

En utvärdering av långtidssjukskrivna kvinnors livskvalitet

Projektet Fyrklövern

FÖRFATTARE	Sandra Fransson Frida Lundin
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska 75 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot primärvård. HT/2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Eva Lidén
EXAMINATOR	Åsa Axelsson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

FÖRORD

Projektet Fyrklövern har engagerat flertalet personer som på olika sätt bidragit till denna uppsats. Vi vill tacka Karin Alstersjö från Arbetsförmedlingen, Ingegerd Bergbom och Charles Taft från Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet (GU) för ert engagemang under arbetets gång. Stort tack till vår handledare Eva Lidén för synpunkter och stöd under uppsatsskrivandet, även tack till Martin Gurné för hjälp med layouten i uppsatsen. Vi vill slutligen rikta ett tack till de kvinnor som ingick i projektet och som tog sig tid till att svara på enkäterna.

Titel (svensk):	En utvärdering av långtidssjukskrivna kvinnors livskvalitet – Projektet Fyrklövern
Titel (engelsk):	An evaluation of the quality of life among long-term sick women – The project Fyrklövern
Arbetets art:	Examensarbete avancerad nivå, Magisteruppsats
Program/kurskod:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, 75 högskolepoäng
Kursbeteckning:	OM5310, HT11, Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot primärvård
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	46 (inklusive bilagor)
Författare:	Sandra Fransson Frida Lundin
Handledare:	Eva Lidén
Examinator:	Åsa Axelsson

SAMMANFATTNING

Inledning: Psykisk ohälsa samt värk är de vanligaste orsakerna till att människor upplever sitt hälsotillstånd som nedsatt. Bland kvinnor utgör dessa tillstånd tre fjärdedelar av sjuk- och aktivitetsersättningar. Projektet Fyrklövern startades med syfte att utvärdera en kombinationsmetod av Grön rehabilitering och Supported Employment (SE). Projektledningen önskade även en utvärdering av deltagarnas livskvalitet vilket resulterade i att denna uppsats har genomförts. **Syfte:** Syftet med studien var att undersöka om kvinnors livskvalitet förbättrades efter intervention Grön rehabilitering och SE. **Metod:** Enkätundersökning med kvantitativ ansats. Mätinstrumentet SF-36 som mäter hälsorelaterad livskvalitet användes. **Resultat:** Resultatet visade att Grön rehabilitering och SE förbättrade deltagarnas livskvalitet i vissa av skalorna i SF-36 frågeformulär. **Diskussion:** Resultatet och tidigare forskning visar på effekten av Grön rehabilitering och SE. Distriktssköterskan har en viktig roll i att möta långtidssjukskrivna kvinnor då detta är en grupp som ökar i samhället. Betydelsen av att etablera en god relation och kommunikation med dessa kvinnor är av vikt för att främja en god hälsa. **Slutsats:** Kombinationen Grön rehabilitering och SE förbättrade livskvaliteten bland långtidssjukskrivna kvinnor. Den psykiska ohälsan ökar alltmer vilket ofta leder till nedsatt livskvalitet och långtidssjukskrivningar. Detta kräver en lyhördhet och ett stort engagemang hos distriktssköterskan. **Nyckelord:** Kvinnor, Långtidssjukskriven, Livskvalitet, Psykisk ohälsa, Grön rehabilitering, Supported Employment.

ABSTRACT

Introduction: Mental illness and pain are the most common reasons to why people perceive their health as impaired. For women, these conditions represent three quarters of the sickness and activity compensation. The project Fyrklövern was started in order to evaluate a combination method of Horticultural therapy (HT) and Supported Employment (SE). The project also wanted an evaluation of the participants' quality of life which is the base for this thesis. **Aim:** The aim of this study was to investigate whether women's quality of life improved after being given HT and SE. **Method:** Survey with quantitative approach. The SF-36 instrument, which measures health-related quality of life, was used as a base for the survey. **Results:** Results showed that HT and SE improved the participants' quality of life in some of the scales of the SF-36 questionnaire. **Discussion:** The results and previous research shows the effect of HT and SE. The district nurse has an important role in meeting long-term sick women as this is an increasing group in our society. The importance of establishing a good relationship and communication with these women is vital to promote good health. **Conclusion:** The combination of HT and SE improved the quality of life among long-term sick women. The mental illness is increasing, which often leads to impaired quality of life and long-term sick leave. This requires sensitivity and major commitment from the district nurse. **Keywords:** Women, Long-term sickness, Quality of life, Mental health, Horticultural therapy, Supported Employment.

