

Anna-Maria Ljungblad och Katharina Näswall

Kan socialt stöd och coping mildra effekterna av stress på ohälsa?

Arbetsrelaterad stress och ohälsa har blivit fokus för mycket av forskningen på senare år. Givet de negativa konsekvenser som dessa har för individer och organisationer, undersöker denna studie huruvida socialt stöd och problemfokuserade copingstrategier kan motverka negativa reaktioner på arbetsrelaterade stressorer. Detta studeras i en grupp lärare där data insamlats vid två tidpunkter, vilket möjliggör en studie av effekter på ohälsa över tid.

Det skrivs mycket om långtidssjukskrivningar och de höga kostnader som de leder till, både för samhället och för den enskilde individen (Bjurvald, Hogstedt, Marklund, Palmer & Theorell 2005). Bland långtidssjukskrivningar har man sett en kraftig ökning av sjukskrivning för mental ohälsa och det är särskilt kvinnor som är utsatta. Stress i arbetslivet brukar anges som en orsak till den ökade ohälsan. Den ökade arbetsrelaterade stressen anses bero på bland annat slimmade

organisationer, ökade krav, lägre tolerans för olikheter i prestation, et cetera (Bjurvald et al 2005). Förslag till åtgärder för att få tillbaka personer i arbete diskuteras, men det är också viktigt att arbeta för att ohälsan inte uppkommer. Trots att stress i arbetslivet har diskuterats under många år är det ett kvarstående problem då människor fortfarande mår dåligt av sitt jobb. Även om stress i arbetslivet är svår

att undvika, är det viktigt att undersöka vad som kan göras för att mildra dess effekter. Det finns flera faktorer som anses mildra negativa stressreaktioner, däribland coping (stresshantering) och socialt stöd. Deras modererande funktion på

Anna-Maria Ljungblad är fil kand vid Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.
annamaria_lj@hotmail.com

Katharina Näswall, docent vid Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.
katharina.naswall@psychology.su.se

Denna artikel är en omarbetad version av Anna-Maria Ljungblads examensuppsats vid Psykologiska institutionen, Stockholms universitet. Datainsamlingen har finansierats av "Joint Programme for Working Life Research in Europe" (SALTSA) och Alecta.

relationen mellan stress och negativa reaktioner har visat varierande resultat i tidigare studier, däremot har ett flertal studier påvisat positiva direkta effekter av båda dessa fenomen (Parkes 1990; La Rocco, House & French 1980). Både socialt stöd och coping är funktioner som går att påverka i arbetssituationen. Med tanke på de positiva effekter de skulle kunna ge upphov till i arbetet – i termer av minskade upplevelser av stress och de konsekvenser stressen kan leda till – är de intressanta att studera och därför fokus för denna studie.

Stress

Stress brukar beskrivas som ett resultat av en obalans mellan upplevda krav och individens resurser att möta kraven (Lazarus & Folkman 1984), men är också en naturlig del av livet och nödvändig för att vi ska kunna fungera. Även om obalans uppstår kan vi klara ganska stora påfrestningar förutsatt att vi får möjlighet till återhämtning. Om stressen däremot blir långvarig och möjligheten till återhämtning är liten kan den leda till ohälsa (Sonnentag & Kruehl 2006). I arbetslivsforskningen beskrivs ofta den obalans som ger upphov till stress med Karaseks krav-kontrollmodell (Karasek & Theorell 1990). Denna modell beskriver stress i arbetet som beroende dels på kraven som ställs på individen i arbetet och dels den kontroll och möjlighet den anställde har att påverka sin situation. Höga krav och liten möjlighet att påverka sin situation leder till hög stress, men även för låga krav som till exempel vid arbetslöshet kan leda till stress när kontrollen upplevs som låg. Modellen har senare utvecklats till att även ta hänsyn till socialt stöd som anses mildra de negativa konsekvenserna av obalansen (Karasek & Theorell 1990). Tidigare undersökningar har visat att långvarig stress med till exempel hög arbetsbelastning, tidspressat arbete, oklara mål och arbetsuppgifter ökar risken för fysisk och mental ohälsa, med symtom som bland annat depression, huvudvärk och magbesvär (Melchior, Caspi, Milne, Danese, Poulton & Moffitt 2007).

Omorganiseringar, slimmade organisationer och nedskärningar leder ofta till att färre personer ska göra samma arbete som tidigare. En av de faktorer som ofta nämns som en stressor är hög arbetsbelastning. Den har visat sig kunna leda till både fysisk och psykisk ohälsa (Sonnentag & Kruehl 2006). Hög arbetsbelastning är ofta kopplat till en stor mängd arbete som måste göras under kort tid och kan ofta leda till övertidsarbete, antingen på arbetsplatsen eller att den anställde tar med sig arbetet hem. Det medför också en risk att den anställde har arbetet i tankarna under fritiden och därför inte får den tid för både mental och fysisk återhämtning som behövs för att må bra (Sonnentag & Kruehl 2006). Otydliga mål är en annan stressor som inverkar negativt på arbetet. Med detta menas att ansvar och förväntningar är otydliga för den som ska utföra arbetet. Om den anställde inte vet vad som förväntas är det svårt att prioritera i arbetet och det

kan i sin tur medföra tidsbrist och onödig stress. Tidigare studier har också visat att otydliga mål ökar upplevelsen av stress och kan leda till stressreaktioner (Jacobsson, Pousette & Thylefors 2001, Sonnentag & Krueger 2006). Baserat på detta resonemang ställer vi upp följande hypotes:

Hypotes 1. Hög arbetsbelastning och målokklarhet vid Tid 1 har ett positivt samband med depression, fysisk ohälsa och sömnproblem vid Tid 2.

Coping

Frågan varför vissa personer klarar stress och svårigheter bättre än andra har länge varit av intresse för forskning inom psykologi. Förmågan att hantera stress verkar skilja sig från person till person – med en god hanteringsförmåga upplevs inte stressorer lika påfrestande och utfallet av en stressfylld händelse verkar leda till färre stressrelaterade symtom (Parkes 1990). Begreppet ”coping” brukar beskrivas som olika strategier som människor använder för att hantera interna och externa krav i situationer som bedöms som stressframkallande (Lazarus & Folkman 1984). Den har två övergripande funktioner, att ändra det problem i omgivningen som skapar oro eller att anpassa den känslomässiga responsen till problemet (Lazarus & Folkman 1984). En effektiv copingstrategi handlar alltså inte bara om att bemästra kraven eller den stressfyllda händelsen, det kan också vara att tolerera, acceptera eller ignorera det som inte kan ändras. Olika faktorer som positiv inställning, bra problemlösningsförmåga, hälsa och energi anses kunna påverka vilken copingstrategi som används (Lazarus & Folkman 1984).

