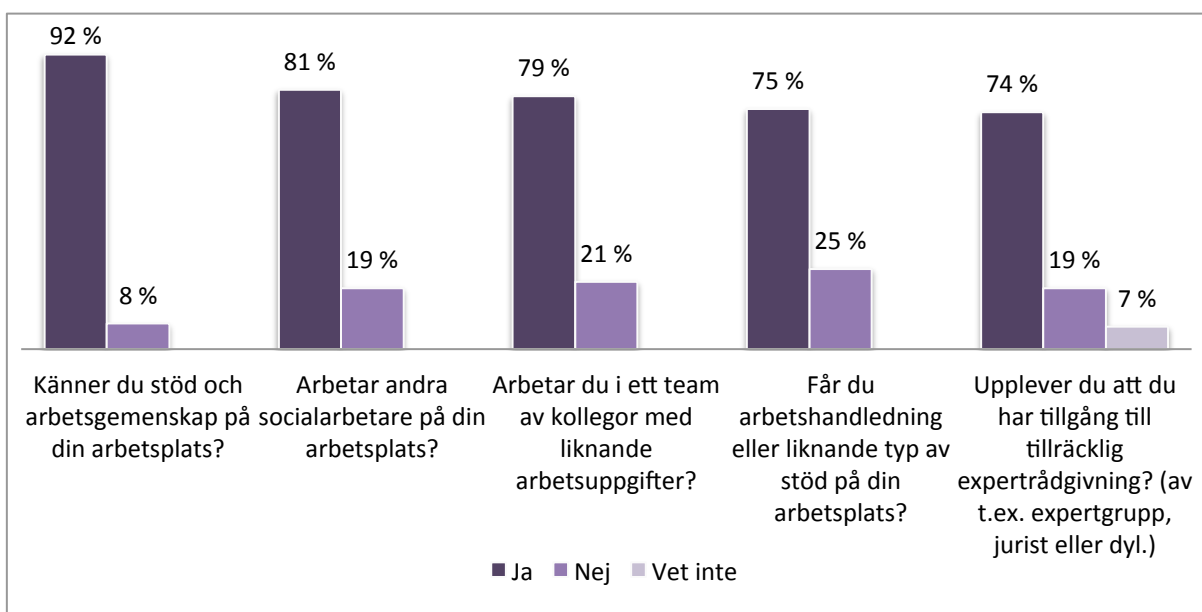
Majoriteten (71 %) av socialarbetarna i samplet (n=106) arbetade med barn, unga och familj. Hit räknades såväl barnskyddsarbetare som skolkuratorer. Försörjningsfrågor och missbruk var även vanliga arbetsområden. Sextiotre procent (63 %) av socialarbetarna uppgav enbart ett arbetsområde, medan de övriga arbetade inom flera arbetsfält.



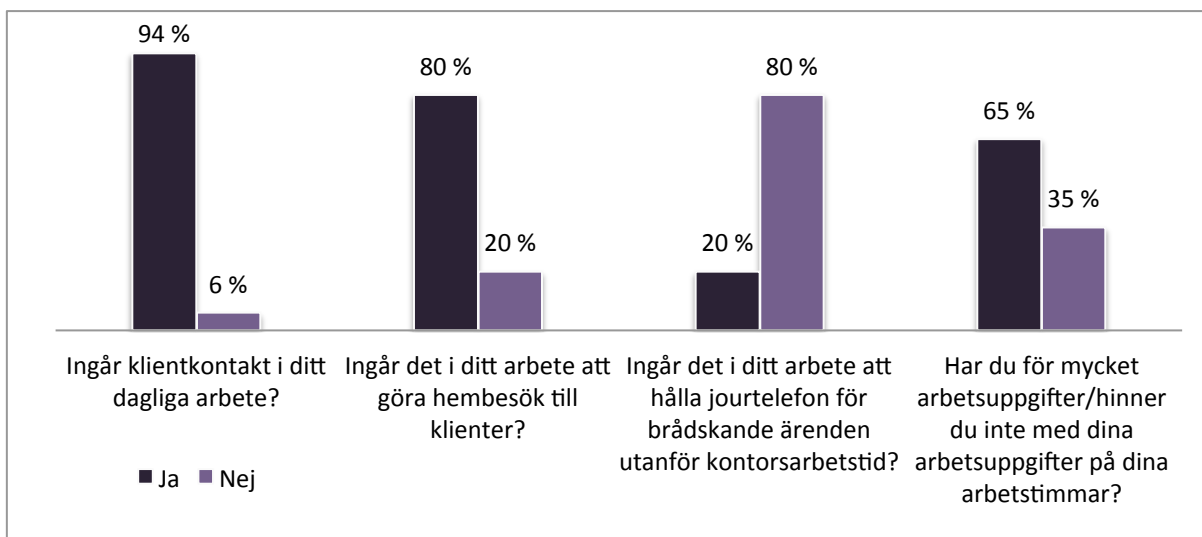
Figur 2. Socialarbetarnas arbetsområden. Andelen svar i procent (n=106). Kategorin ”Annat” innehöll t.ex. psykoterapi, vuxensocialt arbete, projektarbete, frivillig verksamhet, utbildning och specialomsorg.

Nästan alla (92 %) meddelade att de upplevde stöd och arbetsgemenskap på sin arbetsplats. De allra flesta hade även kollegor med liknande arbetsuppgifter, arbetshandledning och tillräcklig expertrådgivning (se *Figur 3*).

I en följdfråga (n=106) rapporterade hälften av socialarbetarna (49 %) att de fick regelbunden arbetshandledning. Det vanligaste var att man hade ett handledningstillfälle per månad, men det förekom även tätare eller mindre täta handledningskontakter. En fjärdedel (25 %) av socialarbetarna erhöll enbart arbetshandledning vid behov, och den återstående fjärdedelen (25 %) hade ingen arbetshandledning alls.



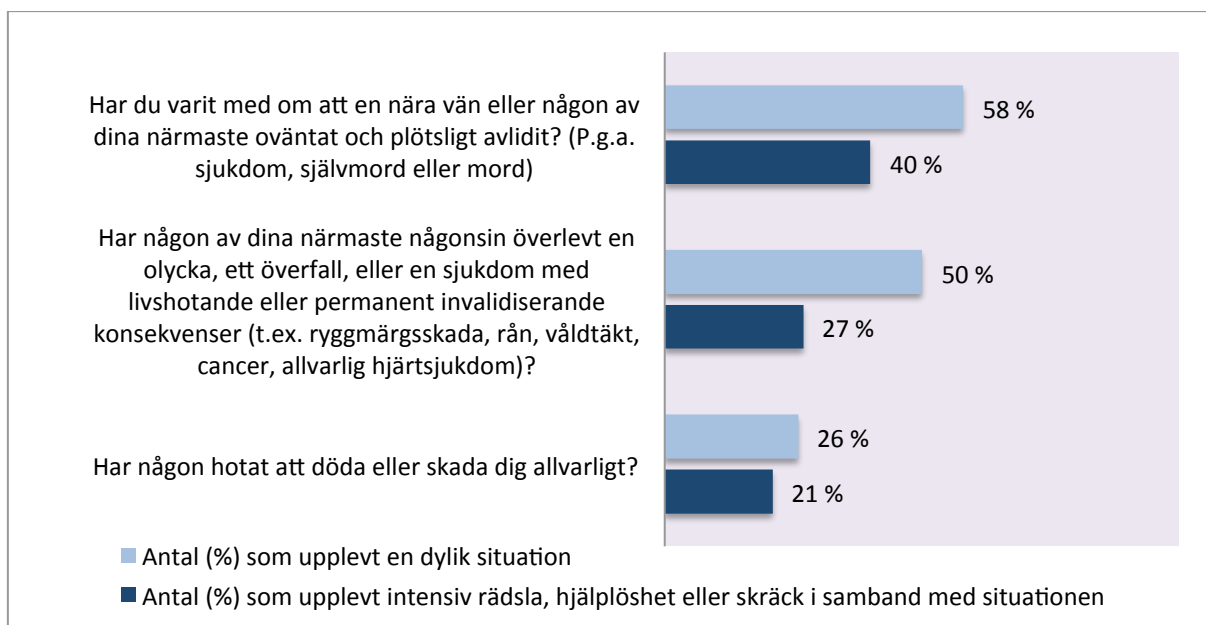
Figur 3. Svandsandelen uttryckt i procent för de frågor som ingick i skalan SS-IA (n=105–106). På frågan om expertrådgivning fanns även svarsalternativet ”Vet inte”.



Figur 4. Socialarbetarnas svar i procent på frågorna som ingick i skalan B-IA (n=104–106).

Största delen av samplet (80–94 %) hade ett arbete där daglig klientkontakt och hembesök ingick i arbetsuppgifterna. Att ha jourtelefon utöver kontorsarbetstid var betydligt mera ovanligt. På frågan om mängden arbetsuppgifter i förhållande till arbetstid (n=105) uppgav ingen att de hade för lite att göra på jobbet. Trettiofem procent (35 %) uppgav att de hade lagom arbetsuppgifter och 65 % att de hade för mycket, eller inte hinner med sina arbetsuppgifter på sina arbetstimmar (se Figur 4).

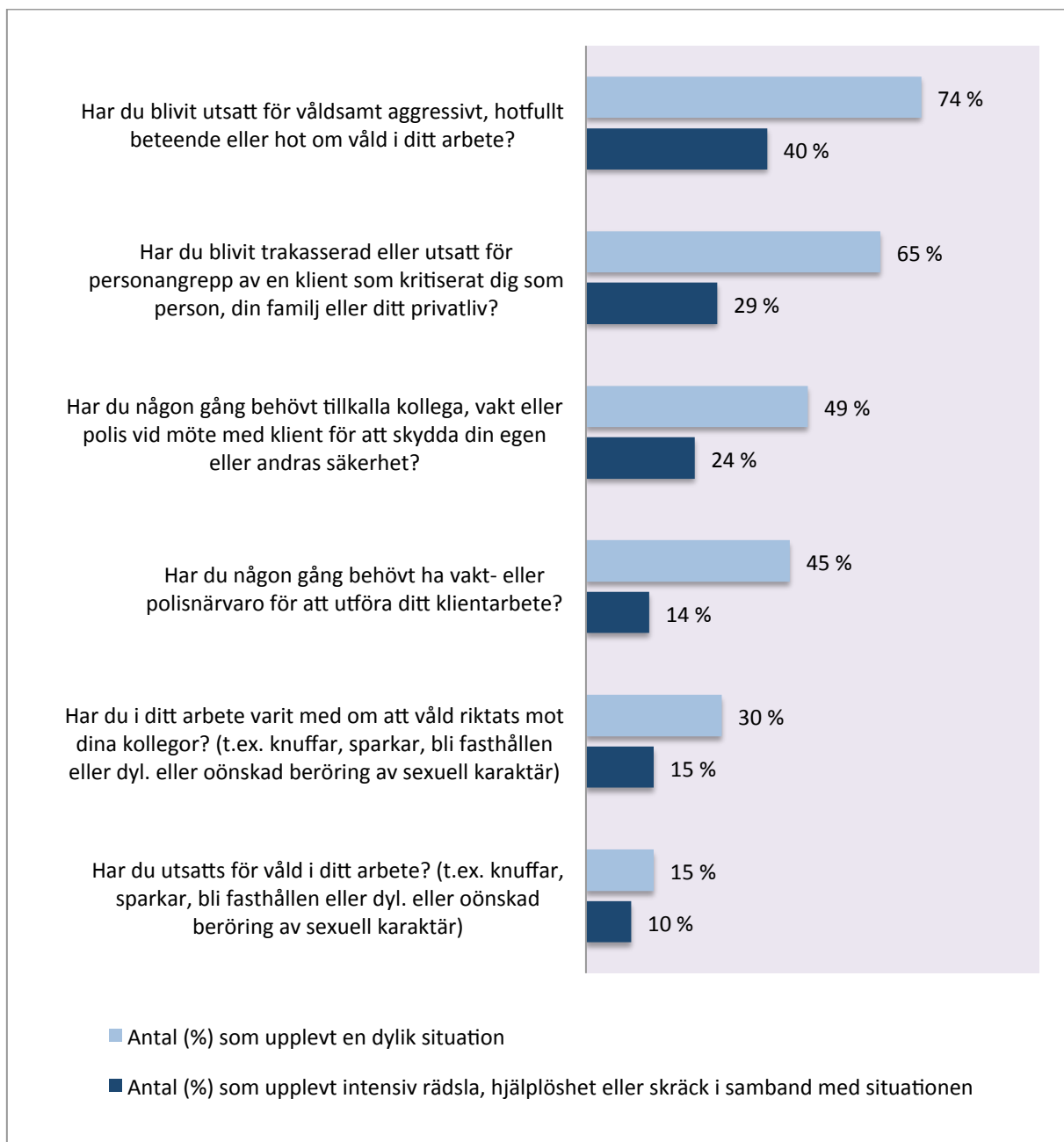
TLEQ mäter förekomsten av olika typer av potentiellt traumatiska upplevelser (PTH) i livet. I medeltal (n=106) hade personerna i samplet upplevt 3,0 PTH och 2,1 traumatiska känslreaktioner i anslutning till dessa. De vanligaste traumatiska upplevelserna som socialarbetarna i den här studien hade upplevt ses i figuren nedan.