INNEHÅLL

INTRODUKTION	5
INLEDNING	5
BAKGRUND	6
Folkhälsa ur ett genusperspektiv	6
Vårdvetenskapligt perspektiv	11
Centrala begrepp.....	14
TIDIGARE FORSKNING	16
Grön rehabilitering	17
Supported Employment (SE).....	19
Problemformulering	20
SYFTE	20
METOD	20
KVANTITATIV METOD	20
URVAL	21
DATAINSAMLING	22
Short Formular 36 (SF-36)	22
DATAANALYS	23
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	24
RESULTAT	26
Summering av resultat.....	31
DISKUSSION.....	32
METODDISKUSSION	32
RESULTATDISKUSSION.....	33
UPPDELNING.....	37
SLUTSATS.....	37
REFERENSER	39
BILAGOR	

INTRODUKTION

INLEDNING

Psykisk ohälsa är ett alltmer vanligt hälsoproblem i dagens samhälle, folk mår sämre och känner sig stressade i vardagen. Ofta ter sig detta uttryck i oro, ångslan, värk och sömnsvårigheter, så kallad stressrelaterad ohälsa (Arvidsson & Skärsäter, 2006). Psykisk ohälsa samt värk är de vanligaste orsakerna till att människor upplever sitt hälsotillstånd som nedsatt. Bland kvinnor utgör dessa tillstånd tre fjärdedelar av sjuk- och aktivitetsersättningar. Forskning visar att betydligt fler kvinnor än män mår dåligt och upplever sig ha nedsatt psykiskt välbefinnande (Socialstyrelsen, 2009). År 2009 rekviderade Försäkringskassan 24,4 miljoner kronor av regeringen som skulle användas av de så kallade samordningsförbunden Göteborgs Centrum, Göteborg Hisingen, Göteborg Nordost, Göteborg Väster samt samordningsförbundet Mölndal, Partille, Härryda, Lerum och Alingsås eller enskilda landsting i syfte att minska sjukfrånvaron bland kvinnor. Projektet Fyrklövern startades med syfte att utvärdera Grön rehabilitering enligt Alnarpsmodellen, i kombination med Supported Employment (SE). Metoderna är väl beprövade, dock inte i kombination med varandra. Utvärderingen gjordes med hjälp av mätinstrumentet SF-36. Målgruppen för projektet var kvinnor med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och som antingen hade sjukersättning, sjukpenning, aktivitetsersättning eller försörjningsstöd. Projektledningen önskade även en utvärdering av deltagarnas livskvalitet vilket resulterade i att denna uppsats har genomförts. De fem samordningsförbunden ansvarar för projektet. Projektet erhöll åtta miljoner kronor för att kunna genomföra uppdraget (Andersson, Axelsson, Barregård, Magnusson & Martinsson, 2009).

Ett specifikt kompetensområde för distriktssköterskan är området stress och psykisk ohälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Det är betydelsefullt att distriktssköterskan ökar kunskapen inom detta område för att på bästa sätt kunna bemöta denna problematik hos kvinnor. Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet (GU) fick förfrågan att analysera och utvärdera datamaterialet från frågeformuläret SF-36 vilket gjorde oss intresserade att delta.

BAKGRUND

I bakgrunden kommer problemområdet att belysas ur ett folkhälsoperspektiv med fokus på sjukskrivning och psykisk ohälsa bland kvinnor. Teorier och begrepp kommer att beskrivas ur ett omvårdnadsperspektiv, slutligen presenteras tidigare forskning inom området Grön rehabilitering och SE.

Folkhälsa ur ett genusperspektiv

Idag råder stor ojämlikhet mellan könen när det gäller ohälsa och dödlighet. I Sverige lever kvinnor i genomsnitt längre än män. Trots detta är kvinnorna mer sjuka och söker oftare vård än männen, framför allt gällande psykisk ohälsa (Smirthwaite, 2007). En ökning ses sedan 1980-talet gällande psykisk ohälsa och värk hos befolkningen fram till år 2001, orsaker till detta kan bland annat vara psykisk arbetsbelastning, stressigt arbete, ökade krav och mer ogynnsamma förhållanden på arbetet på grund av stora omorganisationer (Socialstyrelsen, 2009).

Enligt Smirthwaites (2007) rapport representerar kvinnor två tredjedelar av alla sjukskrivningar i landet. Rapporten visar på skillnader i sjukskrivningsmönster bland könen. Bland annat sjukskrivs kvinnor allt oftare, i större uträkning på deltid och under en längre period i förhållande till männen. Studier visar att både Försäkringskassan och arbetsgivare i en rehabiliteringsprocess ger mer stöd till män i förhållande till kvinnor. Socialstyrelsens (2009) folkhälsorapport skriver att bland kvinnor är tre fjärdedelar av sjuk- och aktivitetsersättning relaterade till psykisk ohälsa och värk medan hos männen två tredjedelar. Psykiska sjukdomar tillsammans med sjukdomar i rörelseorganen utgjorde 76 procent av alla nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar bland kvinnor och 65 procent bland män år 2006.