Coping brukar främst delas in i problemfokuserad och känslufokuserad coping (Lazarus & Folkman 1984, Folkman & Moskowitz 2004). Problemfokuserad coping handlar om att fokusera på det problem som anses ge upphov till stressen och används oftast där det upplevs som möjligt att lösa problemet. En copingstrategi vid exempelvis otydliga mål kan vara att be om förtydligande av ansvarsområde eller av arbetsuppgift, vilket i sin tur kan ge en minskad upplevelse av stress.

Känslufokuserad coping används främst för att minska den känslomässiga responsen på en händelse som upplevs som svår att åtgärda (Lazarus & Folkman 1984). Det finns en rad olika typer av känslufokuserad coping som till exempel förträngning, distansering, undvikande, selektiv uppmärksamhet och positiv jämförelse. Vilken som är den bästa copingstrategin beror på en kombination av situation och person. En känslufokuserad coping som acceptans kan både underlätta och försvåra en situation. Vid exempelvis en alltför hög arbetsbelastning kan acceptans försvåra situationen om man ser situationen som att ”det finns ändå ingen annan som har tid eller kan utföra arbetet” i stället för att be om hjälp och avlastning. I en annan situation är acceptans kanske det bästa om

det är en svår situation som inte går att förändra. I det fallet kan acceptans av situationen göra att fokus kan läggas på annat.

Tidigare studier har visat att coping kan ha både direkta och mildrande effekter, men att styrkan på dessa effekter varierar. Olika copingstrategier har också gett olika resultat. En rad studier har visat på samband mellan problemfokuserad coping och stressrelaterade besvär (Ingledeu, Hardy & Cooper 1997; Parkes 1990; Snow, Swan, Raghavan, Connell & Klein 2003). Problemfokuserad coping har bland annat visat sig ha inverkan på oro, där personer med problemfokuserad coping upplevde lägre grad av stressrelaterad oro (Latack 1986). Vissa copingstrategier som till exempel förträngning och undvikande har relaterats till fler stressrelaterade symptom (Day & Livingstone 2001, Ingledeu et al 1997). Studier som testar coping som moderator, alltså som en mildrande faktor av relationen mellan stress och ohälsa, har inte funnit lika konsekventa resultat. Parkes (1990) fann stöd för en modererande effekt av coping, där de med hög grad av coping (alltså de som tenderade att försöka göra något åt problemet) uppvisade mindre ohälsa än de med låg grad av coping vid höga arbetskrav. Day och Livingstone (2001) och Snow et al (2003) fann däremot inte några modererande effekter i sina studier. Det råder alltså en viss otydlighet vad gäller hur coping kan bidra till att mildra effekterna av arbetsrelaterad stress. Fokus för den här studien är problemfokuserad coping, och vi testar följande hypotes:

Hypotes 2a. Problemfokuserad coping har en modererande effekt på sambandet mellan arbetskrav (mätt i hög arbetsbelastning och målokklarhet vid Tid 1) och ohälsa (mätt i depression, fysisk ohälsa och sömn vid Tid 2) – de som i högre grad använder sig av problemfokuserad coping reagerar på höga krav med mindre depression, fysisk ohälsa och sömnproblem än de som har lägre nivåer av problemfokuserad coping.

Socialt stöd

Socialt stöd är en faktor som anses kunna mildra stress och hjälpa individen att hantera händelser som kommer av stress. Det kan förebygga att stressen leder till ohälsa (Cohen & Wills 1985, Gore 1978, Lazarus & Folkman 1984). När arbetssituationer blir mer pressade känner många behov av stöd, som att någon lyssnar eller kommer med goda råd. Att känna tillhörighet och stöd är viktigt inom många områden, inte minst för hälsan. Det har till och med visat sig att personer med ett välfungerande socialt nätverk lever längre och har bättre hälsa än de som upplever sämre socialt stöd (House, Landis & Umberson 1988). Bara upplevelsen av att befinna sig i ett stödande socialt nätverk kan alltså i sig minska upplevelsen av negativ stress (Cohen & Wills 1985).

Socialt stöd är ett ganska brett begrepp och kan delas in i känslomässigt och

instrumentellt stöd (Cohen & Wills 1985). Känslomässigt stöd handlar bland annat om möjlighet till samtal och ventilerings av oro relaterad till arbetet. Bekräftelse från kollegor och chefer är också en form av känslomässigt stöd; att man får höra att man fattar rätt beslut och är betydelsefull på arbetsplatsen. Instrumentellt stöd kan ta sig uttryck i hjälp med utbildning eller extra resurser om kunskap saknas eller om arbetsbelastningen är för hög, men även att ge en person extra tid och möjlighet till avkopplande aktiviteter (Cohen & Wills 1985; Scheck, Kinicki & Davy 1997). Det finns även andra typer av socialt stöd som exempelvis informativt stöd – att få information, råd och återkoppling för att kunna lösa problem (Cohen & Willis 1985). Man kan även fokusera på vilken källa stödet kommer från, exempelvis kollegor, chefer eller från den privata sfären, som familj och vänner (jämför LaRocco, House & French 1980). I den här studien studeras stöd från chefer och kollegor.

Tidigare studier har främst uppvisat positiva effekter av socialt stöd, men ett fåtal studier har pekat på motsatsen. Jacobsson et al (2001) tog i sin studie upp grupper där det fanns motsättningar och som inte fungerade bra och där kunde stödet snarare öka stressen än mildra den. Deelstra et al (2003) har beskrivit situationer där det sociala stödet kunde skapa stress, till exempel önskat instrumentellt stöd där någon talar om hur uppgiften ska skötas utan att hjälp har efterfrågats. Det kan leda till en känsla av inkompetens och minskat självförtroende och i längden osäkerhet att ta egna initiativ.