Figur 5. De tre vanligaste traumatiska situationerna som socialarbetarna hade upplevt i privatlivet (n=106).

Förekomsten av potentiellt traumatiska upplevelser i arbetet samt känslreaktioner i samband med dessa mättes genom TEIA. I medeltal hade socialarbetarna (n=106) upplevt 2,8 av dessa situationer och 1,3 traumatiska känslreaktioner i förhållande till dem. Resultatet visade att den vanligast förekommande traumatiska händelsen i arbetet var att bli utsatt för våldsamt, aggressivt eller hotfullt beteende eller hot om våld vilket 74 % av socialarbetarna hade varit med om. Största delen av dem hade även upplevt intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck i samband med detta. Femton procent av socialarbetarna (n=106) har blivit utsatta för fysiska våldshandlingar i arbetet. Hos det allra flesta (70 %) har detta lett till en traumatisk känslreaktion. Frågor och svarsprocent ses i Figur 6.

Socialarbetarna ombads även tänka på den mest stressande eller upprörande upplevelse de haft under sitt arbetsliv och genom att välja ett eller flera alternativ utse de faktorer som den situationen innehöll. Det vanligaste svaret var även här (46 %) våldsamt, aggressivt eller hotfullt beteende eller hot om våld. Trettiosex procent (36 %) kryssade i att barn utsatts för fysiskt eller sexuellt våld, tjugotvå procent (22 %) att en vuxen avlidit p.g.a. självmord, olycka eller mord, och lika många meddelade att situationen inneburit brådskande eller akut omhändertagande av barn.



Figur 6. Svarsandel i procent på de sex frågor som ingick i TEIA (n=106).

I samplet förekom tecken på både psykisk stress och gott psykiskt välbefinnande. Åttioen procent (81 %) hade aldrig varit sjukskrivna från sitt jobb p.g.a. arbetsrelaterad stress, utmattning eller ångest. Av de 19 % som hade varit det hade hälften varit sjukskrivna i över en månad och resten under kortare tid. Inga av socialarbetarna som deltog i den här undersökningen var sjukskrivna för tillfället.

I föreliggande sampel uppfyllde 11 % av respondenterna (n=106) kriterierna för posttraumatiskt stressyndrom enligt rekommenderad anvisning med gränsdragning vid 38 poäng i tolkningen av PCL-C. Depression förekom hos 5 %. En del (20 %) meddelade på R-BDI-frågan om ångest (n=106) att de ganska lätt blir ångestfyllda och spända, medan en större andel (80 %) uppgav att de inte alls eller mycket sällan känner ångest. På skalorna i ProQOL, som inte är diagnostiska test, visade ungefär 15 % av samplet (n=106) värden utanför angivna gränsvärden i avseende på utbrändhet, sekundärtraumatisering och tillfredsställelse i yrkesrollen.

4.2 Undersökningar av samband

4.2.1 Korrelationssamband mellan undersökningsskalor

En korrelationsanalys för att finna eventuella signifikanta samband mellan traumabakgrund (TLEQ och TEIA), psykiska stresssymptom (PCL-C, R-BDI-Depression, R-BDI-Ångest, ProQOL-BO, ProQOL-ST), välbefinnande (R-BDI-Självkänsla och ProQOL-CS) samt SS-IA och B-IA utfördes. Resultaten illustreras i Tabell 1.

Resultatet visade samband mellan antalet traumasituationer i privata livet och mängden traumasituationer i arbetet, d.v.s. ett högt antal svar på en traumaskala indikerade höga svar på samtliga traumaskalor. Ett annat resultat var att antalet traumatiska händelser som medfört känsloreaktioner (skalorna TLEQ2 och TEIA2) korrelerade signifikant positivt med flertalet psykopatologiska resultat. Upplevande av potentiellt traumatiska situationer (TLEQ1 och TEIA1) korrelerade inte med psykopatologi i lika stor utsträckning. Detta gällde både privatliv och i arbetssammanhang. Skalorna som mätte psykiska stresssymptom korrelerade dessutom signifikant positivt med varandra, och negativt med självkänsla.

ProQOL-CS som mäter tillfredsställelse i yrkesrollen (CS) urskiljde sig något i analysen. CS hade i denna studie inget signifikant samband med skalor som mäter traumabakgrund eller posttraumatisk stress, men korrelerade däremot positivt med självkänsla och socialt stöd

Tabell 1.

Korrelationssamband mellan skalorna som mäter traumabakgrund och förekomsten av psykiska stressymptom och välbefinnande ($n=106$).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2. TLEQ2	.80**											
3. TEIA1	.34**	.14*										
4. TEIA2	.29**	.35**	.62**									
5. PCL-C	.29**	.36**	.23*	.30**								
6. R-BDI-Depression	.26**	.38**	.31**	.33**	.55**							
7. R-BDI-Ångest	.14	.24*	.33**	.40**	.56**	.43**						
8. R-BDI-Självkänsla	-.09	-.19*	-.07	-.21*	-.59**	-.55**	-.57**					
9. ProQOL-BO	.11	.23*	.20*	.24*	.38**	.36**	.35**	-.47**				
10. ProQOL-ST	.13	.30**	.08	.21*	.42**	.39**	.43**	-.43**	.48**			
11. ProQOL-CS	.07	-.00	-.06	-.02	-.11	-.24*	-.22*	.35**	-.66**	-.22*		
12. SS-IA	.07	.03	.19	.15	-.08	-.10	-.06	.17	-.27**	-.10	.19*	
13. B-IA	-.01	-.02	.19	.08	.02	.114	.11	-.04	.24*	.15	-.15	-.12

** $p \leq .01$, * $p \leq .05$.

1. TLEQ1 = Antal potentiellt traumatiska händelser
2. TLEQ2 = Antal traumatiska händelser
3. TEIA1 = Antal potentiellt traumatiska händelser i arbetet
4. TEIA2 = Antal traumatiska händelser i arbetet
5. PCL-C = Posttraumatiskt stressyndrom
6. R-BDI-Depression = Depression
7. R-BDI-Ångest = Ångest
8. R-BDI-Självkänsla = Självkänsla
9. ProQOL-BO = Utbrändhet
10. ProQOL-ST = Sekundär traumatisering
11. ProQOL-CS = Tillfredsställelse i yrkesrollen
12. SS-IA = Socialt stöd på arbetsplatsen
13. B-IA = Belastning i arbetet

på arbetsplatsen samt negativt med depression, ångest, utbrändhet och sekundär traumatisering. I övrigt visade skalorna för socialt stöd på arbetsplatsen (SS-IA) och belastning i arbetet (B-IA) samband med utbrändhet.

4.2.2 Regressionssamband mellan undersökningsskalor

För att ta reda på om traumatiska upplevelser eller faktorer på arbetsplatsen leder till psykiska stresssymptom utfördes regressionsanalyser (metod Enter). I analysen användes subskalorna som mäter antal potentiellt traumatiska händelser och känslreaktioner (TLEQ och TEIA) samt SS-IA och B-IA som prediktorer för psykiska stresssymptom (PCL-C, R-BDI-Depression, R-BDI-Ångest, ProQOL-BO, ProQOL-ST) och välbefinnande (R-BDI-Självkänsla och ProQOL-CS). Resultat redovisas i Tabell 2 samt Figur 7.

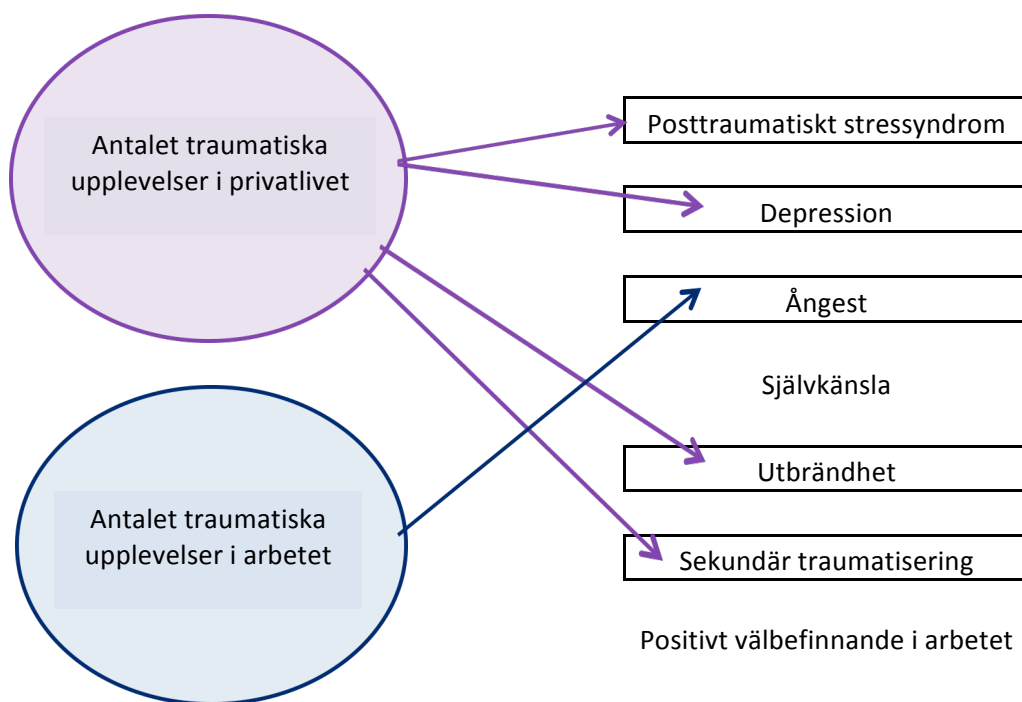
För skalorna som mäter välbefinnande erhöles inte signifikanta värden med dessa prediktorer. Däremot visade resultatet att traumatiska händelser i privatlivet (TLEQ2) har lett till högre värden på posttraumatisk stress, depression, utbrändhet och sekundär traumatisering. Ytterligare framkom att traumatiska känslreaktioner (TEIA2) i samband med kritiska händelser i arbetet har lett till en subjektiv upplevelse av att vara ångestfylld och spänd.

Tabell 2.