De bakomliggande faktorerna till den ojämlika ohälsan kan dels bero på biologiska och sociokulturella förklaringar. I undersökningar om befolkningens självrapporterade hälsa (ULF) rapporterar 22 procent av den kvinnliga befolkningen ökad psykisk ohälsa såsom oro, ångest, ångslan samt sömnbesvär, detta i relation till 13 procent hos män (Smirthwaite, 2007). Även Statens folkhälsoinstituts (2009) kunskapsöversikt för detta resonemang där biologiska orsaker förklarar kvinnors ökade psykiska ohälsa.

Konsekvenser av detta blir höga kostnader för samhället på grund av minskad produktivitet och höga kostnader för sjukförsäkringssystemet.

Stressrelaterad ohälsa

Stress kan ge både psykisk ohälsa och värk och kan förklaras som en obalans mellan kraven som ställs på individen och förmågan att hantera dem (Socialstyrelsen, 2009). Stress uppstår genom att människan utsätts för olika typer av påfrestningar, både fysiska och psykiska samt inre och yttre. Exempel på detta kan vara tung fysisk belastning, händelser som inträffat på arbete och skola eller traumatiska upplevelser. Även rökning, sömn samt dåliga kostvanor påverkar individens välmående och bidrar till ökad stress. Vidare beskrivs psykosocial stress ofta som långvarig och ihållande. Höga krav i arbetslivet, brist på inflytande och kontroll över ens eget arbete och plötsliga förändringar i livet såsom arbetslöshet och dödsfall är exempel som påverkar denna typ av stress. Vid stress reagerar kroppen genom att blodtryck och puls ökar, även stressnivåerna hos hormonerna adrenalin, noradrenalin och kortisol kan öka kraftigt i jämförelse med en icke stressad situation. Vid stress kan även en rad synliga yttre förändringar ses, till exempel stiger kroppstemperaturen, pupillerna vidgas, vakenheten ökar samt att uppmärksamheten skärps. Vid upprepad stress sker en ohälsosam belastning i kroppen vilket kan leda till långvariga symtom och ohälsa såsom depression, kronisk smärta, hjärt- och kärlsjukdomar och metabola syndromet. Höga koncentrationer av stresshormoner stannar då kvar i kroppen allt från veckor till år vilket kan leda till en obalans i kroppen att bryta ner och bygga upp olika funktioner. Slutligen kan även stress medföra en oförmåga för kroppen att aktivera vissa system, detta ses vid exempelvis utbrändhet/utmattningssyndrom (Lundberg & Wentz, 2004).

Vidare skriver Lundberg och Wentz (2004) att lågavlönade kvinnor och kvinnor i arbetarklassen har sämst hälsa, bäst hälsa ses hos män med höga löner samt välbetalda tjänstemän. I studier som mätt psyko- och fysiologiska stressnivåer hos män och kvinnor ses skillnader. Den stress kvinnor upplever på sitt arbete speglas i reaktioner på kvällar och helger. Hos män ses inte samma stressnivå på fritiden. Ett tydligt samband ses mellan kvinnors krav från både arbete och hem. Yrkesarbetande kvinnor har svårare för nedvarvning och särskilt utsatta för detta är kvinnor med barn som fortfarande bor hemma. Skillnader mellan könen behöver dock inte alltid ses som negativa. En

dubbelarbetande kvinna kan trots både stressade situationer på arbetet och i hemmet uppleva livskvalitet och då skydda sig själv mot stressorsakade symtom. För kvinnor med problem i äktenskapet kan ett stimulerande arbete minska stressen och emotionellt stöd från familjen kan bidra till minskad stress på arbetet.

Långvarig stress utan återhämtning kan leda till utmattningssyndrom. Kardinalsymtomen är kognitiv funktionsnedsättning, nedsatt energi samt nedsatt tolerans för stress. Symtomen varierar från individ till individ. Vidare är fysiska symtom vanligt såsom yrsel, hjärklappning, huvudvärk, sömnstörning och trötthet. Psykiska symtom kan visa sig genom ångest, ökad oro, depression och panikångest samt kognitiva symtom däribland minnes- och koncentrationssvårigheter. Vardagliga rutiner kan helt plötsligt bli svåra att genomföra. Många patienter förnekar eller förtränger stressymtom vilket ibland gör det svårt att diagnostisera dessa patienter. Patienterna har många gånger haft symtomen under flera år men istället sökt för fysiska symtom utan att det egentliga problemet uppdagats. Vid en alltför långdragen stress kan utmattningssyndrom utvecklas och vid ytterligare stress kan detta leda till ångest och depression (Institutet för stressmedicin, 2011). Vid generaliserat ångestsyndrom utgör ångest grundproblematiken. Symtomen utgår ofta från autonoma nervsystemet och ångestsymtomen kommer från bröstet, hjärtat, magen eller huvudet. Patienter som söker vård på grund av besvär från dessa organ har ofta ångestproblematik. Andra typer av ångest kan vara panikångest eller fobier (Perski, 2006).