De flesta studier har dock påvisat positiva effekter av socialt stöd och pekat på dess möjlighet att fungera som skyddande faktor mot stressreaktioner. En studie av House och Wells (1978) visade att för personer med hög grad av socialt stöd ökade symtomen på ohälsa bara till en liten del vid ökad stress, medan ohälsan ökade dramatiskt för personer med lågt socialt stöd när stressen ökade. Etzion (1984) visade i sin studie hur socialt stöd skyddade individer mot att utveckla utbrändhetssymtom. De som upplevde mer stöd uppvisade lägre grad av utbrändhet vid en hög grad av stress än de som upplevde mindre stöd. Även LaRocco et al (1980) fann en modererande effekt av socialt stöd när det gällde depression och oro, där det främst var stöd från kollegor som fungerade som mildrande faktor. De som rapporterade mer stöd från kollegor visade en lägre grad av oro och depression än de med lågt stöd. I deras studie framkom även att arbetsrelaterat stöd gav bäst stöd vid arbetsrelaterad stress. Karasek, Triantis och Chaudhry (1982) fann även i sin studie stöd för en modererande effekt av stöd på relationen mellan stress och ohälsa, men fann inte någon större skillnad mellan stöd från chefer eller kollegor. Även denna studie visade att de som rapporterade en hög grad av stöd visade en lägre grad av ohälsa vid hög stress än de med lågt stöd. Tidigare studier har även påvisat att brist på socialt stöd kan påverka sömnen negativt, vilket i sin tur kan leda till ökad ohälsa (Åkerstedt et al

2002). Det finns även andra studier som har gett stöd för samband mellan socialt stöd och stressrelaterad ohälsa men inte för buffrande effekt (Lin et al 1979). Det verkar alltså som om den modererande effekten av socialt stöd är mer väldokumenterad än den av coping, men att det trots detta råder vissa otydligheter om hur sambanden ser ut. Baserat på detta testar vi följande hypotes:

Hypotes 2b. Socialt stöd från kollegor eller chefer har modererande effekt på sambandet mellan arbetskrav (mätt i hög arbetsbelastning och målklarhet vid Tid 1) och ohälsa (mätt i depression, fysisk ohälsa och sömn vid Tid 2) – de med hög grad av socialt stöd reagerar på höga krav med mindre depression, fysisk ohälsa och sömnproblem än de som rapporterar lägre grad av stöd.

Föreliggande studie

Tidigare undersökningar har visat resultat som talar både för och emot modererande effekter av coping och socialt stöd. Mycket lite av denna forskning har bedrivits i en svensk kontext, och har ofta karaktären av tvärsnittsstudier. Det bedöms därför som viktigt att undersöka hur coping och socialt stöd kan mildra de väldokumenterade negativa effekterna av arbetsrelaterad stress över tid. Syftet med föreliggande studie är alltså att undersöka de modererande effekterna av coping och socialt stöd på relationen mellan arbetsbelastning och målklarhet mätt vid en tidpunkt, och ohälsa – här mätt i depression, fysisk ohälsa och sömnproblem – ett år senare.

Studien har fokuserat på lärare. Läraryrket beskrivs ofta som ett stressigt och utsatt arbete. Enligt undersökningar gjorda av Arbetsmiljöverket var arbetsorsakade besvär på grund av stress långt högre för lärare än andra yrkesgrupper. Av antal anmälda arbetssjukdomar under 2003 stod lärare för 40 procent och mer än hälften berodde på sociala och organisatoriska faktorer (Arbetsmiljöverket 2004). Olika stressorer som anses bidra till lärarnas upplevelse av stress är bland andra arbetsbelastning, svårigheter att dra gränser mellan arbete och fritid, elevkonflikter med mera. Arbete i lärarlag kan vara ett bra stöd men anses också skapa stress i de fall samarbetet inte fungerar (Jacobsson et al 2001).

Metod

Undersökningsdeltagare

Data insamlades inom ramen för ett större projekt med fokus på arbetssituationen bland tjänstemän. Frågeformulär skickades hem till samtliga lärare anställda vid grundskola och gymnasium inom samma kommun i januari 2005 (Tid 1) och i mars 2006 (Tid 2).

Det ursprungliga urvalet bestod av 610 personer från vilka 5 togs bort på

grund av att de inte längre arbetade kvar eller valde att inte delta. Vid Tid 1 besvarade totalt 443 lärare frågeformuläret vilket gav en svarsfrekvens på 72 procent. Studien tillämpar en longitudinell design, och samma enkät skickades ut vid Tid 2 till samma urval som vid den första tidpunkten. Vid Tid 2 besvarade 360 personer enkäten, vilket gav en svarsfrekvens på 61 procent. Det effektiva urvalet i studien är de 340 personer som deltog vid båda mätningarna och som hade fullständiga svar i de variabler som ingår i studien. Den longitudinella svarsfrekvensen var 78 procent (anger hur många av dem som svarade vid Tid 1 som även svarade vid Tid 2). Medelåldern för de medverkande var 50 år (SD 10) och andelen kvinnor var 73 procent. Den genomsnittliga anställningstiden i organisationen var 18 år (SD 12).

Material

Deskriptiv statistik, korrelationer och reliabilitetsestimat över de variabler som ingår i studien presenteras i *tabell 1*.

Samma frågor användes vid båda mättillfällena och beskrivs nedan uppdelade i de olika variablerna som användes i undersökningen, prediktorer och moderatorer, som mättes vid Tid 1, och utfallsvariabler som mättes vid Tid 2. Genomgående användes etablerade skalor, och samtliga hade tillfredsställande reliabilitet (0,76–0,95). Som kontrollvariabler användes kön (kvinna=1, man=2) och ålder.

Prediktorer

Arbetsbelastning mättes med tre items framtagna av Beehr, Walsh, och Taber (1976) och fokuserade på att ha för mycket att göra under för lite tid. Ett exempel på frågorna är ”Jag har ofta för mycket att göra på arbetet” och skalan gick från 1 (stämmer inte) till 5 (stämmer) där höga poäng visade på hög arbetsbelastning.

Målklarhet, alltså att syfte och mål med arbetsuppgifterna inte är tydliga, mättes med en skala med fyra items, och är en kombination av frågor från Rizzo, House och Lirtzman (1970) och Caplan et al (1975). En exempelfråga är ”Jag tycker att mina arbetsmål är diffusa och oklara”. Svaren gavs på en femgradig skala från 1 (stämmer inte) till 5 (stämmer) där höga poäng visade att syftet med arbetet är otydligt.