Resultat av regressionsanalyser där skalor som mäter traumabakgrund, socialt stöd i arbetet och belastning i arbetet utgjorde prediktorer (i kolumner) för skalor som mäter psykisk stress och välbefinnande (n=106).

	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>AdjR</i> ²	<i>F</i>	<i>P</i>	TLEQ1	TLEQ2	TEIA1	TEIA2	SS-IA	B-IA
PCL-C	.43	.19	.14	3.831	.002	n.s.	.41**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
R-BDI-Depression	.48	.23	.18	4.798	.001	"	.45**	"	"	"	"
R-BDI-Ångest	.46	.21	.17	4.462	.001	"	.26†	"	.27*	"	"
R-BDI-Självkänsla	.33	.11	.06	2.064	.064	"	n.s.	"	-.22†	.19†	"
ProQOL-BO	.49	.24	.19	5.106	.001	"	.36*	"	n.s.	-.29**	.18†
ProQOL-ST	.41	.17	.17	3.338	.005	-.285†	.49**	"	"	n.s.	n.s.
ProQOL-CS	.28	.08	.02	1.399	.223	n.s.	n.s.	"	"	.19†	"

** $p \leq .01$, * $p \leq .05$, † $p \leq .10$



Figur 7. Antalet traumatiska händelser som uppfyllt båda diagnoskriterierna, A1 och A2 i DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), för trauma mättes genom skalorna TLEQ2 och TEIA2. Dessa var signifikanta prediktorer i regressionsanalysen för symptom på psykiska stressymptom. Värden för de enskilda prediktionerna ses i Tabell 2.

4.3 Undersökningar av gruppskillnader

Resultaten i nedan utförda gruppjämförelser bör tolkas med viss försiktighet eftersom antalet personer i en del av de indelade grupperna är relativt små.

4.3.1 Traumatiska händelser i arbetet och psykiska stressymptom

För att studera effekten av traumatiska händelser på arbetsplatsen gjordes en gruppjämförelse. Socialarbetarna delades in i tre kategorier med hjälp av gränsdragning vid medelvärden på

skalorna TEIA1 ($M=2.8$) och TEIA2 ($M=1.3$), så att de som placerat sig under medelvärdet på båda subskalorna utgjorde grupp 1 ($n=43$), de som svarat över medelvärdet på TEIA1 men under medelvärdet på TEIA2 utgjorde grupp 2 ($n=27$), och de som svarat över medelvärdet på båda skalorna utgjorde grupp 3 ($n=34$). Den fjärde i teorin möjliga gruppen, med sådana som placerat sig under medelvärdet på TEIA1 men över medelvärdet på TEIA2 var obefintlig, och kunde ej användas i analysen.

För att utreda eventuella skillnader i ålder eller år av arbetserfarenhet utfördes två univariata variansanalyser. En analys med gruppindelning som oberoende (Grupp 1-3) och ålder som beroende variabler, samt en med år av arbetserfarenhet som beroende variabel. Varken ålder [$F_{(2, 98)} = 357.04$, n.s.] eller år av arbetserfarenhet [$F_{(2, 98)} = 210.70$, n.s.] skilde signifikant mellan de tre grupperna.

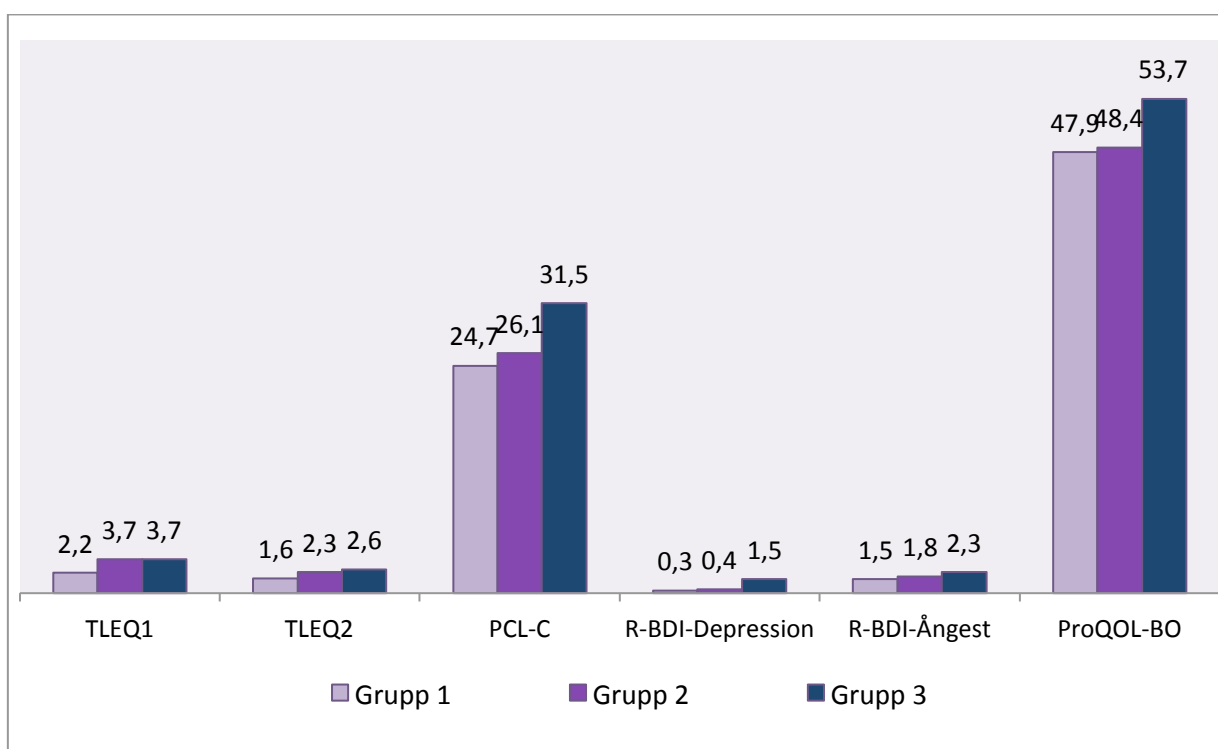
En multivariat variansanalys utfördes med antalet traumaupplevelser på arbetsplatsen enligt gruppindelning som oberoende (Grupp 1-3) och skalorna för privat traumabakgrund (TLEQ1, TLEQ2) och psykisk stress samt välbefinnande (PCL-C, R-BDI-Depression, R-BDI-Ångest, R-BDI-Självkänsla, ProQOL-BO, ProQOL-ST, ProQOL-CS) som beroende variabler (se Tabell 3). Som Post Hoc-metod användes Scheffes test.

Resultatet visade signifikanta skillnader mellan grupper på skalorna TLEQ1, TLEQ2, PCL-C, R-BDI-Depression, R-BDI-Ångest och ProQOL-BO. De signifikanta skillnaderna fanns mellan grupp 1 och grupp 3, där grupp 3 hade högre värden på samtliga ovan nämnda skalor för trauma och psykiska stresssymptom, med undantag från TLEQ1 där den signifikanta skillnaden fanns mellan grupp 1 och båda de övriga grupperna. Grupp 1, som innehöll de som hade upplevt minst antal PTH och känslreaktioner i arbetsrelaterade sammanhang visade sig ha signifikant färre symptom av PTSD, depression, ångest och utbrändhet än grupp 3 som var den grupp som hade upplevt flest PTH och känslreaktioner i arbetet. Samtidigt hade grupp 1 även upplevt signifikant färre trauman i privatlivet.

Tabell 3.

Resultat av MANOVA-analys med skalorna för traumahistoria, psykiska stresssymptom och välbefinnande som beroende variabler och antalet traumaupplevelser i arbetet som oberoende variabel (Post Hoc Scheffe) (n=104).

	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i> ≤	η_p^2	<i>Observed power</i>	<i>Signifikanta skillnader i poängsumma mellan grupper</i>
Effekt av antal PTS i arbetet						
Multivariat analys	2.72	18, 118	.001	.21	1.00	
Univariat analys						
TLEQ1	8.43	2, 101	.001	.14	.96	Grupp 1 < Grupp 2 & 3
TLEQ2	4.33	''	.016	.08	.74	Grupp 1 < Grupp 3
PCL-C	6.37	''	.002	.11	.89	Grupp 1 < Grupp 3
R-BDI-Depression	7.68	''	.001	.13	.94	Grupp 1 < Grupp 3
R-BDI-Ångest	11.42	''	.001	.18	.99	Grupp 1 < Grupp 3
R-BDI-Självkänsla	2.00	''	n.s.	.04	.40	
ProQOL-BO	3.70	''	.028	.07	.67	Grupp 1 < Grupp 3
ProQOL-ST	1.62	''	n.s.	.03	.33	
ProQOL-CS	0.61	''	n.s.	.01	.15	



Figur 8. Medelvärden för de sex undersökningsskalorna där signifikanta skillnader fanns. Post Hoc-test Scheffe visade signifikanta gruppskillnader mellan grupp 1 och 3 på alla skalor förutom i TLEQ1 där signifikanta skillnader fanns mellan grupp 1 och båda de övriga grupper. Se även Tabell 3.

4.3.2 Sjukskrivning och psykiska stressymptom

Tjugo socialarbetare i undersökningen uppgav sig någon gång har varit sjukskrivna från sitt jobb som socialarbetare p.g.a. arbetsrelaterad stress, utmattning eller ångest. Eventuella skillnader mellan denna grupp och övriga beträffande ålder eller år av arbetserfarenhet undersöktes med två t-tester. Varken i ålder [$t_{(101)} = 1,00$, n.s.] eller i år av arbetserfarenhet [$t_{(101)} = 0.71$, n.s.] fanns det signifikanta skillnader mellan grupperna.

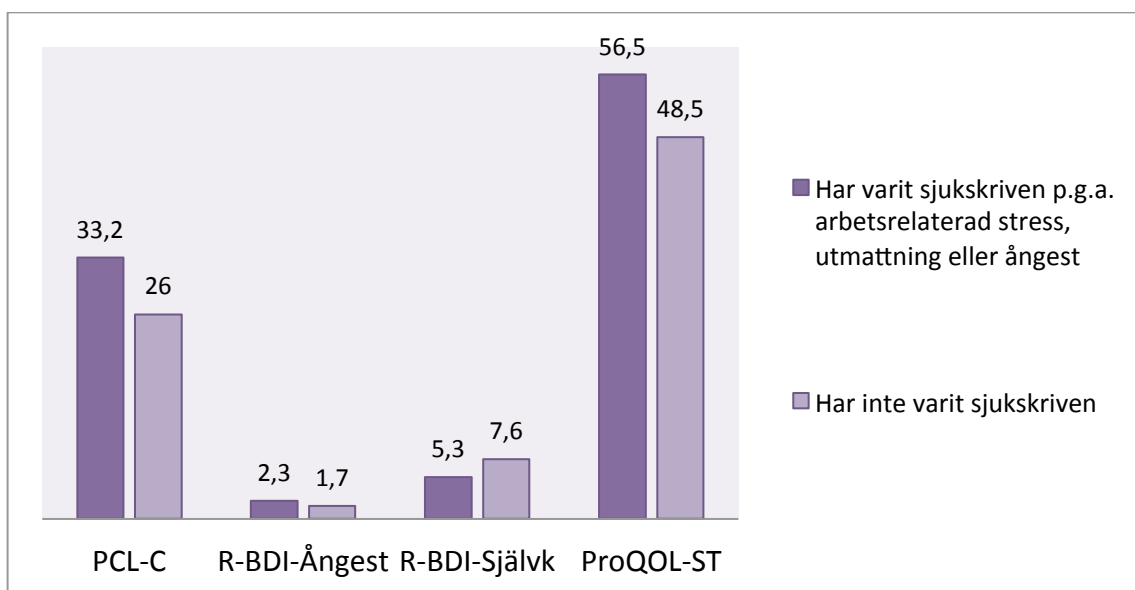
En multivariat variansanalys med sjukskrivning som oberoende och skalorna för traumahistoria (TLEQ och TEIA2), psykisk stress och välbefinnande (PCL-C, R-BDI-Depression, R-BDI-Ångest, R-BDI-Självkänsla, ProQOL-BO, ProQOL-ST, ProQOL-CS) som beroende variabler utfördes (se Tabell 4).