Bland vuxna utgör depression den största orsaken till oförmåga att arbeta samt funktionsnedsättning. Känsla av likgiltighet, tomhet, värdelöshet samt apati kan prägla en depression. De mest grundläggande funktionerna som att äta och tänka kan bli ett problem. Forskning visar att depression kan skilja sig mellan kvinnor och män. Kvinnor insjuknar oftare än män och har andra symtom. Symtom på nedstämdhet, låg självkänsla och trötthet ses oftare hos kvinnor än hos män, medan hos män är irritation och aggressivitet mer vanligt. Kvinnor använder sig oftare av antidepressiva läkemedel än män, som istället använder sig av alkohol i större utsträckning. Förklaringen till detta kan vara att kvinnor lättare kan tala om sin oro och nedstämdhet vilket gör att de tidigare söker vård (Arvidsson & Skärsäter, 2006, kap.5).

Projektet Fyrklövern

År 2009 fick de fem samordningsförbunden i uppdrag från regeringen att minska långtidssjukskrivna kvinnors sjukfrånvaro. Samordningsförbunden i Göteborg samt i Mölndal, Partille, Härryda och Lerum har arbetat fram strategier för en samverkan med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Västra Götalandsregionen samt respektive kommun. Tillsammans gjorde de fem samordningsförbunden en riktad satsning för att stödja kvinnor som saknade arbetsförmåga. Projekttiden pågick från 2010-01-01 till och med 2011-06-30. Projektet riktade sig till kvinnor som fanns med både före och efter dag 180 i sjukförsäkringen. Målgruppen för projektet hade någon form av försörjningsstöd eller ersättning från sjukförsäkringen och saknade helt eller delvis arbetsförmåga samt främst stressrelaterad ohälsa. Kvinnors höga sjukfrånvaro utgör ett jämställdhetsproblem i dagens samhälle och med projektet ville regeringen motverka dessa negativa effekter på jämställdheten. Målsättningen med projektet var att deltagarna skulle gå från ohälsa till arbete. Uppföljning och utvärdering av projektet kommer att ske av Försäkringskassan (Andersson et al, 2009).

Syftet med projektet var att kombinera två metoder, Grön rehabilitering som bygger på trädgårdsterapi enligt Alnarpsmodellen, och SE som är ett samlingsnamn för en viss typ av arbetsrehabilitering, framförallt för personer med funktionshinder. Metoderna är väl beprövade men kombination av dessa metoder hade inte prövats tidigare, metoderna kommer att beskrivs nedan. Tanken med kombinationen av dessa två metoder hoppades kunna ge en effektivare rehabilitering för individen att kunna återgå till arbete. Projektledningen önskade även mäta livskvalitet. Vid de tre verksamheterna Grön rehabilitering i Göteborg Nordost, Gunnebo trädgårdsrehabilitering och Härlanda ortagård arbetar bland annat sjukgymnaster, arbetsterapeuter, socionomer samt personal med kognitiv beteendeterapi kompetens. Samtliga verksamheter använde sig av ett 14 veckors program (Andersson et al, 2009).

Trädgårdsterapi enligt Alnarpsmodellen

Projektet Fyrklövern rehabiliteringsmetod Grön rehabilitering är utformad efter trädgårdsterapi enligt Alnarpsmodellen. Trädgårdsterapi enligt Alnarpsmodellen erbjuds främst till personer med utmattningssyndrom, depressioner, ångest- och smärttillstånd. Grunden i rehabiliteringen bygger på mötet mellan deltagaren och terapeuterna samt

mötet mellan deltagaren och trädgården. Teamet runt deltagaren består av arbetsterapeut, landskapsingenjör/läkepedagog, trädgårdsmästare, sjukgymnast och psykoterapeut. Terapimodellen bygger på både fysiskt och psykiskt arbete där trädgårdsarbete varvas med avslappningsövningar och psykoterapi. Den psykiska miljön är viktig att skapa för att deltagaren ska känna sig lugn och trygg i sin rehabilitering. Rehabiliteringen i trädgården följer ett stående mönster som börjas med inledning, därefter avslappning och aktiviteter för att sedan avslutas med en återblick av dagens händelser och utövande. Miljöpsykologen Roger Ulrich, professor i arkitektur utvecklade under mitten av 1980-talet teorierna om varför människan mår bra av att vistas ute i naturen. Hans studier visar på att människors hälsa kan påverkas positivt av naturvistelser. Grundaren av den första anläggningen av Grön rehabilitering i Alnarp i Skåne är Patrik Grahn. Hans studier visar på människans funktion och välbefinnande i terapiträdgård (Grahn & Ottosson, 2010).