Moderatorer

Problemfokuserad coping grundade sig på en skala utvecklad av Guppy, Edwards, Brough, Peters-Bean, Sale och Short (2004) och bestod av tre items. Frågorna behandlade benägenheten att förändra situationen. En exempelfråga är ”Jag försöker förändra situationen för att åstadkomma det jag vill”. Svaren gavs på en femgradig skala från 1 (stämmer inte) till 5 (stämmer) där höga poäng visade på en starkare intention att försöka göra något åt det problem som uppstått.

Tabell 1. Beskrivande statistik, korrelationer och Cronbachs alpha för studiens variabler

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	M	SD	A
Demografivariabler																
1. Ålder	1													54,85	10,26	-
2. Kön	-0,05	1												-	-	-
Utfall Tid 1																
3. Depression	0,15**	-0,11*	1											1,66	0,46	0,91
4. Fysisk ohälsa	-0,04	-0,13**	0,51**	1										1,94	0,67	0,76
5. Sömn	-0,03	-0,10*	0,58**	0,47**	1									2,59	0,99	0,85
Prediktorer Tid 1																
6. Arbetsbelastning	0,06	-0,09	0,30**	0,24**	0,21**	1								3,56	0,98	0,81
7. Målokärlighet	0,11*	0,07	0,32**	0,16**	0,20**	0,30**	1							2,25	0,83	0,79
Modererande faktorer																
Tid 1																
8. Coping	0,05	-0,11*	-0,09	-0,04	-0,06	0,07	-0,05	1						3,91	0,68	0,83
9. Socialt stöd chefer	0,05	-0,12*	-0,18**	-0,12*	-0,19**	-0,24**	-0,37**	0,19**	1					3,19	1,19	0,95
10. Socialt stöd kollegor	0,08	-0,09	-0,23**	-0,10*	-0,22**	-0,14**	-0,26**	0,17**	0,40**	1				3,78	0,96	0,87
Utfall Tid 2																
11. Depression	0,19**	-0,12*	0,69**	0,37**	0,44**	0,30**	0,13*	-0,07	-0,14**	-0,13*	1			1,68	0,50	0,92
Tid 2																
12. Fysisk ohälsa	-0,06	-0,15**	0,37**	0,71**	0,29**	0,19**	-0,01	-0,06	-0,05	0,48**	1			1,94	0,69	0,80
13. Sömn	-0,03	-0,12*	0,45**	0,40**	0,78**	0,22**	0,07	-0,02	-0,14*	-0,16**	0,53**	0,38**	1	2,52	0,98	0,84

* p < 0,05, ** p < 0,01

Tid 1 N 438; Tid 2 N 357

Socialt stöd från chefer och kollegor mättes med två skalor konstruerade av Näswall, Baraldi, Richter, Hellgren och Sverke (2006) och bestod av tre items vardera. Ett exempel på frågorna om stöd från kollegor är ”Då jag stöter på problem i arbetet finns det alltid någon kollega att vända sig till”. Exempel på frågorna som mätte stöd från chefer är ”Jag får alltid hjälp av min chef när det uppstår svårigheter i mitt arbete”. Svaren gavs på en femgradig skala från 1 (stämmer inte) till 5 (stämmer) där höga poäng visade på god tillgång till socialt stöd.

Utfallsvariabler

Depression mättes med en skala utvecklad av Bech, Rasmussen, Raabaek Olsen, Noerholm och Abildgaard (2001) och bestod av 17 items som fångade i vilken utsträckning man upplevt depressiva symtom under de senaste två veckorna. Svaren gavs på en fyrgradig skala från 1 (inte alls) till 4 (hela tiden) där höga poäng visade på fler depressiva symtom. Ett exempel på fråga som mätte depression är ”Har du under de senaste två veckorna känt dig värdelös, haft dåligt samvete eller skuld känslor?”

Fysisk ohälsa som värk i nacke, skuldror, huvudvärk med mera, mättes med en skala som bestod av 10 items och baserades på Andersson (1986, modifierades av Isaksson & Johansson 1997). Ett exempel på dessa frågor är ”Har du under de senaste 12 månaderna lidit av besvär med nacke/skuldra?”. Svaren gavs på en femgradig skala från 1 (aldrig) till 5 (alltid) där höga poäng visade på högre fysisk ohälsa.

Sömnproblem, svårigheter att somna in och trötthet på grund av sömnproblem, mättes med en skala utvecklad av Gustavsson et al (2006) och bestod av tre items. Dessa mättes på en femgradig skala från 1 (aldrig) till 5 (alltid), där höga poäng visade på sömnproblem. Ett exempel på frågorna är ”Jag har svårt att somna”.

Analys

För att undersöka huvudeffekterna och interaktionseffekterna av socialt stöd och coping för de olika stressorerna användes hierarkisk multipel regression i tre steg. De modererande effekterna av coping och socialt stöd testades i separata regressionsanalyser, alltså har sex olika analyser genomförts. I steg 1 redovisas kontrollvariablerna kön och ålder. I steg 2 lades arbetsbelastning och målklarhet samt socialt stöd respektive coping in. I steg 3 lades interaktionseffekterna mellan respektive stressor, hög arbetsbelastning och målklarhet och moderatorerna socialt stöd från chefer, kollegor eller coping in. För att undvika multikollinearitet mellan interaktionstermerna och övriga oberoende variabler utfördes centrering av medelvärdet genom att sätta medelvärdet till 0 medan standardavvikelsen inte påverkades (Cohen J, Cohen P, West & Aiken 2003).

Resultat

Resultatet presenteras med början i moderatorvariabeln coping med respektive utfallsvariabel – depression, fysisk ohälsa och sömn – och sedan socialt stöd med respektive utfallsvariabel. Tabellerna visar relationer mellan prediktorer och moderatorer mätta vid Tid 1 och utfallsvariabler vid Tid 2. Det var mycket små förändringar i nivåer mellan Tid 1 och Tid 2 i samtliga variabler, varför endast de variabler som används i studien redovisas.

Coping

Resultaten från regressionerna som testade den modererande effekten av coping presenteras i *tabell 2*.

Tabell 2. Resultat av hierarkisk regressionsanalys, standardiserade regressionskoefficienter.