De socialarbetare som någon gång varit sjukskrivna hade signifikant högre värden på skalorna för psykiska stressymptom i form av PTSD, ångest och sekundär traumatisering samt signifikant lägre värden på skalan för självkänsla (se Figur 9).

Tabell 4.

Resultat av en MANOVA-analys med skalorna för traumahistoria, psykisk stress och välbefinnande som beroende variabler. Socialarbetare som varit sjukskrivna jämförs med övriga ($N=106$).

	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i> ≤	η_p^2	<i>Observed power</i>	<i>Grupp med högre medeltal</i>
Effekt av sjukskrivning						
Multivariat analys	2.23	11, 94	.019	.21	.92	
Univariat analys						
TLEQ1	.10	1, 104	n.s.	.00	.06	
TLEQ2	.63	''	n.s.	.01	.12	
TEIA1	1.47	''	n.s.	.01	.23	
TEIA2	1.96	''	n.s.	.02	.28	
PCL-C	11.49	''	.001	.10	.92	Sjukskrivna
R-BDI-Depression	.40	''	n.s.	.00	.10	
R-BDI-Ångest	9.87	''	.002	.09	.88	Sjukskrivna
R-BDI-Självkänsla	7.69	''	.007	.07	.78	Övriga
ProQOL-BO	2.04	''	n.s.	.02	.29	
ProQOL-ST	11.48	''	.001	.10	.92	Sjukskrivna
ProQOL-CS	.20	''	n.s.	.00	.07	



Figur 9. Medelvärden för de två grupperna på de fyra undersökningsskalorna påvisade signifikanta skillnader mellan socialarbetare som varit sjukskrivna och inte varit sjukskrivna p.g.a. arbetsrelaterad stress, utmattning eller ångest. Se även Tabell 4.

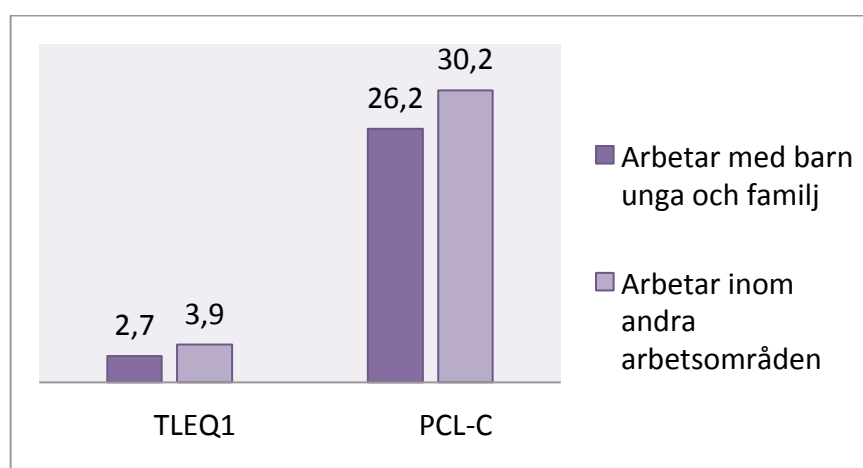
4.3.3 Typ av arbete och psykiska stressymptom

Sjuttiofem socialarbetare i undersökningen (n=106) uppgav sig arbeta med barn, unga och familj. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan denna grupp och övriga beträffande ålder [$t_{(101)} = 1.39$, n.s.] eller år av arbetserfarenhet [$t_{(101)} = 1.53$, n.s.] i t-test. För att göra en jämförelse mellan socialarbetare med detta arbetsfält och övriga socialarbetare (som mestadels arbetade inom handikappomsorg, sjukvård och försörjningsfrågor) gjordes en multivariat variansanalys med arbetsområdet barn, unga och familj som oberoende och undersökningsskalorna för traumahistoria (TLEQ och TEIA2), psykisk stress och välbefinnande (PCL-C, R-BDI-Depression, R-BDI-Ångest, R-BDI-Självkänsla, ProQOL-BO, ProQOL-ST, ProQOL-CS) som beroende variabler. Analysen visade signifikanta gruppskillnader (se Tabell 5). Resultatet tyder på att de socialarbetare i undersökningen som tillhörde gruppen ”övriga” i högre grad hade symptom av PTSD än de som arbetade med barn, unga och familj.

Tabell 5.

Resultat av en MANOVA-analys med skalorna för traumahistoria, psykisk stress och välbefinnande som beroende variabler. Socialarbetare med arbetsområdet Barn, unga och familj jämförs med övriga (N=106).

	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i> ≤	η_p^2	<i>Observed power</i>	<i>Grupp med högre medeltal</i>
Effekt av Barn, unga och familj						
Multivariat analys	2.29	11, 94	.016	.211	.92	
Univariat analys						
TLEQ1	9.98	1, 104	.002	.09	.88	Övriga
TLEQ2	3.51	''	n.s.	.03	.46	
TEIA1	.93	''	n.s.	.01	.16	
TEIA2	.08	''	n.s.	.00	.06	
PCL-C	4.79	''	.031	.04	.58	Övriga
R-BDI-Depression	.06	''	n.s.	.00	.05	
R-BDI-Ångest	1.98	''	n.s.	.02	.29	
R-BDI-Självkänsla	.054	''	n.s.	.00	.06	
ProQOL-BO	.43	''	n.s.	.00	.10	
ProQOL-ST	.98	''	n.s.	.01	.17	
ProQOL-CS	2.24	''	n.s.	.02	.32	



Figur 10. Medelvärden för de två grupperna på skalorna TLEQ1 och PCL-C som visade signifikanta skillnader mellan socialarbetare som arbetar med barn, unga och familj samt de som arbetar med andra områden. Se även Tabell 5.

4.3.4Handledning och psykiska stressymptom

Sjuttionio av socialarbetarna i samplet (n=106) hade arbetshandledning eller liknande stöd på arbetsplatsen. Eventuella skillnader mellan dessa och övriga socialarbetare beträffande ålder eller år av arbetserfarenhet undersöktes med två t-test. Varken i ålder [$t_{(101)} = 0.19$, n.s.] eller i år av arbetserfarenhet [$t_{(101)} = 0.29$, n.s.] fanns det signifikanta skillnader mellan grupperna. För att göra en jämförelse mellan dessa och övriga socialarbetare som inte fick handledning gjordes en multivariat variansanalys med handledning som oberoende variabel och undersökningsskalorna för skalorna för traumahistoria (TLEQ och TEIA2), psykisk stress och välbefinnande (PCL-C, R-BDI-Depression, R-BDI-Ångest, R-BDI-Självkänsla, ProQOL-BO, ProQOL-ST, ProQOL-CS) som beroende variabler. Eftersom den multivariata analysen inte var signifikant [$F_{(11, 94)} = 1.58$, n.s.] redovisas inte univariata analyser.

5 Diskussion

I föreliggande studie deltog 106 finlandssvenska socialarbetare. Eftersom samplet var relativt litet bör resultaten omfattas med viss försiktighet. Man skall även hålla i minnet att urvalet inte kan ses som representativt för alla finländska socialarbetare, eftersom enkäten enbart var på svenska. Å andra sidan ger detta desto större inblick i just finlandssvenska socialarbeters välbefinnande och stress. Något annat som gör att detta sampel inte är helt representativt är att inga socialarbetare som var sjukskrivna för tillfället deltog.

5.1 Hypotesprövning

Traumabakgrund. I de två första hypoteserna antogs att det finns ett samband mellan att ha upplevt ett större antal traumatiska situationer i privatlivet (Hypotes 1) och i arbetslivet (Hypotes 2) och att ha mera psykiska stressymptom. Hypotes 1 bekräftas av resultatet i den här studien. De personer i samplet som råkat ut för fler traumatiska händelser i sitt privata liv, allt från trafikolyckor till misshandel i parförhållandet, hade i högre grad än andra stressymptom i form av PTSD, depression, utbrändhet och sekundär traumatisering till följd

av detta (se Tabell 2 och Figur 7). Överlag hade personerna i det här samplet i medeltal upplevt något fler potentiellt traumatiska situationer (3,0) än den genomsnittliga europeiska befolkningen (1,5) (Darves-Bornoz et al., 2008).

Hypotes 2 får i viss mån stöd av resultatet. Antalet traumatiska situationer mättes genom att fråga huruvida socialarbetarna upplevt sex olika händelser i arbetet, där deras integritet eller säkerhet varit hotad. Många av deltagarna i den här undersökningen hade upplevt aggressivt beteende eller hot om våld i arbetet (74 %), medan direkt utsättande för våldshandlingar var betydligt mera sällsynt (15 %). Sådant var ändå vanligare i detta sampel än i arbetarskyddcentralen TTK:s siffror från år 2007 som visat att 8 % av finländska socialarbetare hade erfarenhet av våld i arbetet (Piispa & Hulkko, 2010). Den här skillnaden kan förklaras av olikheter i hur våld har definierats, eller av att samplet i föreliggande undersökning var relativt litet. En möjlighet är också att detta urval kan ha innehållit en större andel socialarbetare med den här typen av erfarenheter, därför att dessa haft ett intresse att fylla i en omfattande enkät kring ämnet.

Korrelationsanalysen visade positiva samband mellan antalet arbetsrelaterade traumaupplevelser och samtliga skalor för psykiska stresssymptom, vilket stöder Hypotes 2. Dock visade regressionsanalysen att dessa upplevelser inte gett upphov till psykiska stresssymptom, med undantag av ångest och spändhetskänslor.

En gruppjämförelse mellan de som upplevt få traumasituationer i arbetet och de som upplevt flertalet, visade tydliga skillnader mellan grupperna. De som hade upplevt fler kritiska händelser i arbetet hade fler symptom på PTSD, depression, ångest och utbrändhet. Trots detta bör paralleller mellan arbetstrauma och psykisk stress dras med viss försiktighet, eftersom trauma från privatlivet enligt regressionsanalysen mera troligt kan vara den orsakande faktorn. Man kan nämligen bland annat i den nämnda gruppjämförelsen och i korrelationsanalysen se att de socialarbetare som upplevt fler traumatiska händelser privat och drabbats av psykisk stress till följd av detta, även har upplevt flera traumatiska upplevelser och känsloreaktioner i arbetet än övriga.

De möjliga orsakerna till detta positiva samband mellan trauma i privatliv och arbetsliv är flera. Dels kan det här vara ett tecken på att psykisk stress till följd av traumatiska livshändelser, t.ex. barndomstrauman, kan föra med sig en sårbarhet som gör psykiska påfrestningar i form av kritiska händelser i arbetet svårare att klara av, vilket tidigare forskning även visat (Adams, Figley & Boscariono, 2008; Bride, Jones & MacMaster, 2007; Meyers & Cornille, 2002; Nelson-Gardell, 2003). Det kan också vara tvärt om, att påfrestningar i arbetet sänkt den psykiska motståndskraften vilket begränsar

hanteringsförmågan vid svåra händelser i privatlivet. Alternativt är detta en signal om att individuell känslighet för ångest eller personlig rädslo nivå som grundar sig i biologiska eller ärftliga orsaker påverkar hur vi uppfattar och reagerar på kritiska händelser i arbetet och privat. Man kunde även tänka sig att personlighetstyper som är mera sensitiva för att utveckla ångestproblematik minns kritiska händelser i arbetet bättre än övriga, vilket lett till detta samband. Man kan inte heller utesluta möjligheten att socialarbetarna som fyllde i enkäten inkluderade arbetstrauman i svar som berört privatlivet, eller tvärt om.