Ett av trädgårdsterapins syfte är att deltagaren ska skapa sig ett unikt möte med trädgården. En del deltagare har ingen erfarenhet från trädgårdsarbete utan behöver hjälp att finna sig bekväm i trädgården, i detta skede har läkepedagogen/landskapsingenjören en viktig roll. Vidare genomgår de flesta av deltagarna ett likartat rehabiliteringsförlopp, det kan jämföras med läkning vid en kris. Trädgården är uppbyggd så att det finns tid för både aktivitet och vila vilket är viktigt för läkningsprocessen. Deltagaren har möjlighet att befinna sig i den miljön som motsvarar den sinnesstämning denne befinner sig i. De olika aktiviteterna är anpassade utifrån deltagarens dagsform och intresse. Till exempel används hantverksaktiviteter för att deltagaren ska öka kreativitet och engagemang. När deltagaren utför övningarna i trädgården skapas kontakt med yttre och inre verklighet vilket främjar rehabiliteringsprocessen (Grahn & Ottosson, 2010).

Vidare är beröring en viktig del i läkningsprocessen. Detta kan ge sig uttryck i arbete i trädgården eller behandling av sjukgymnast. Sinnesstimulering såsom njutning och lugn och ro är även centralt i Alnarpsmodellen. När rehabiliteringen närmar sig sitt slut träffas det arbetande teamet runt deltagaren, läkare, personal från Försäkringskassan samt arbetsgivare för ett möte. En del är redo att återgå till sitt arbete, för en del krävs ytterligare hjälp från bland annat psykoterapeut och sjukgymnast. Ett uppföljningsbesök på trädgårdsterapin inplaneras efter tre månader (Grahn & Ottosson, 2010).

Supported Employment (SE)

SE är en form av arbetsrehabilitering som började användas i USA under 1980-talet för funktionshindrade. I Sverige blev detta uppmärksammat i början av 1990-talet och kom att användas inom flera olika verksamheter. Tanken är att ge stöd och vägledning till personer, samt att hjälpa dem att få samt behålla sitt arbete på arbetsmarknaden. Individual Placement Support (IPS) är ett exempel på en sådan insats som framförallt är anpassad för personer med psykiska funktionshinder. Detta typ av stöd sker i form av att en stödperson, en så kallad jobbcoach som hjälper till och utgår från individens förutsättningar. Målsättningen är deltids- eller heltidsarbete. I arbetet med denna metod är individens förutsättningar och önskemål det centrala. Tillsammans med andra yrkeskategorier som till exempel psykoterapeut eller sjuksköterska är jobbcoachen samordnare av planeringen. Jobbcoachen finns till hands för individen så länge denne har behov av detta (Socialstyrelsen, n.d).

Vårdvetenskapligt perspektiv

Vårt forskningsområde belyser om livskvaliteten hos långtidssjukskrivna kvinnor förbättrades efter intervention Grön rehabilitering och SE. För att ge en ökad förståelse och kunskap hos distriktssköterskan i det hälsofrämjande arbete bland dessa kvinnor presenteras detta ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Möjligheten att stödja livskvaliteten i denna målgrupp måste anses som en viktig del i distriktssköterskans hälsofrämjande arbete. För att synliggöra problematiken och dess förbättringar och hinder i det vårdande mötet har vi valt att lyfta fram och belysa några centrala omvårdnadsteorier och begrepp.

Vårdvetenskapen utgår från ontologiska grundantaganden där människan, hälsan och vårdandets grundmotiv ses som en struktur (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Enligt Eriksson (1994) ses människan som en helhet av kropp, själ och ande. Hälsa och lidande är centrala delar av människan och verkar som en naturlig del i människans liv. Det viktiga är att fokusera på människans hälsa och lidande och inte på sjukdomen.

Hälsa ur ett vårdvetenskapligt perspektiv kan ses som en utvecklingsprocess där individen skapar sin egen mening. Det är i interaktionen mellan individen och

omgivningen som detta uppstår. Vidare har vårdandet en viktig roll genom att fokusera på individen och dennes mål att uppnå hälsa. Den hälsofrämjande omvårdnaden bygger på tillit och respekt där individen utvecklar autonomi och förståelse i samspel med andra. Det är därför viktigt att individen känner sig värdefull och på så sätt kan öka sin självaktning. Individen är expert på sitt liv och sin hälsa och ska därmed inte ses som en passiv mottagare av omvårdnaden utan känna sig delaktig. Hälsa kan kopplas till begreppet återhämtning och definieras som en personlig utvecklings- och förändringsprocess. Denna process är bland annat beroende av socialt stöd, meningsfulla aktiviteter och behandling (Wiklund, 2010, kap. 3).