	Depression			Fysisk ohälsa			Sömn		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Steg 1									
Ålder	-,18**	-,16**	-,16**	,06	,06	,06	,03	,05	,05
Kön (man)	-,11*	-,10+	-,10+	-,16**	-,15**	-,14**	-,13*	-,12*	-,12*
Steg 2									
Arbetsbelastning (A)		,26***	,26***	,20***	,21***	,22***		,22***	,21***
Mälöklarhet (M)		,05	,05	-,06	-,06	-,06		,04	,04
Coping (C)		-,10 ⁺	-,10 ⁺	-,09 ⁺	-,09 ⁺	-,09		-,04	-,04
Steg 3									
A*C			,06			,11 ⁺			-,06
M*C			-,07			-,06			,04
ΔR^2	,04	,08	,00	,02	,03	,01	,01	,04	,00
R ² (Adj)	,04***	,12***	,12***	,02*	,05***	,06***	,01+	,05***	,05**

⁺ $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Depression

Steg 1, där kontrollvariablerna lades in, bidrog med en förklarad varians på 4 procent i depression, och av kontrollvariablerna var endast kön signifikant relaterat till utfallet. Kvinnor rapporterade depressiva symtom i större utsträckning än män. I steg 2, där de arbetsrelaterade faktorerna lades in, ökade den förklarade variansen signifikant till 12 procent. För de arbetsrelaterade faktorerna hade endast arbetsbelastning ett signifikant positivt samband medan coping hade ett svagt negativt samband som var signifikant med den liberalare tolkningen då $p < 0,10$. Steg 3, med interaktionstermerna, bidrog inte till någon ökning av den förklarade variansen.

Fysisk ohälsa

Steg 1 visade en förklarad varians på 2 procent. Effekten av kön var signifikant

och tydde på att kvinnor rapporterade sämre hälsa. I steg 2 ökade den förklarade variansen till 5 procent, där endast effekten av arbetsbelastning var signifikant. Hög arbetsbelastning var relaterat till mer fysisk ohälsa. I steg 3 ökade den förklarade variansen med 1 procent, vilket indikerar att interaktionseffekterna bidrog till variansen i fysisk ohälsa. Den totala förklarade variansen ökade till 6 procent men ökningen var ej signifikant, varför dessa resultat måste tolkas med försiktighet.

Sömnpblem

Steg 1 visade på en förklarad varians på 1 procent och kön var signifikant relaterat till sömn – kvinnor rapporterade mer sömnproblem än män. Steg 2 uppvisade ett positivt samband mellan arbetsbelastning och sömnproblem och den förklarade variansen ökade signifikant till 5 procent. I steg 3 återfanns inte något signifikant samband mellan interaktionstermerna och sömnproblem, och den totala förklarade variansen var fortfarande 5 procent.

Socialt stöd

Resultaten från regressionerna som testade den modererande effekten av socialt stöd presenteras i *tabell 3*.

Tabell 3. Resultat av hierarkisk regressionsanalys, standardiserade regressionskoefficienter.

	Depression			Fysisk ohälsa			Sömn		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Steg 1									
Ålder	-,18**	-,18**	,18**	,06	,06	,05	,02	,02	,02
Kön (man)	-,10*	-,10*	-,10*	-,16**	-,15**	,15**	-,13*	-,13*	-,14*
Steg 2									
Arbetsbelastning (A)		,23***	,22***		,19**	,18**		,20***	,19**
Målokklarhet (M)		,02	,02		-,07	-,08		-,01	,01
Socialt stöd chefer (SC)		-,05	-,08		-,03	-,08		-,06	-,09
Socialt stöd kollegor (SK)		-,10 ⁺	-,08		-,05	-,02		-,11 ⁺	-,09
Steg 2									
A*SC			,10			,12 ⁺			,11
M*SC			-,04			-,02			,01
A*SK			-,09			-,09			-,13*
M*SK			,03			-,06			,02
ΔR^2	,04	,08	,00	,02	,03	,00	,01	,05	,01*
R^2 (Adj)	,04***	,12***	,12***	,02*	,05**	,05**	,01+	,06***	,07***

⁺ $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

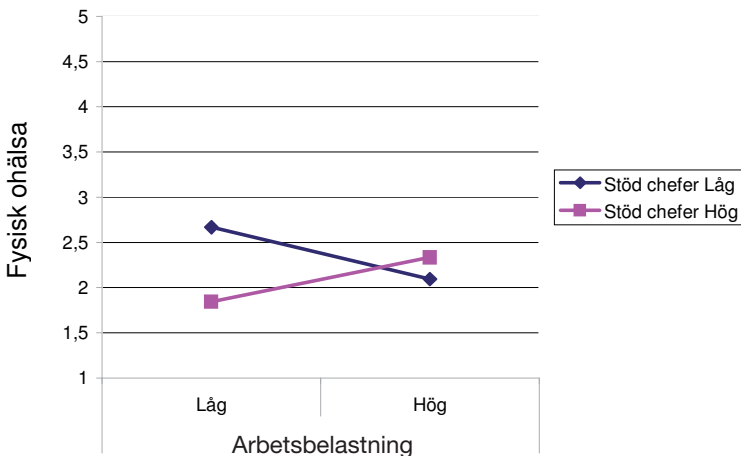
Depression

Steg 1 visade ett signifikant samband mellan depression och både kön och ålder, där yngre och kvinnor rapporterade fler depressiva symtom. Den förklarade variansen var 4 procent. Steg 2 bidrog med en signifikant ökning av den förklarade

variansen till 12 procent, där högre arbetsbelastning var relaterat till fler depressiva symtom. Steg 3 bidrog inte till någon ökning av den förklarade variansen, och inga interaktionseffekter var signifikanta.

Fysisk ohälsa

Steg 1 visade en förklarad varians på 2 procent och där var kön signifikant relaterat till fysisk ohälsa – kvinnor rapporterade fler negativa symtom. Steg 2 bidrog signifikant med en ökning av den förklarade variansen till 5 procent. Hög arbetsbelastning var signifikant relaterat till sämre fysisk hälsa. I steg 3 var interaktionseffekten mellan arbetsbelastning och socialt stöd från chef svagt signifikant vid den mer liberala signifikansnivån $p < 0,10$ och bidrog inte till någon ökning av den förklarade variansen. Eftersom effekten ändå hade ett visst samband med fysisk ohälsa illustreras effekten i explorativt syfte i *figur 1*. Figuren visar att vid låg arbetsbelastning var den fysiska ohälsan lägre vid högt socialt stöd från chefer än vid lågt stöd. Vid en hög arbetsbelastning visades det något oväntat att den fysiska ohälsan var högre vid högt stöd än vid lågt stöd. Eftersom den förklarade variansen inte var signifikant måste dock resultaten tolkas med försiktighet, och indikerar möjliga tendenser.