En intressant aspekt som tidigare forskare, bland annat Alkema, Linton och Davies (2008) beskriver, är att en del socialarbetare lämnar sin yrkeskarriär inom barnskyddet tidigt för att istället övergå till andra arbetsuppgifter. Enligt de här forskarnas är orsaken till detta sekundär traumatisering och utbrändhet som i sin tur beror på en oförmåga att sköta om sig själva genom sunda levnadsvanor, en förmåga som de som stannade kvar i yrket hade i deras undersökning.

Resultatet i denna studie skulle snarare argumentera för att traumabakgrund från privatlivet kan vara en delorsak till varför stressen i arbetet blir svår att uthärda. Kanske väljer en del socialarbetare, som upplevt tidigare trauma och därefter lider av traumasymptom, att efter en kort tid inom barnskyddet placera sig inom andra områden eller arbetsuppgifter vilket en av mina gruppjämförelser föreslår (se Tabell 5). Dessa socialarbetares symptom på traumatisering beror således inte nödvändigtvis på traumaupplevelser i arbetet men kan tänkas aktiveras och intensifieras p.g.a. dem. Resultatet av gruppjämförelsen antydde nämligen att de socialarbetare i denna undersökning som inte arbetade med barn, unga och familj i högre grad hade symptom på PTSD än de som utförde den här typen av arbete. Det här ger en näsvisning om att de socialarbetare som utför klientarbete med barn och familjer trivs och mår bra i arbetet, medan de som är känsligare för att utveckla symptom på traumatisk stress eventuellt har sökt sig till andra arbetsfält. Förslagsvis kan vidare forskning undersöka detta hypotetiska samband noggrannare.

Värt att nämna är också att resultatet i den här undersökningen bekräftar kriterierna för en traumatisk händelse i DSM-IV, d.v.s. att det krävs en traumatisk känsloreaktion i form av stark rädsla, hjälplöshet eller skräck i samband med en farlig situation för att den skall vara traumatisk och ge upphov till psykiska stresssymptom. Potentiellt traumatiska upplevelser som inte gett upphov till någon traumatisk känsloreaktion visade nämligen inte samband med psykiska stresssymptom i lika stor utsträckning som de situationer som även hade uppfyllt det andra kriteriet för trauma (se Tabell 1 och 2).

Faktorer i arbetet. Den tredje och fjärde hypotesen utgick ifrån att faktorer i arbetsmiljön påverkar det psykiska välbefinnandet hos socialarbetare. I Hypotes 3 påstods att det finns ett samband mellan större antal sociala stödfaktorer på arbetsplatsen och mindre psykiska stresssymptom hos socialarbetare. Det här antagandet får delvis stöd av den här analysen. Stor tillgång till socialt stöd, som exempelvis mättes genom frågor om de känner stöd och arbetsgemenskap, har kollegor samt om de får arbetshandledning på sin arbetsplats, visade i korrelations- och regressionsanalysen samband med färre symptom på utbrändhet och hög nivå av tillfredsställelse i yrkesrollen (CS). Sociala stödfaktorer på arbetsplatsen verkar därmed ha en positiv inverkan på socialarbetares psykiska välmående i anslutning till arbetet, men inte ha någon inverkan på direkt traumarelaterade symptom (PTSD, ST) eller övriga stresssymptom som undersökts.

Varför sociala stödfaktorer inte visade samband med direkt traumarelaterade symptom är oklart. En förklaring kan vara att det inte är antalet stödfaktorer som lindrar stress, utan snarare kvaliteten i de sociala relationer, vilket inte undersöktes i föreliggande studie. Sociala stödfaktorer utanför arbetsplatsen kunde även ha varit relevant att fråga om. Trots allt är det glädjande är att nästan alla socialarbetare i samplet (92 %) kände socialt stöd och arbetsgemenskap på sin arbetsplats, vilket även andra nordiska undersökningar antytt (Blomberg et al., 2009).

I Hypotes 4 antogs att det finns ett samband mellan att ha ett större antal riskrelaterade arbetsuppgifter och belastande faktorer i arbetet och mera psykiska stresssymptom hos socialarbetare. Faktorerna mättes genom frågor om huruvida klientarbete, hembesök och jourande efter arbetstid ingick i arbetet samt hur man upplevde sin arbetsbelastning.

Resultatet av korrelations- och regressionsanalysen i den här studien gav inget stöd åt Hypotes 4. En tendens till positivt samband med utbrändhet kunde urskiljas, men inga övriga samband fanns. Resultatet av en gruppjämförelse mellan de som arbetade med barn, unga och familj och övriga bidrog även till att förkastningen av denna hypotes (se Tabell 5).

Detta resultat kan tänkas visa på att socialarbetares arbetsförhållanden i Svenskfinland är goda i jämförelse med i USA (där de tidigare studierna utförts), men kan även bero på att urvalet socialarbetare i denna undersökning var småskaligt och att variationen av arbetsuppgifter och arbetsbelastning därför var liten. Viktigt att komma ihåg är också att skalorna för att mäta faktorer i arbetsmiljön som gav resultat i anslutning till Hypotes 3 och 4 mätte antal faktorer, var få till antalet och formulerades enkom för den här studien, varför deras validitet kan ifrågasättas.

Samband mellan symptom. Ytterligare två hypoteser handlade om eventuella samband mellan direkt traumarelaterade symptom, d.v.s. PTSD och sekundär traumatisering (ST), och övriga mått på psykisk stress och välbefinnande. Hypotes 5 påstod att det finns ett samband mellan förhöjd förekomst av PTSD och ST och hög förekomst av övriga psykiska stresssymptom, t.ex. depression och ångest, vilket får stöd av resultatet i den här studien (se Tabell 1). Även denna studie ger därmed belägg för att det komorbiditet vanligen förekommer i samband med psykiska stresssymptom till följd av traumatisering.

I Hypotes 6 antogs att det inte finns något samband mellan förhöjd förekomst av direkt traumarelaterade symptom (PTSD och ST) och graden av självkänsla och tillfredsställelse i yrkesrollen (CS). Det här antagandet styrks utgående från resultatet när det gäller CS, men inte i fråga om självkänsla. Tillfredsställelse i yrkesrollen (CS) var den enda av skalorna som inte visade något signifikant samband med traumabakgrund eller PTSD i korrelationsanalysen. Med depression, ångest, sekundär traumatisering och utbrändhet fanns dock ett negativt samband. Svaret till varför CS inte påverkas av antalet upplevda trauman kan finnas i forskningen om *posttraumatic growth (PTG)* (Calhoun & Tedeschi, 2006), som visat att traumatiska upplevelser för en del människor leder till positiv personlighetsutveckling. Man kan alltså tänka sig att socialarbetare som varit med om en mängd traumatiska upplevelser i privatliv och arbetsliv kan känna sig kompetenta och trivas i sitt arbete just därför att de känner att de klarar av och behärskar kritiska händelser, ett självförtroende som de utvecklat genom sina personliga upplevelser av trauma.

Självkänsla korrelerade dock negativt med antalet traumatiska känsloupplevelser i arbete och privat samt med samtliga skalor för psykiska stresssymptom. I regressionsanalysen fanns inga samband. Detta ger belägg för det som tidigare forskning har visat, nämligen att självkänsla kan ha en nyckelposition i hur vi tolererar dagliga påfrestningar och kritiska livshändelser (Green, et al, 2000; Greenier, et al., 1999), alternativt att trauma leder till depression vilket i sin tur påverkar självkänslan (David et al., 2008).

Socialarbetare som hade varit sjukskrivna p.g.a. arbetsrelaterad stress hade signifikant lägre självkänsla än övriga, och nivån av självkänsla hade ett positivt samband med tillfredsställelse i yrkesrollen (CS). Detta kan tyda på att självkänslans nivå påverkas av hur man kan hantera stress och om man känner sig betydelsefull i arbetet.

5.2 Metodutvärdering samt förslag till fortsatt forskning

I föreliggande undersökning användes allmänt vedertagna tester som inom forskningen tagits fram för att mäta personlig traumabakgrund, psykisk stress och välbefinnande. Sådana mätinstrument bör kunna ses som tillförlitliga. Nya skalor för att mäta arbetsrelaterade traumasituationer utformades dock enkom för den här undersökningen, eftersom inga sådana skalor för just den här yrkesgrupp fanns. Ursprungligen fanns ett intresse att undersöka ett bredare urval situationer i arbetet som kan väcka stressreaktioner hos socialarbetare, men inför analysen beslöts att enbart fokusera på *potentiellt traumatiska situationer (PTH)*, och övriga frågor uteslöts. Att den slutgiltiga skalan bestod av enbart sex frågor, som dessutom kan ha mätt olika aspekter av en och samma traumatiska situation, begränsar trovärdheten i skalans validitet.

Eventuellt hade traumasituationer i arbetet gett upphov till direkt traumarelaterade psykiska stresssymptom i detta sampel, vilket tidigare forskning om yrkesgruppen antytt (Meyers & Cornille, 2002; Regehr et al, 2004), men att situationerna som undersöktes inte var sådana, eller att graden av fara, känsloreaktionernas intensitet, hur många gånger händelserna inträffat och tiden sedan dess inträffande borde ha undersökts närmare. Det kan även hända att det psykiska välbefinnandet hos socialarbetarna i mitt sampel var mera påverkat av andra traumatiserande faktorer som inte togs fasta på i enkäten, t.ex. sekundärt traumatiserande upplevelser. Många uppgav nämligen att arbeta med barn som utsatts för fysiska eller sexuella övergrepp, och att utföra brådskande eller akuta omhändertaganden som de mest upprörande upplevelserna de haft i sitt arbetsliv.

Tidigare forskning har föreslagit bland annat ökad utbildning och medvetenhet om arbetsrelaterad psykisk stress, formella stödåtgärder, konkreta trygghetsåtgärder och skyddsrutiner på arbetsplatser, samt hälsosamma levnadsvanor som metoder för att förebygga psykiska åkommor inom yrkesgruppen socialarbetare (Alkema, Linton och Davies, 2008; Meyers & Cornille, 2002; Osofsky, 2009). Att forskning av den här typen fortgår är av betydelse för att utveckla metoder för att minska utbrändhet och andra typer av stresssymptom som försämrar arbetsförmågan samt leder till andra negativa följder för personal inom social- och hälsovårdsbranschen.

Framtida forskning får fortsätta att undersöka samband mellan förhöjda förekomster av psykiska stresssymptom och arbetsrelaterade traumaupplevelser samt övriga faktorer i arbetsmiljön. Viktigt skulle även vara att ta reda på hurdana situationer som är de mest kritiska i en socialarbetares yrke, och utveckla pålitliga frågeformulär för att mäta

yrkesmässig traumabakgrund. Denna studie kan med fördel användas som utgångspunkt för detta. Det kunde även vara intressant att jämföra detta insamlade material om socialarbetare med övriga yrkesgrupper, samt att få veta mera om sådana som för tillfället är sjukskrivna eller som har valt att byta arbetsplats p.g.a. arbetsrelaterad stress eller utmattning.