Joyce Travelbees omvårdnadsteori handlar om omvårdnaden av mellanmännliga aspekter. Människosynen utifrån teorin kännetecknas av individens förmåga och motivation till att söka efter mening i allt denne upplever och möter i livet. Individen är i centrum och sjuksköterskans roll ligger i att främja individens erfarenhet och tankar (Travelbee, 2006).

Vikten av kommunikation och hur vårdaren förhåller sig till individen ses som essentiella delar i teorin. Omvårdnadsteorin har sin utgångspunkt i att människan är en unik individ som är oersättlig. Lidandet ses som en naturlig del av livet, att försöka hjälpa individen att bemästra lidande och sjukdom och att försöka finna mening i lidandet anses som viktigt. Sjuksköterskans uppgift ligger i att förhålla sig till individens upplevelse av lidandet och sjukdomen, mer än att fokusera på diagnoser och bedömningar (Travelbee, 2006).

Omvårdnadens centrala del syftar till att etablera en mellanmännlig relation. Begreppen sjuksköterska och patient avfärdas till en människa till människa relation för att tydliggöra båda parternas likvärdighet. Sjuksköterskan ansvarar för att relationen etableras och upprätthålls i samverkan med individen. Relationen är en ömsesidig dialog och bygger på att bägge parter är uppmärksamma på den andres mänsklighet. För att kunna etablera en god relation krävs att sjuksköterskan kan gå utanför sig själv och visar intresse och engagemang till människan som en unik individ (Travelbee, 2006).

Ett av sjuksköterskans viktigaste redskap för att etablera en god relation med patienten är kommunikation. Den ses som en förutsättning för att kunna hjälpa patienten i sin

sjukdom och sitt lidande. Kommunikationen är som en process som kräver tydlighet hos sjuksköterskan. Kunskap och färdigheter samt förmåga att tillämpa dem är av betydelse för att kommunikationen ska bli så bra som möjligt. Hinder för att detta skall uppstå menar Travelbee kan vara bristande förmåga hos sjuksköterskan att se individen. Vidare kan sjuksköterskan använda sig av sig själv vilket innebär att sjuksköterskan på ett medvetet sätt tar hjälp av sin egen personlighet och kunskap för att hjälpa patienten (Travelbee, 2006).

Att ha hälsa och välbefinnande är delar som ofta kopplas samman med att må bra. Forskning visar på långtidssjukskrivna kvinnor lider av nedsatt hälsa, främst psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2009). Hälsa är ett centralt begrepp inom hälso- och sjukvården och har funnits genom alla tider. Arvidsson och Skärsäter (2006) menar att det krävs autonomi, gemenskap i socialt sammanhang samt meningsfulla aktiviteter och handlingar för att hälsa ska uppnås. Att kunna ha ett socialt liv är både betydelsefullt och väsentligt i hälsobegreppet. Att vara tillsammans med andra människor och utbyta erfarenheter är centralt för att uppleva hälsa, även aktiviteter och handlingar är av betydelse för hälsan. Att ha positiva erfarenheter samt att lära sig uppskatta och glädjas i olika situationer anses vara av betydelse för hälsan.

Medin och Alexandersson (2000) beskriver mental eller psykisk hälsa som hälsa som är sammankopplad med individens mentala förmåga att förverkliga sina mål, detta genom förutsättningar gällande sociala, kulturella och ekonomiska aspekter. Den mentala hälsan fokuserar på att individen använder sig av sin förmåga, både kognitivt och socialt för att kunna uppnå mål. Även kapacitet att kunna lösa problem, vara kreativ och flexibel samt att visa empati är betydelsefullt för den mentala hälsan. Om individen visar bristfälliga kunskaper inom detta påverkar det hela hälsan.

Eriksson (1994) betonar lidandet som en naturlig del hos människan och att leva innebär att någon gång i livet lida. Lidandet kan se olika ut beroende på den situation människan befinner sig i. För en människa som anser att social samvaro med andra är betydelsefullt kan ett lidande i detta bestå av utanförskap och att inte ha en position inom gruppen. För en människa som strävar efter frihet och egna idéer kan lidandet däremot bestå av ensamhet i att omgivningen inte förstår. Lidandet är unikt och kan betraktas som människans eget möte med sitt inre väsen. Enligt Eriksson bör människan försöka se

mening med sitt lidande och samtidigt försöka förstå varför denne lider. Vårdaren har en viktig roll i att möta och bekräfta den lidande människan.