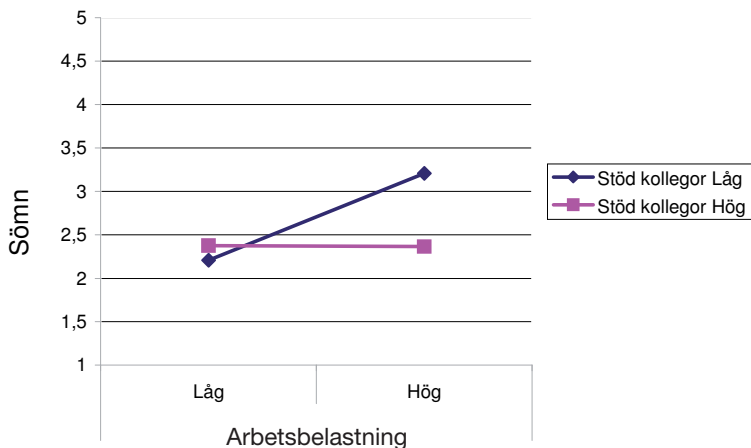


Figur 1. Interaktionen mellan socialt stöd från chefer och arbetsbelastning för fysisk ohälsa.

Sömnproblem

I steg 1 var endast kön relaterat till utfallet – kvinnor rapporterade fler sömnproblem än männen. Den förklarade variansen var endast 1 procent. I steg 2 ökade

den förklarade variansen till 6 procent, och arbetsbelastning var signifikant relaterat till utfallet – vid högre arbetsbelastning ökade sömnproblemen. I steg 3 bidrog interaktionseffekterna signifikant till en signifikant ökning av den förklarade variansen till 7 procent. Interaktionseffekten mellan arbetsbelastning och socialt stöd från kollegor var signifikant och *figur 2* visar att de med högt stöd visade lägre grad av sömnproblem när arbetsbelastningen var hög än de med lågt stöd vid samma belastning.



Figur 2. Interaktionen mellan socialt stöd från kollegor och arbetsbelastning för sömn.

Diskussion

Långtidssjukskrivningar är ett stort problem i dagens arbetsliv, både för individen och samhället. Från att tidigare främst ha varit relaterat till förslitningsskador har sjukskrivning för psykosociala skäl, till exempel depression och utbrändhet, blivit allt vanligare (Bjurvald et al 2005). De allt hårdare omständigheterna i arbetslivet som slimmade organisationer, hög arbetsbelastning, oklara roller och ökade krav anses vara viktiga orsaker till detta.

Det finns en rad olika stressorer som anses påverka arbetsrelaterad stress. Hög arbetsbelastning och otydliga mål är två av dem. Bra strategier för att hantera stressfyllda situationer och socialt stöd från chefer och kollegor är resurser som kan minska stress för de anställda. I förlängningen kan kunskap om detta bidra till att motverka att arbetsrelaterad stress resulterar i sjukskrivning. Det övergripande syftet för den här studien var att undersöka dels om det fanns ett samband mellan arbetsrelaterade stressorer och ohälsa, dels om problemfokuserad coping

och socialt stöd hade någon mildrande effekt på sambandet mellan stress och dess negativa konsekvenser. Detta gjordes genom att undersöka modererande effekter av problemfokuserad coping och socialt stöd från chefer och kollegor på relationen mellan arbetsbelastning och målokklarhet mätt vid ett tillfälle, och depression, fysisk ohälsa och sömnproblem mätt vid ett senare tillfälle. För att undersöka detta testade vi ett antal hypoteser.

Resultatet gav delvis stöd för den första hypotesen. Analysen visade ett tydligt samband mellan arbetsbelastning och samtliga utfallsvariabler, depression, fysisk ohälsa och sömnproblem över tid, med hänsyn tagen till kontrollvariablerna ålder och kön. Dessa resultat har även stöd i tidigare forskning som påvisat samband mellan ett flertal stressorer och olika utfall av ohälsa som depression, utmattning, fysisk ohälsa och sömnproblem (Sonntag & Krueger 2006, Lundberg 2006). För målokklarhet fann vi dock inte några signifikanta samband, vilket kan tyda på att arbetsbelastning är viktigast när hänsyn tas till båda faktorerna.

Den modererande effekten av coping har inte undersökts i samma utsträckning som den för socialt stöd. Hypotes 2a testade om det fanns någon modererande effekt av problemfokuserad coping på sambandet mellan stressorerna och utfallen över tid. Enligt hypotesen skulle de med en hög grad av problemfokuserad coping visa mindre ohälsa över tid, trots att de upplevde hög arbetsbelastning eller målokklarhet, jämfört med dem som rapporterade lägre grad av problemfokuserad coping. Tidigare studier av modererande effekter av coping har visat varierande resultat; Parkes (1990) studie gav stöd för modererande effekt medan Snow et al (2003) inte gjorde det. Resultaten visade att coping inte signifikant modererade sambandet mellan arbetsbelastning och ohälsa, och hypotesen fick alltså inte något stöd. Bristen på modererande effekt kan bero på de utfall som vi valt att studera – problemfokuserad coping kan möjligen ha starkare effekter på attitydrelaterade utfall. Ohälsa, som exempelvis depression, leder ofta till håglöshet och svårigheter att orka och oförmåga att ändra saker och signalerna är därför kanske inte lika tydliga (Lundberg 2006). Om studien istället hade undersökt känslomässig coping är det möjligt att den hade visat andra resultat.

Möjligheten för socialt stöd att fungera som buffert mot stress har undersökts vid ett flertal tillfällen. Tidigare studier har visat både för och emot en modererande effekt. LaRocco et al (1980) visade att socialt stöd hade en buffrande effekt medan Lin et al (1979) inte fann detta. Hypotes 2b i föreliggande studie undersökte om socialt stöd från kollegor eller chefer hade någon modererande effekt på sambandet mellan arbetskrav och ohälsa. Hypotesen testade om de med högre grad av stöd rapporterade lägre grad av ohälsa, trots höga krav, än de med lägre grad av stöd. Resultaten indikerade att socialt stöd från chefer hade en svag modererande effekt på relationen mellan arbetsbelastning och fysisk ohälsa, även på den liberalare signifikansnivån $p < 0,10$. Resultaten gav dock inte stöd

för hypotesen då de med högt socialt stöd från chefen visade högre fysisk ohälsa vid hög arbetsbelastning än de med mindre stöd från chefen. När arbetsbelastningen var låg visade de med högt stöd från chefen mindre ohälsa än de med lågt stöd. Det kan finnas flera anledningar till detta resultat. En känsla av socialt stöd leder ofta till en positiv upplevelse, men det beror också på vilken typ av stöd som ges. Om stödet blir påtvingat kan det upplevas som ett misstroende från chefen och leda till sämre självkänsla eller känsla av inkompetens (Deelstra et al 2003). Det kan också få till följd att personen inte vågar ta egna initiativ som i sin tur gör att personen får mer oönskat stöd. Chefens ledarskap kan också påverka hur stödet mottas.