Källförteckning

- Adams, R. E., Figley C. R. & Boscarino, J. A. (2006). Compassion Fatigue and Psychological Distress Among Social Workers: A Validation Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 103-108.
- Adams, R. E., Figley, C. R. & Boscarino, J. A. (2008). The Compassion fatigue Scale: Its Use With Social Workers Following Urban Disaster. *Research on Social Work Practice*, 18, 238-250.
- Akademikerförbundet SSR (2007). *Hot och våld i arbetslivet – En facklig handbok*. Stockholm: Globalt Företagstryck AB. Tillgänglig 19.11.2010: [www.akademssr.se /getfile/Handbok%20hot%20o%20v%20ald.pdf?id=84](http://www.akademssr.se/getfile/Handbok%20hot%20o%20v%20ald.pdf?id=84).
- Alkema, K., Linton, J. M. & Davies, R. (2008). A Study of the Relationship Between Self-Care, Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout Among Hospice Professionals. *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*, 4, 101-119.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association DSM-5 Development (2010). *Posttraumatic Stress Disorder*. Tillgängligt 19.11.2010, (senast uppdaterad 20.08.2010): <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=165>.
- Anderson, D. G. (2000). Coping strategies and burnout among veteran child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 24, 839-848.
- Arbets- och näringsministeriet (2008). *Sosiaalityöntekijä*. Tillgängligt 09.12.2010: http://www.ammattinetti.fi/web/guest/ammattit?p_p_id=akyssearchammatti_INS_TANCE_g0j8&p_p_action=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=1&.
- Blomberg, H., Kroll, C., Meeuwisse, A. & Swärd, H. (2009). *Vardagliga realiteter och visionära ideal bland socialarbetare i Norden*. Tillgängligt 17.11.2010: http://www.talentia.fi/files/6052_nordiskasocialarbetareartikeljuni2009.pdf.
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social Work*, 52, 63-70.
- Bride, B. E., Radey, M. & Figley, C. R. (2007). Measuring Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35, 155-163.
- Bride, B., E., Jones, J., L. & MacMaster, S., A. (2007). Correlates of Secondary Traumatic Stress in Child Protective Service Workers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 4, 69-80.
- Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2006). *Handbook of posttraumatic growth: research and practice*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Collimore, K. C., Carleton, R. N., Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. G. (2010). Posttraumatic Stress and Social Anxiety: The Interaction of Traumatic Events and Interpersonal Fears. *Depression and Anxiety*, 27, 1017-1026.
- Collins, S. (2008). Statutory Social Workers: Stress, Job Satisfaction, Coping, Social Support and Individual Differences. *British Journal of Social Work*, 38, 1173-1193.

- Conrad, D. & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse & Neglect, 30*, 1071-1080.
- Cunningham, M. (2003). Impact of Trauma Work on Social Work Clinicians: Empirical Findings. *Social Work, 48*, 451-459.
- Darves-Bornoz, J-M., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J-M., Kovess-Masfety, V., Lepine, J-P., Nachbaur, G., Negre-Pages, L., Vilagut, G., & Gasquet, I. (2008). Main Traumatic Events in Europe: PTSD in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 455-462.
- David, M., Ceschi, G., Billieux, J. & Van der Linden, M. (2008). Vicarious Trauma: Predictors of Clinicians' Disrupted Cognitions About Self-Esteem and Self-Intimacy. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 10*, 735-742.
- de Merode, J. & Rayes, G. (2008). Assessment, Psychometric, Adult. I verket: Reyes, G., Elhai, J. D., Ford, J. D. *The Encyclopedia of Psychological Trauma*, (s. 48-58). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., & Galovski, T., E. (2011). Secondary Trauma Symptoms in Clinicians: A Critical Review of the Construct, Specificity and Implications for Trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review, 31*, 25-36.
- Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. London: Brunner-Routledge.
- Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. I verket C. R. Figley (Ed.) *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*, (s. 1-20). London: Brunner-Routledge.
- Gill, J. M., Page, G. G., Sharps, P. & Campbell, J. C. (2008). Experiences of Traumatic Events and Associations with PTSD and Depression Development in Urban Health Care-seeking Woman. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 85*, 693-706.

- Green, B. L., Krupnick, J. L., Rowland, J. H., Epstein, S. A., Stockton, P., Spertus, I. & Stern, N. (2000). Trauma History as a Predictor of Psychologic Symptoms in Women With Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *18*, 1084-1093.
- Greenier, K. D., Kernis, M. H., McNamara, C. W., Waschull, S. B., Berry, A. J., Herlocker, C. E. & Abend, T. A. (1999). Individual Differences in Reactivity to Daily Events: Examining the Roles of Stability and Level of Self-Esteem. *Journal of personality*, *67*, 185 -208.
- Keane, T., M., Brief, D., J., Pratt, E., M. & Miller, M., W. (2007). Assessment of PTSD and its Comorbidities in Adults. I verklet Friedman, M. J., Keane, T., M., & Resick, P., A. *Handbook of PTSD: Science and Practice*, (s. 279-305). The Guilford Press: New York.
- Klingenberg-Peltola, A. (2006). *En teoribunden innehållsanalys av familje- och socialarbetares upplevelser av stress, sekundärtraumatisering och utbrändhet*. Pro Graduavhandling, Helsingfors universitet.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Leisen, M. B., Owens, J. A., Kaplan, A. S., Watson, S. B., & Burns, K. (2000). Development and Preliminary Validation of a Brief Broad-Spectrum Measure of Trauma Exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment*, *12*, 210-224.
- Käypä hoito (2010a). *Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt*. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsingfors: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Tillgängligt 19.5.2010; 25.8.2010 (publicerat 24.8.2009): www.kaypahoito.fi/khhaku/PrintArticle?tunnus=hoi50080.
- Käypä hoito (2010b). *Depressio*. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsingfors: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Tillgängligt 19.5.2010 (publicerat 4.7.2009): www.kaypahoito.fi/khhaku/Printarticle?tunnus=hoi50023.
- Lloyd, C., King, R., & Chenoweth, L. (2002). Social Work, Stress and Burnout: A Review. *Journal of Mental Health*, *11*, 255–265.

- Maslach, C. & Courtois, C. A. (2008) Burnout. I verket Reyes, G., Elhai, J. D., & Ford, J., D. *The Encyclopedia of Psychological Trauma*, (s.103-107). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Elglewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Meyers, T. W. & Cornille, T. A. (2002). The trauma of working with traumatized children. I verket C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue*, (s. 39-55). London: Brunner-Routledge.
- National Center for PTSD (2010). *PTSD Checklist (PCL)*. Tillgängligt den 1.9.2010 (U. S. Department of veterans affairs hemsida): <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/ptsd-checklist.asp> och <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/chart-trauma-exposure.asp>.
- Nelson-Gardell, D. & Harris, D. (2003). Childhood Abuse History, Secondary Traumatic Stress, and Child Welfare Workers. *Child Welfare*, 82, 5-26.
- Norris, F. H., & Hamblen, J., L. (2004). Standardized Self-Report Measures of Civilian Trauma and PTSD. I verket: Wilson, J., P. & Keane, T., M. *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, (s.63-102). (2 :a upplagan). New York: The Guilford Press.
- Osofsky, J. D. (2009). Perspectives on Helping Traumatized Infants, Young Children, and Their Families. *Infant Mental Health Journal*, 30, 673-677.
- Paradise, A. W., & Kernis, M. H. (2002). Self-Esteem and Psychological Well-Being: Implications of fragile Self-Esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21, 345-361.
- Piispa, M. & Hulkko, L. (2010). *Työväkivallan riskiammatit. Työturvallisuuskeskuksen raporttisarja 1/2010*. Tillgänglig 01.03.2011: http://www.tyoturva.fi/files/1527/Tyovakivallan_riskiammatit_raportti_1_2010_TTK.pdf.
- Radey, M. & Figley, C. R. (2007). The Social Psychology of Compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35, 207-214.

- Raitasalo, R. (2007). *Mielialakysely. Suomen Oloihin Beckin Lyhyen Depressionkyselyn Pohjalta Kehitetty Masennusoireilun ja Itsetunnon Kysely*. Sosiaali- ja Terveysturvan Tutkimuksia 86. Helsinki: KELA:n tutkimusosasto.
- Real Depression Help (2010). *Beck Depression Inventory*. (Real-Depression-Help.com:s hemsida © 2007 - 2011) Tillgängligt 1.9.2010: <http://www.real-depression-help.com/beck-depression-inventory.html>
- Regehr, C., Hemsworth, D., Leslie, B., Howe, P., & Chau, S. (2004) Predictors of Posttraumatic Distress in Child Welfare Workers: A Linear Structural Equation Model. *Children and Youth Services Review*, 26, 331-346.
- Reyes, G., Elhai, J. D. & Ford, J. D. (2008). Preface. I verket: *The Encyclopedia of Psychological Trauma*, (s. VII - XIV). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Rosenberg, M. & Simmons, R. G. (1972). *Black and White Self-esteem: The Urban School Child*. Washington D. C: American Sociological Association.
- Sahin, N. H., Timur, S., Ergin, A. B., Tarpinar A., Balkaya, N. A. & Cubukcu S. (2010). Childhood Trauma, Type of Marriage and Self-Esteem as Correlates of Domestic Violence in Married Women in Turkey. *Journal of Family Violence*, 25, 661-668.
- Sarvimäki, P. & Siltaniemi, A. (2008). *Rekommendation för uppgiftsstrukturer för den yrkesutbildade personalen inom socialvården*. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer. Helsingfors: Universitetstryckeriet.
- Stamm, B. H. (1995). *Secondary Traumatic Stress. Self-Care Issues for Clinicians, Researchers and Educators*, (2:a upplagan). Baltimore MD: The Sidran Press.
- Stamm, B. H. (2009). *The Concise ProQOL Manual*. Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Stamm, B. H., Higson-Smith, C., Hudnall, A. C. & Stamm H., E. (2010). *Professional Quality of Life Elements Theory and Measurement*. (ProQOL.org:s hemsida © 2008 – 2001). Tillgängligt 20.11.2010: www.proqol.org.

- Suomen Laki (2011). *Ci 233 Barnskyddslag §13. Tjänsteinnehavare som beslutar om barnskyddsåtgärder*. Finlands författningssamling 88/2010. [Elektronisk version] Tillgängligt 30.3.2011: <http://haku.suomenlaki.com>.
- Updegraff, J.A., & Taylor, S.E. (2000). From vulnerability to growth: Positive and negative effects of stressful life events. I verket: Harvey, J. & Miller, E. *Loss and Trauma: General and Close Relationship Perspectives*, (s. 3-28). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Valent, P. (2002). *Diagnosis and Treatment of Helpers Stresses, Traumas and Illnesses*. I verket: Figley, C. R. *Treating compassion fatigue*, (s. 17-37). London: Brunner-Routledge.
- Weathers F. W. & Keane, T. M. (2007). The Criterion A Problem Revisited: Controversies and Challenges in Defining and Measuring Psychological Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 107-121.
- World Health Organization (2011). *What is mental health?* (WHO:s hemsida, senaste uppdatering 3.9.2007) Tillgängligt 01.03.2011: <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>.

Bilagor

Bilaga 1 – Frågeformulär

Bilaga 2 – E-post

Bilaga 1 – Frågeformulär

Välkommen till frågeformuläret om socialarbetares mående i arbetslivet!

Den som deltar i enkäten är anonym.

Slutför frågeformuläret när du väl börjat, man kan INTE ta paus i svaret mitt i formuläret för att senare fortsätta.

Tack för att du tar dig tid, enkäten tar ca 20 minuter att fylla i. Man kan hoppa över att svara på enskilda frågor om man så vill.

Genom att klicka på "Nästa" tar du dig vidare till följande frågor.