Fysiska symtom som patienten upplever samt konsekvenserna som en sjukdom för med sig beskrivs som ett sjukdomslidande. Vidare beskrivs vårdlidande som patientens upplevelser av vård och behandlingar samt brister av dessa. Vårdarens roll ligger i att hjälpa patienten att minska och reflektera över detta lidande. Livslidandet påverkar människans liv och hur vi förhåller oss till oss själva och omgivningen. Detta blir mer påtagligt vid sjukdom och hör ihop med människans existens. Ur lidandet uppkommer skulden hos människan. Att lida kränker människans värdighet och orsakar lidandet. När en människa lider kan denne ofta känna sig kränkt. På grund av kränkningen leder detta många gånger till att människan avskärmar sig för att inte tala om sitt lidande. Ur lidandet utvecklas samtidigt en skam men den ses som en viktig del för att kunna försona sin skuld (Eriksson, 1994).

Centrala begrepp

Livskvalitet

Projektet Fyrklövern syftar till att utvärdera hur långtidssjukskrivna kvinnors livskvalitet kan förbättras och deras sjukfrånvaro minskas genom intervention Grön rehabilitering och SE. Begreppet livskvalitet kan förklaras utifrån olika definitioner. Livskvalitet kan ses som nära besläktat till begreppet hälsa. Livskvaliteten påverkas hos individen genom både relationer till andra människor men även individens delaktighet i samhället. Om individen saknar dessa psykosociala förutsättningar under en längre tid kan detta ha negativ effekt på hälsoprocessen och på sikt leda till sjukdom (Arvidsson & Skärsäter, 2006). Naess (1986) definierar livskvalitet som en känsla och en upplevelse av att ha det bra. Begreppet innefattar tankar och värderingar i förhållande till tillfredsställelsen hos individen, samt även negativa och positiva tankar som individen upplever. Att ha hög livskvalitet innebär att individen är aktiv, känner samhörighet, har självkänsla samt har en grundstämning av glädje.

Vidare beskriver Allardt (1977) att livskvalitet består av tre delar vilka är att ha, att älska och att vara. Att ha innebär fysiska behov såsom bostad, mat och ekonomiska resurser. Dessa faktorer samt kombination av trygghet utgör grunden för livskvalitet.

Att vara innebär individens förmåga till utvecklande av inneboende resurser, till exempel självförverkligande och att skapa en relation mellan individen och samhället. Den tredje delen, att älska syftar till mänsklig gemenskap och delaktighet i att skapa sociala relationer. Delaktigheten kännetecknas av omtanke och kärlek.

Enligt World Health Organization (WHO) (1998) definieras livskvalitet som “individuals perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns”. Definitionen bygger på hur individen uppfattar och föreställer sig sin situation i tillvaron utifrån kultur och värderingar, detta i relation till mål, förväntningar och intressen. Oavsett sociala eller kulturella faktorer samt miljöpåverkan handlar livskvalitet om individens subjektiva värderingar. Livskvalitet kan ses som ett komplext begrepp genom individens fysiska hälsa, psykiska tillstånd, sociala relationer, nivå av oberoende, personliga värderingar och förhållande till händelser i livet.

Empowerment

En viktig del för distriktssköterskan i mötet med långtidssjukskrivna kvinnor kan vara att stärka individens egen tro på sig själv och att klara av sin situation. Hansson och Björkman (2005) skriver att begreppet empowerment syftar till att öka individens makt och styrka över sin egen livssituation och därmed indirekt påverka sin hälsoprocess. Begreppet består av två dimensioner, dels en psykologisk men även social. Den psykologiska dimensionen innefattar självförtroende, självkänsla och self-efficacy. Den sociala dimensionen omfattar makt, kontroll och engagemang över sin egen livssituation. Detta överensstämmer med Askheim (2007) som förklarar empowerment som individens förmåga att tro på sig själv. Individen ses som oberoende, kompetent och rationell. För att uppnå mål i olika situationer krävs empowerment.

Gibsons (1991) definition av empowerment beskrivs som en social process som ger individen insikt i att främja och öka sin förmåga att tillfredsställa sina egna behov, problemlösning samt att skaffa verktyg för att på bästa sätt använda sina resurser. Kostenius och Lindqvist (2006) skriver att människors lika värde och förmåga att styra över sitt eget liv är en av grunderna inom begreppet. Empowerment kommer från USA och formades under 1970-talet i arbete med utsatta grupper i samhället. Grundtankarna

utmyndades från den sociala aktivitetsideologin om hjälp till självhjälp, även feministrörelsen och de svartas kamp har präglats av empowerment. Vidare beskrivs empowerment som en process och en tydlig målbeskrivning där makt, kontroll, självtillit och stolthet ingår som centrala begrepp.