Även socialt stöd från kollegor hade en modererande effekt, i detta fall på relationen mellan arbetsbelastning och sömnproblem, speciellt vid hög arbetsbelastning. Resultatet gav därför delvis stöd för hypotes 2b, att de med högt socialt stöd reagerar med mindre sömnproblem på arbetsbelastning över tid. Vid högt stöd var det inte någon större skillnad i sömnproblem, det vill säga att sömnen inte var sämre vid hög arbetsbelastning än vid låg om man kände bra stöd. Om det sociala stödet däremot var lågt rapporterades en högre grad av sömnproblem vid hög arbetsbelastning än vid låg. Resultatet kan tyda på att socialt stöd verkligen har inverkan och en modererande effekt på relationen mellan arbetsbelastning och sömnproblem. Tidigare studier har också visat stöd för detta (Åkerstedt, Kecklund & Gillberg 2007).

Flera studier stöder resultatet att stöd från kollegor visar i högre grad mildrande effekt av stressorer än stödet från chefer (Jacobsson et al 2001, LaRocco et al 1980). Vad som visar sig ge mest stöd kan bero på vilken organisation mätningen görs i och vilken yrkesgrupp som deltar. Vad det är som skapar den stressfyllda upplevelsen kan också påverka om stöd från chef eller kollegor ger bäst stöd. Denna studie bestod av lärare och tidigare studier har visat att lärare själva anser att stöd från chefen skulle underlätta deras situation (Jacobsson et al 2001). Rektorn har den största möjligheten att påverka arbetsmiljön och andra resurser på arbetsplatsen, men är inte inblandad i det dagliga arbetet. De stressorer som i tidigare studier har framkommit som de mest påfrestande handlade mycket om det dagliga arbetet i klassrummet och där är kollegorna närmast och mest kunniga (Jacobsson et al 2001). Det skulle kunna vara en anledning till resultatet där stöd från kollegor visade starkare samband med utfallsvariablerna än socialt stöd från chefer.

Metoddiskussion

Lärare är en omskriven yrkesgrupp och har många gånger en utsatt och stressig arbetssituation och var därför en intressant grupp att undersöka. Deras arbete har vissa likheter med många andra yrken där kunnande och erfarenhet är deras

arbetsredskap. Av den anledningen skulle resultatet till viss del kunna generaliseras till andra yrkesgrupper, särskilt som resultaten stämmer överens med tidigare studier i andra populationer. Yrkesgrupp och organisation skulle dock kunna påverka resultatet och därför bör vidare studier göras även i andra yrkesgrupper. I denna studie användes enbart självskattningsformulär. Resultat från den typen av undersökningar har diskuterats då de ibland anses användas för lättvindigt och inte alltid anses så genomarbetade. I denna studie användes endast etablerade och beprövade mått, vilket kan tänkas besvara en del av denna kritik. Bakomliggande variabler kan också påverka resultaten i undersökningar med den här typen av frågeformulär, och eftersom både oberoende och beroende variabler är mätta med samma typ av mått finns det risk för att en del av variansen beror på måttet. Spector (1994) tar exempelvis upp negativ affektivitet som en bakomliggande variabel som kan påverka att svaren verkar mer negativa än vad de kanske är. Ett sätt att komma ifrån problemet är att lägga in kontrollfrågor i undersökningen som ger utslag för denna påverkan. En brist i denna studie är att den inte kontrollerar för negativ affektivitet vilket kan vara ett intressant tillägg i framtida studier. Det är dock viktigt att en studie om välbefinnande utgår från hur de som studeras faktiskt upplever och rapporterar sin situation, varför självskattningsformulär var ett självklart val i denna studie. Framtida forskning kan ha nytta av att kombinera datainsamlingsmetoder, exempelvis kan hälsa mätas genom biologiska data.

Även om studien bygger på longitudinella data finns det inte några bevis för kausalitet. Studien ger ändå stöd för att stressorn arbetsbelastning påverkar ohälsa vid ett senare tillfälle. Den visar också att socialt stöd och coping vid en tidpunkt inverkar på sambandet mellan stressorer och ohälsa vid en senare tidpunkt.

Avslutande kommentarer

Att långvarig stress kan leda till ohälsa har många studier visat. Resultaten från denna studie tyder på att endast socialt stöd, både från chefer (vid låg arbetsbelastning) och från kollegor, minskade styrkan i sambandet mellan arbetskrav och ohälsa och borde därför vara intressant att fokusera på i dagens arbetsliv. Lärare är en yrkesgrupp som arbetar i team och det sker även i andra yrken. Denna studie påvisade även resultat över tid vilket innebär att åtgärder inte bara behöver användas vid mer "akuta situationer" utan kan också ge en effekt på längre sikt. Det har visat sig att grupper där det finns mycket konflikter upplever mer stress och därför bör det finnas ett aktivt arbete att se till att grupper fungerar så att de kan tillhandahålla de positiva effekterna av socialt stöd. Copingstrategier är något som går att utveckla och förbättra, exempelvis genom kognitiv beteendeterapi eller andra typer av stresshanteringsprogram (Folkman & Moskowitz 2004). Vilka copingstrategier en person använder beror på många faktorer, men

det finns möjlighet att förbättra dessa strategier. Eftersom den ökade ohälsan i arbetslivet fortfarande leder till sjukskrivningar finns fortsättningsvis mycket att undersöka som grund för praktiskt arbete och i vidare studier.