Ditt kön:	Ingår klientkontakt i ditt dagliga arbete?
<input type="checkbox"/> Kvinna	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Nej
Din ålder i siffror: _____	Ingår det i ditt arbete att göra hembesök till klienter?
Din civilstatus:	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Singel	<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Gift-Sambo	Ingår det att hålla jourtelefon för brådsökande ärenden utanför kontorsarbetstid i ditt arbete?
<input type="checkbox"/> Särboende	<input type="checkbox"/> Ja
Hur många invånare (ungefär) är bosatta i ditt verksamhetsområde (i kommunen/staden som du är anställd av)?	<input type="checkbox"/> Nej
_____	Ingår det att hålla jourtelefon för brådsökande ärenden utanför kontorsarbetstid i ditt arbete?
Hur många år har du arbetat som socialarbetare (ange med siffror): _____	Vilka av följande säkerhetsåtgärder finns på din arbetsplats?
Inom vilket område arbetar du? (möjligt att välja flera)	<input type="checkbox"/> Alarmutlösningssknapp
<input type="checkbox"/> Barn, unga och familj	<input type="checkbox"/> Vakter
<input type="checkbox"/> Försörjningsfrågor	<input type="checkbox"/> Flyktutväg
<input type="checkbox"/> Missbruk	<input type="checkbox"/> Annat, vad? :
<input type="checkbox"/> Sjukvård	<input type="checkbox"/> Sådant behövs ej
<input type="checkbox"/> Äldreomsorg	Får du arbetshandledning eller liknande typ av stöd på arbetsplatsen?
<input type="checkbox"/> Integrationsfrågor	<input type="checkbox"/> Ja, regelbundet. Hur ofta?
<input type="checkbox"/> Annat, vad?	<input type="checkbox"/> Ja, vid behov
	<input type="checkbox"/> Nej
	Upplever du att du har tillgång till tillräcklig expertrådgivning ifall att du behöver/skulle behöva sådan gällande klienter eller fall som du arbetar med? (av t.ex. expertgrupp, jurist eller dyl.)
	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nej
	<input type="checkbox"/> Vet inte

Känner du stöd och arbetsgemenskap på din arbetsplats?

- Ja
- Nej

Arbetar andra socialarbetare på din arbetsplats?

- Ja
- Nej

Arbetar du i ett team av kollegor med liknande arbetsuppgifter?

- Ja
- Nej

Vad anser du om din arbetsmängd i förhållande till din arbetstid?

- Jag har för lite uppgifter att göra i förhållande till arbetstimmar
- Jag har lagom arbetsuppgifter i förhållande till arbetstimmar
- Jag har för mycket arbetsuppgifter i förhållande till mina arbetstimmar
- Jag hinner inte med arbetsuppgifterna på mina arbetstimmar

Har du varit sjukskriven från ditt jobb som socialarbetare p.g.a. arbetsrelaterad stress, utmattning eller ångest?

- Nej
- Ja, mindre än en vecka
- Ja, mindre än en månad
- Ja, över en månad
- Ja, jag är sjukskriven just nu p.g.a. ovanstående orsaker. För hur lång tid?

Följande frågor handlar om tunga upplevelser som du som socialarbetare kan ha varit med om PÅ DIN ARBETSPLATS ELLER I DIN YRKESROLL.

Har du någon gång behövt ha vakt- eller polisnärvaro för att utföra ditt klientarbete?

- Ja
- Nej

Har du blivit utsatt för våldsamt aggressivt, hotfullt beteende eller hot om våld i ditt arbete?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':
Upplivede du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':
Upplivede du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du någon gång behövt tillkalla kollega, vakt eller polis vid möte med klient för att skydda din egen eller andras säkerhet?

- Ja
- Nej

Har du i ditt arbete utsatts för våld? (t.ex. knuffar, sparkar, bli fasthållen eller dyl. eller oönskad beröring av sexuell karaktär)

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':
Upplivede du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':
Upplivede du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du i ditt arbete varit med om att våld riktats mot dina kollegor? (t.ex. knuffar, sparkar, bli fasthållen eller dyl. eller oönskad beröring av sexuell karaktär)

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':
Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du blivit trakasserad eller utsatt för personangrepp av en klient som kritiserat dig som person, din familj eller ditt privatliv?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':
Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du blivit förföljd eller uppsökt i ditt hem av en klient?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':
Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du i ditt arbete bevittnat våld (t.ex. knuffar, sparkar eller dyl. eller oönskad beröring av sexuell karaktär) mellan klienter?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':
Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du i ditt arbete bevittnat våld (t.ex. knuffar, sparkar, slag eller oönskad beröring av sexuell karaktär) riktat mot ett barn?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':
Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du arbetat med fall där barn utsatts för fysiskt eller sexuellt våld?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':
Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du arbetat med fall där vuxna utsatts för fysiskt eller sexuellt våld?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':
Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du i din yrkesroll vittnat i en rättegång?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':
Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller
skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du någonsin deltagit i beslutsprocessen eller
tagit beslutet att omhänderta ett barn?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':
Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller
skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du någonsin tagit beslutet att brådska/akut
placera eller omhänderta ett barn?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':
Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller
skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du arbetat med fall där ett barn avlidit p.g.a.
självmod, olycka eller mord?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':
Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller
skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du arbetat med fall där en vuxen avlidit p.g.a.
självmod, olycka eller mord?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':
Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller
skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Tänk på den mest stressande eller upprörande situationen som du varit med om i ditt arbetsliv som
socialarbetare. Kryssa för den eller de av följande alternativ som situationen innehöll:

- Våldsamt aggressivt, hotfullt beteende eller hot
om våld
- Våldshandlingar mellan klienter
- Våldshandlingar mot barn
- Våldshandlingar riktade mot dig
- Våldshandlingar riktade mot dina kollegor
- Närvaro/Tillkallande av polis eller vakt
- Barn som utsatts för fysiskt eller sexuellt våld
- Vuxna som utsatts för fysiskt eller sexuellt våld
- Ditt eget vittnesmål i en rättsal
- Brådska/akut omhändertagande av barn
- Omhändertagande av barn
- Ett barn som avlidit (p.g.a. självmord, olycka eller
mord)
- En vuxen som avlidit (p.g.a. självmord, olycka
eller mord)
- Klient som förföljt eller uppsökt dig i ditt hem
- Trakasserier eller personangrepp
- Annat

I anslutning till denna mest upprörande situation, upplevde du då en stark känsla av rädsla, skräck eller
hjälpplöshet?

- Ja
- Nej

Kommande frågor handlar om livserfarenheter, som kan påverka en persons välbefinnande. Om du varit med om en dylik situation och svarar 'ja' följer en uppföljningsfråga.

Har du någonsin upplevt en naturkatastrof (en översvämning, jordbävning el. dyl.) eller arbetat/ varit bosatt i en krigszon?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':

Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du varit inblandad i en olycka med ett motorfordon, som lett till att du fått medicinsk vård, eller där någon skadats allvarligt eller omkommit?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':

Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du varit inblandad i någon annan typ av olycka där du eller någon annan blev allvarligt skadad (t.ex. en flygolycka, en drunkningsolycka, en olycka med industriapparater, en explosion, en eldsvåda i ett hem, ett kemiskt läckage, överexponering för strålning eller gifter)?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':

Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du varit med om att en nära vän eller någon av dina närmaste oväntat och plötsligt avlidit? (P.g.a. sjukdom, självmord eller mord)

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':

Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har någon av dina närmaste någonsin överlevt en olycka, ett överfall, eller en sjukdom med livshotande eller permanent invalidiserande konsekvenser (t.ex. ryggmärgsskada, rån, våldtäkt, cancer, allvarlig hjärtsjukdom)?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':

Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du någonsin haft en livshotande sjukdom?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':

Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du blivit rånad eller varit närvarande vid en liknande situation, då rånaren/rånarna använde eller visade ett vapen?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':

Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du någonsin blivit slagen eller misshandlad, och allvarligt skadad, av någon främling eller någon som du inte kände särskilt väl?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':

Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du sett en främling (eller någon du inte kände särskilt väl) attackera eller misshandla, och allvarligt skada eller döda någon annan person?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':

Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har någon hotat att döda eller skada dig allvarligt?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':

Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Medan du växte upp, blev du fysiskt bestraffad på ett sätt som resulterade i märken, brännsår, sår eller brutna ben?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':

Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Medan du växte upp, såg eller hörde du våld inom familjen (t.ex. att din pappa slog din mamma)?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':

Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du någonsin blivit slagen, sparkad, misshandlad eller på något annat sätt blivit fysiskt skadad av din äkta (eller före detta) make/maka, en pojkvän/flickvän, eller någon annan partner?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':

Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du någonsin blivit utsatt för våldtäkt eller sexuellt ofredande (att någon tagit på din kropp på ett sexuellt sätt eller tvingade dig att ta på eller smeka deras kropp på ett sexuellt sätt)?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':

Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har någon någonsin medvetet och vid upprepade tillfällen illvilligt förföljt dig eller följt med dina aktiviteter – så att du känt dig trakasserad eller orolig för din hälsa?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':

Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du eller din partner någonsin haft ett missfall eller gjort en abort?

- Ja
- Nej

Om ditt svar är 'ja':

Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Har du någonsin varit med om (eller sett) någon annan typ av händelse FÖRUTOM DE SOM NÄMNTS I DE TIDIGARE FRÅGORNA som varit livshotande, orsakat allvarliga skador, eller varit mycket störande eller uppskakande?

- Ja, privat
- Ja, i mitt arbete. Vad? :
- Nej

Om ditt svar är 'ja':

Upplevde du en intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck på grund av det som hände?

- Ja
- Nej

Nu följer frågor om ditt välbefinnande.

Dessa frågor mäter olika slag av sinnesstämningar.

Besvara varje fråga så att svaret beskriver hur du känner dig NUFÖRTIDEN.

I vilken sinnesstämning befinner du dig?

- mitt humör är ganska ljust och gott
- jag är inte nedstämd eller sorgsen
- jag känner mig nedstämd och sorgsen
- jag är ständigt nedstämd och kommer inte över det
- jag är så deprimerad och trött att jag inte står ut längre

Hur ser du på din framtid?

- jag förhåller mig hoppningsfull till min framtid
- jag tycker inte framtiden känns hopplös
- framtiden tycks mig ganska deprimerande
- jag tycker att jag inte har något att vänta mig av framtiden
- framtiden känns hopplös och jag orkar inte tro på någon förändring till det bättre

Hur anser du att ditt liv förlöpt?

- jag har mycket ofta lyckats i livet
- jag känner inte att jag har misslyckat i livet
- det känns som om jag misslyckats i mina strävanden oftare än de flesta
- mitt liv har hittills varit en enda serie misslyckanden
- det känns som om jag misslyckat totalt som människa

Hur nöjd eller missnöjd känner du dig?

- jag är rätt nöjd med mitt liv
- jag är inte speciellt missnöjd
- jag kan inte njuta av livet på samma sätt som tidigare
- det känns som om jag inte fick tillfredsställelse av någonting nuförtiden
- jag är fullständigt missnöjd med allt

Hurdan anser du att du är?

- jag tycker jag är ganska bra
- jag känner mig inte dålig och värdelös
- jag känner mig ganska ofta dålig och värdelös
- nuförtiden känner jag mig nästan alltid värdelös
- jag är helt värdelös och dålig

Känner du besvikelse?

- jag är nöjd med mig själv och mina prestationer
- jag är inte besviken på mig själv
- jag är besviken på mig själv
- jag avskyr mig själv
- jag hatar mig själv

Har du någonsin haft tankar på att skada dig själv?

- jag har aldrig haft självmordstankar
- jag har inga tankar på att skada mig själv
- jag tycker att det vore bättre om jag var död
- jag har bestämda planer på självmord
- jag skulle begå självmord om det fanns en chans till det

Hur förhåller du dig till att träffa främmande människor?

- jag tycker om att träffa folk och tala med folk
- jag har inte förlorat mitt intresse för andra människor
- andra människor intresserar mig inte längre lika mycket som förut
- jag har nästan helt förlorat mitt intresse och mina känslor för andra människor
- jag har förlorat mitt intresse för andra människor, jag bryr mig inte alls om dem

Hur upplever du att behöva fatta beslut?

- det är lätt för mig att fatta olika beslut
- jag förmår fatta beslut på samma sätt som tidigare
- jag försöker uppskjuta beslutsfattandet
- jag har stora svårigheter med att fatta beslut
- jag har helt förlorat förmågan att avgöra olika frågor och fatta beslut

Vad anser du om dig själv och ditt utseende?

- jag är ganska nöjd med mitt utseende och mig själv
- jag ser inte sämre ut än förut
- jag är bekymrad över att jag ser gammal eller otrevlig ut
- jag tycker att mitt utseende helt har förändrats och att jag nu ser otrevlig ut
- jag är säker på att jag är ful och motbjudande

Hur sover du?

- jag har inga sömnsvärigheter
- jag sover lika bra som förut
- då jag vaknar på morgonen är jag mycket tröttare än förut
- jag besväras av sömnlöshet
- jag lider av sömnlöshet, svårigheter att somna eller av att jag vaknar alltför tidigt

Känner du trötthet och utmattning?

- trötthet är mig helt främmande
- jag blir inte trött snabbare än förut
- jag blir trött snabbare än förut
- jag blir trött och utmattad redan av lättare arbete
- jag är för trött för att göra någonting alls

Hurdan aptit har du?

- jag har inga problem med aptiten
- min aptit är densamma som förut
- min aptit är sämre än förut
- min aptit är nu mycket sämre än förut
- jag har ingen aptit längre

Känner du dig ångestfylld eller spänd?

- jag har ganska goda nerver och jag känner mycket sällan ångest
- jag känner mig varken ångestfylld eller "nervsvag"
- jag blir ganska lätt ångestfylld och spänd
- jag känner mig mycket ofta plågad, ångestfylld eller spänd
- jag känner mig hela tiden ångestfylld och plågad, det känns som om mina nerver var helt slut

Nu följer frågor om symptom som människor ibland upplever när de varit med om tunga upplevelser.

Välj det av alternativen i listan som bäst passar in på hur mycket du varit besvärad av ifrågavarande symptom under de senaste 30 dagarna.

Har du upprepade, störande minnen, tankar eller bilder av en stressande upplevelse ur det förflutna?

- inte alls
- litet
- i någon mån
- ganska mycket
- mycket

Har du upprepade, störande drömmar om en stressande upplevelse ur det förflutna?

- inte alls
- litet
- i någon mån
- ganska mycket
- mycket

Har du plötsligt betett dig eller känt dig som om en stressande upplevelse höll på att hända på nytt (som om du höll på att återuppleva den)?

- inte alls
- litet
- i någon mån
- ganska mycket
- mycket

Har du känt dig väldigt upprörd när någonting påmint dig om en stressande upplevelse ur det förflutna?

- inte alls
- litet
- i någon mån
- ganska mycket
- mycket

Har du haft fysiska reaktioner (t.ex. hjärtklappning, andnöd, svettanfall) när någonting påmint dig om en stressande upplevelse ur det förflutna?

- inte alls
- litet
- i någon mån

- ganska mycket
- mycket

Har du undvikit att tänka på eller prata om en stressande upplevelse ur det förflutna eller undvikit känslor som är relaterade till upplevelsen?

- inte alls
- litet
- i någon mån
- ganska mycket
- mycket

Har du undvikit aktiviteter eller situationer därför att de påminde dig om en stressande upplevelse ur det förflutna?

- inte alls
- litet
- i någon mån
- ganska mycket
- mycket

Har du haft problem med att minnas viktiga delar av en stressande upplevelse ur det förflutna?

- inte alls
- litet
- i någon mån
- ganska mycket
- mycket

Har du tappat intresset för aktiviteter som du brukade tycka om?

- inte alls
- litet
- i någon mån
- ganska mycket
- mycket

Har du känt dig distanserad eller avskärmad från andra människor?

- inte alls
- litet
- i någon mån
- ganska mycket
- mycket

Har du upplevt dig känslomässigt förlamad eller oförmögen att visa kärlek till dina närmaste?

- inte alls
- litet
- i någon mån
- ganska mycket
- mycket

Har du känt det som om din framtid på något sätt kommer att förkortas?

- inte alls
- litet
- i någon mån
- ganska mycket
- mycket

Har du haft problem med att somna eller att kunna sova?

- inte alls
- litet
- i någon mån
- ganska mycket
- mycket

En fråga om din alkoholanvändning:

Hur ofta dricker du öl, vin eller andra alkoholhaltiga drycker?

- aldrig
- cirka en gång i månaden
- 2-4 gånger i månaden eller mindre
- 2-3 gånger i veckan
- 4 gånger i veckan eller oftare

Har du känt dig lättretlig eller har du haft vredesutbrott?

- inte alls
- litet
- i någon mån
- ganska mycket
- mycket

Har du haft svårt att koncentrera dig?

- inte alls
- litet
- i någon mån
- ganska mycket
- mycket

Har du känt dig överdrivet uppmärksam eller vaksam och på din vakt?

- inte alls
- litet
- i någon mån
- ganska mycket
- mycket

Har du känt dig skärrad eller lättskrämd?

- inte alls
- litet
- i någon mån
- ganska mycket
- mycket

Det här är enkätens sista del.

När man arbetar som socialarbetare kan man få en intim inblick i andra människors liv. De känslor man därigenom får för dem man hjälpt har både positiva och negativa aspekter. Följande frågor handlar om vilka erfarenheter, både positiva och negativa sådana, arbetet med människor har gett dig som socialarbetare.

Välj det alternativ som bäst stämmer överens med hur ofta du har tänkt eller känt på detta vis under de senaste 30 dagarna.

	Aldrig.	Sällan.	Då och då.	Ofta.	Mycket ofta.
Jag är lycklig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mina tankar är upptagna av mer än en av de klienter som jag hjälper/har hjälpt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag får tillfredsställelse av att jag kan hjälpa andra människor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner samhörighet med andra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag rycker ofta till eller blir rädd av plötsliga ljud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aldrig.	Sällan.	Då och då.	Ofta.	Mycket ofta.
Jag känner mig stärkt efter att ha jobbat med ett fall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårt att hålla isär mitt yrkesliv från mitt privatliv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är inte så produktiv på jobbet, eftersom jag ligger sömlös när jag tänker på de svåra upplevelser som mina klienter har haft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tror att jag har blivit ”smittad” av den traumatiska stress som en eller flera personer jag mött i mitt arbete har upplevt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig låst i min yrkesroll som socialarbetare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aldrig.	Sällan.	Då och då.	Ofta.	Mycket ofta.
På grund av mitt arbete som socialarbetare har jag känt mig "på spänn" i en rad olika situationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker om mitt arbete som socialarbetare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig deprimerad p.g.a. de traumatiska händelser som mina klienter har varit med om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det känns som att jag själv återupplever de svåra upplevelser som de som mina klienter har upplevt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag hämtar styrka i min övertygelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aldrig.	Sällan.	Då och då.	Ofta.	Mycket ofta.
Jag är nöjd med att jag håller mig á jour med de senaste arbetssätten inom socialvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är den person som jag alltid har önskat att jag skulle bli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitt arbete får mig att känna mig nöjd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitt arbete som socialarbetare gör mig utmattad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har goda tankar om dem jag arbetar med och tror att jag kan hjälpa dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aldrig.	Sällan.	Då och då.	Ofta.	Mycket ofta.
Jag känner mig överväldigad av min arbetsbelastning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tror att jag kan göra en skillnad genom mitt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det finns vissa aktiviteter eller situationer som jag undviker på grund av att de påminner mig om obehagliga upplevelser som människor jag mött genom mitt arbete har haft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är stolt över vad jag kan åstadkomma som socialarbetare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitt arbete som socialarbetare ger mig skrämmande och/eller påträngande tankar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aldrig.	Sällan.	Då och då.	Ofta.	Mycket ofta.
Jag känner mig motarbetad av "systemet"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker att jag är framgångsrik som socialarbetare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan inte komma ihåg viktig information från mitt arbete med människor som utsatts för trauman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är en person som bryr sig mycket om andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är nöjd med att jag valde att arbeta med det jag gör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tryck på "nästa" för att slutföra din enkät!

Du har nu svarat på alla frågor. Tack för din medverkan!

Eventuella frågor och kommentarer angående undersökningen riktas per e-post till:

PK Irene Bäckman
irene.backman@abo.fi

Bilaga 2 – E-post

Datum: Wed, 21 Apr 2010 12:23:22

Till: information@fskcompetenscentret.fi

Ärende: [FSKC information:] Undersökning om socialarbetares mående i arbetslivet

Bästa mottagare,

Vi förmedlar vänligen följande information nedan om en undersökning beträffande socialarbetares mående i arbetslivet.

Med vänlig hälsning och med önskan om en trevlig instundande vår,
Torbjörn Stoor

VD, Ab Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området - FSKC

Undersökning om socialarbetares mående i arbetslivet

Är du socialarbetare?

Jag heter Irene Bäckman och vill i min magisteravhandling i utvecklingspsykologi vid Åbo Akademi undersöka socialarbetares mående i arbetslivet samt eventuella samband mellan tunga upplevelser i arbetet och stressrelaterade symptom.

Är du socialarbetare? I så fall ber jag dig att delta i min studie genom att svara på en webbenkät som du enkelt kan svara på genom att klicka på länken nedan! Enkäten skickas in automatiskt via internet när du svarat på alla frågor. Reservera 20 minuter tid för frågeformuläret. Den som svarar på enkäten är anonym.

Frågeformulär: <http://stream.vasa.abo.fi/mrIWeb/mrIWeb.dll?I.Project=SOCTR AUMA6>

Din medverkan är viktig för att studien skall kunna kartlägga socialarbetares arbetssituation och visa vilka faktorer på arbetsplatsen som stöder en socialarbetares välmående.

Frågor och kommentarer om enkäten riktas till:

PK Irene Bäckman

irene.backman@abo.fi

Handledare: Professor Kaj Björkqvist och doktorand Klas Backholm
Socialvetenskapliga institutionen vid Åbo Akademi
Tack för din medverkan!

Datum: Wed, 05 May 2010 16:01:44

Till: information@fskcompetenscentret.fi

Ärende: [FSKC information:] Påminnelse: Undersökning om socialarbetares mående i arbetslivet

Bästa mottagare,

Vi förmedlar vänligen som en påminnelse följande information nedan om en undersökning beträffande socialarbetares mående i arbetslivet.

Med vänlig hälsning,

Torbjörn Stoor

VD, Ab Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området - FSKC

Undersökning om socialarbetares mående i arbetslivet

Jag heter Irene Bäckman och vill i min magisteravhandling i utvecklingspsykologi vid Åbo Akademi undersöka socialarbetares mående i arbetslivet samt eventuella samband mellan tunga upplevelser i arbetet och stressrelaterade symptom.

Är du socialarbetare? I så fall ber jag dig att delta i min studie genom att svara på en webbenkät som du enkelt kan svara på genom att klicka på länken nedan! Enkäten skickas in automatiskt via internet när du svarat på alla frågor. Reservera 20 minuter tid för frågeformuläret. Den som svarar på enkäten är anonym.

OBS! Sista svarsdatum är 18.5.2010!

Frågeformulär:

<http://stream.vasa.abo.fi/mrIWeb/mrIWeb.dll?I.Project=SOCTRAUMA6>

Din medverkan är viktig för att studien skall kunna kartlägga socialarbetares arbetssituation och visa vilka faktorer på arbetsplatsen som stöder en socialarbetares välmående.

Tack för din medverkan!

Frågor och kommentarer om enkäten riktas till:

PK Irene Bäckman

irene.backman@abo.fi

Handledare: Professor Kaj Björkqvist och doktorand Klas Backholm
Socialvetenskapliga institutionen vid Åbo Akademi