Referenser

- Andersson K (1986): "Utveckling och prövning av ett frågeformulärsystem rörande arbetsmiljö och hälsotillstånd" (Rapport 2). Örebro: Yrkesmedicinska kliniken.
- Arbetsmiljöverket (2004): *Grund- och gymnasielärare*. Korta sifferfakta Nr 8.
- Bech P, Rasmussen N-A, Raabaek Olsen L, Noerholm V & Abildgaard W (2001): "The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity." *Journal of Affective Disorders*, 66, 159-164.
- Beehr T A, Walsh J T, & Taber T D (1976): "Relationship of stress to individually and organizationally valued states: Higher order needs as a moderator." *Journal of Applied Psychology*, 61, 41-47.
- Bjurvald M, Hogstedt C, Marklund S, Palmer E & Theorell T (2005): "Vad kan förklara den höga sjukfrånvaron? Försök till syntes." I Marklund S, Bjurvald M., Hogstedt C, Palmer E & Theorell T (red). *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar* (s 337-345). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Caplan R D, Cobb S, French J R P Jr, Harrison R V & Pinneau S R (1975): *Job demands and worker health: Main effects and occupational differences*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Cohen J, Cohen P, West S G & Aiken L S (2003): *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Cohen S & Wills T A (1985): "Stress, social support, and the buffering hypothesis." *Psychological Bulletin*, 98, 2, 311-357.
- Day A L & Livingstone H A (2001): "Chronic and acute stressors among military personnel: do coping styles buffer their negative impact on health." *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 4, 348-360.
- Deelstra J T, Peeters M C W, Schaufeli W B, Stroebe W, Zijlstra F R H & van Doornen L P (2003): "Receiving instrumental support at work: When help is not welcome." *Journal of Applied Psychology*, 88, 2, 324-331.
- Etzion D (1984): "Moderating effect of social support on the stress-burnout relationship." *Journal of Applied Psychology*, 69, 4, 615-622.
- Folkman S, Moskowitz J T (2004): "Coping: pitfalls and promise." *Annual Reviews Psychology* 55, 745-774.
- Gore S (1978): "The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment." *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2, 157-165.
- Guppy A, Edwards J A, Brough P, Peters-Bean K M, Sale C & Short E (2004): "The psychometric properties of the short version of the Cybernetic Coping scale: A multigroup confirmatory factor analysis across four samples." *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 39-62.
- Gustavsson G, Svärdson Å, Lagerström M, Bruce M., Christensson A, Schüldt-Håård U & Omne-Pontén M (2006): *Lust-studien: En landsomfattande longitudinell en-*

- kätstudie av sjuksköterskestudenters hälsoutveckling och karriärval under utbildningsåren och i mötet med arbetslivet. Urvalsram, kohorter och genomförande 2002-2005. Rapport från Institutionen för Omvårdnad, Karolinska Institutet.
- House J S, Landis K R & Umberson D (1988): "Social relationships and health". *Science* 241, 540-545.
- House, J S & Wells J A (1978): "Occupational stress, social support and health" I A McLean, G Black & M Colligan (red) *Reducing occupational stress: Proceedings of a conference*. US Department of Health Education and Welfare, HEW (NIOSH), no 78-140.
- Ingledew D K, Hardy L & Cooper C L (1997): "Do resources bolster coping and does coping buffer stress? An organizational study with longitudinal aspect and control for negative affectivity." *Journal of Occupational Health Psychology*, 2, 118-133.
- Isaksson K & Johanson G (1997): *Avtalspension med vinst och förlust: Konsekvenser för företag och medarbetare*. Stockholm: Folksam.
- Jacobsson C, Pousett A, Thylefors I (2001): "Managing stress and feelings of mastery among Swedish comprehensive school teachers." *Scandinavian Journal of Educational research*, 45, 1, 37-53.
- Karasek R & Theorell T (1990): *Healthy work*. Basic Books: New York
- Karasek R A, Triantis K P & Chaudhry S S (1982): "Coworker and supervisor support as moderators of associations between task characteristics and mental strain." *Journal of Occupational Behavior*, 3, 2, 181-200.
- LaRocco J M, House J S, & French J R P Jr (1980): "Social support, occupational stress and health." *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 202-218.
- Latack J C (1986): "Coping with job stress: Measures and future directions for scale development." *Journal of Applied Psychology*, 71, 3, 377-385.
- Lazarus R S & Folkman S (1984): *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, Springer
- Lin N, Ensel W M, Simeone R S, Kuo W (1979): "Social support, stressful life events, and illness: A model and an empirical test." *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 108-119.
- Lundberg U (2006): "Stress, subjective and objective health." *International Journal of Social Welfare*, 15 (Suppl. 1), 41-48.
- McEwen B S, Lasley E N (2002): *The end of stress as we know it*. Washington: Joseph Henry Press.
- Melchior M, Caspi A, Milne B J, Danese A, Poulton R & Moffitt T E (2007): "Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men." *Psychological Medicine*, 37, 1119-1129.
- Näswall K, Baraldi S, Richter A, Hellgren J & Sverke M (2006). *The salaried employee in the modern working life: Threats and challenges*. Report 3. Stockholm: Working Life Research in Europe.
- Parkes K R (1990): "Coping, negative affectivity, and the work environment: additive and interactive predictors of mental health." *Journal of Applied Psychology*, 75, 4, 399-409.
- Rizzo J R, House R J & Lirtzman S I (1970): "Role conflict and ambiguity in complex organizations." *Administrative Science Quarterly*, 15, 150-163.
- Scheck C L, Kinicki A J & Davy J A (1997): "Testing the mediating processes between work stressors and subjective well-being." *Journal of Vocation Behavior*, 50, 96-123.
- Snow D L, Swan S C, Raghavan C, Connell C M & Kleins I (2003): "The relationship

- of work stressors, coping and social support to psychological symptoms among female secretarial employees." *Work & Stress*, 17, 3, 241-263.
- Sonnentag S & Kruel U (2006): "Psychological detachment from work during off-job time: The role of job stressors, job involvement, and recovery-related self efficacy." *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(2), 197-217.
- Spector P E (1994): "Using self-report questionnaires in OB research: A comment on the use of a controversial method." *Journal of Organizational Behavior*, 15, 5, 385-392.
- Åkerstedt T, Kecklund G & Gillberg M (2007): "Sleep and sleepiness in relation to stress and displaced work hours." *Physiology & Behavior*, 92, 250-255.
- Åkerstedt T, Knutsson A, Westerholm P, Theorell T, Alfredsson L, & Kecklund G (2002): "Sleep disturbances, work stress and work hours. A cross-sectional study." *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 741-748.