Arvidsson och Skärsäter (2006) betonar att empowerment bör ses som självklart i hälsofrämjande omvårdnad där återhämtning ses som en process. Detta kan resultera i en förändring för individen att stärka sitt inflytande eller sin makt över tillvaron. På detta sätt kan människor påverka och bestämma över sina egna liv. Maktlöshet kan ses som en risk för sjukdom, men genom empowerment kan möjligheten till hälsa främjas. Vid en opåverkbar situation kan meningslöshet, isolering och normlöshet uppstå hos individen. I den hälsofrämjande omvårdnaden kan individens kunskap vara en viktig utgångspunkt. På så sätt kan denne aktivt delta i sin egen hälsa och ta egna beslut. Individen får hjälp med att ta till vara på sina egna idéer och kunskaper vilket kräver engagemang och ansvar för att främja hälsoprocessen.

En dialog om känslor och behov är viktig i omvårdnaden för att öka medvetenheten och stärka individen mot hälsosamma förändringar. Med fokus på individens prioritering av hälsan kan detta leda till bland annat bättre självkänsla vilket är en förutsättning för individens återhämtning. Individen blir i återhämtningsprocessen mer aktiv, tar större ansvar och är delaktig oberoende av psykiska, fysiska eller sociala problem. Faktorer såsom självkänsla, självbestämmande, socialt stöd samt livskvalitet är viktiga för återhämtning (Arvidsson & Skärsäter, 2006).

TIDIGARE FORSKNING

Sökningar med kombinationen Grön rehabilitering och SE gjordes, dock utan några sökträffar. Därför fick separata sökningar göras inom dessa områden. De databaser som användes vid sökningarna av forskning inom området Grön rehabilitering var Cinahl, Pubmed och PsycINFO. De sökord som användes var therapeutic, horticultural, stress, healing garden, healing, garden, stressrelated illness, horticultural therapy, life quality, quality of life och long-term illness. Inklusionskriterierna var artiklar publicerade mellan åren 2001-2011. Artikelsökningarna kunde inte begränsas till endast kvinnor och Grön rehabilitering då detta inte gav några sökträffar. Därför gjordes sökningar på både

män och kvinnor. Flertalet sökträffar berörde inte Grön rehabilitering i kombination med psykisk ohälsa och livskvalitet, därför valdes dessa bort. Svårigheter i att finna artiklar helt relaterade till syftet gjorde att de forskningsartiklar som till slut valdes berör kunskapsområdet trädgårdsterapi och dess påverkan på människan, både fysiskt och psykiskt. De valda artiklarna var från Sverige, Norge och USA. Metoderna som användes i dessa studier var kvalitativa med intervjuer, kvalitativa med hermeneutisk- och fenomenologisk ansats, litteraturstudie, kvantitativa interventionsstudier med självrapporterade frågeformulär. Tidigare forskning inom Grön rehabilitering presenteras utifrån olika kategorier. Gällande tidigare forskning inom SE gjordes sökningar i databaserna Cinahl, Pubmed och PsycINFO. Sökorden som användes var Supported Employment, job, long-term illness och quality of life. Inklusionskriterierna var artiklar publicerade mellan åren 2001-2011. Svårigheter upplevdes i att finna artiklar helt relaterade till problemområdet vilket gjorde det svårt att kategorisera resultaten av artiklarna, därför presenteras valda artiklar i löpande text. De artiklar som valdes rör SE som rehabiliteringsmetod och dess effekt, samt SE i relation till livskvalitet hos människor med psykiska funktionshinder och psykiska sjukdomar. Valda artiklar var utförda i England, Kina, Sverige och USA. Metoderna som användes i dessa studier var kvantitativa med enkäter, kvalitativa med intervjuer och observationer.

Grön rehabilitering

Vad påverkar betydelsen av Grön rehabilitering

Eriksson, Karlström, Jonsson och Tham (2010) fann i sin studie att vikten av en harmonisk och estetiskt tilltalande miljö är viktig för att främja rehabiliteringsprocessen. Deltagarna i studien ansåg sig uppleva njutning, välbefinnande och återhämtning genom att vistas och arbeta i trädgård, och kunde därigenom använda sina sinnen på ett bättre sätt än tidigare. Miljön i trädgården var utformad efter sinnesstämning, detta uppfattades som positivt bland deltagarna eftersom aktivitet då kunde genomföras utifrån dagsform. Detta visade även Söderback, Söderström och Schäländer (2004) som i sin studie fann att deltagarna upplevde ökat välbefinnande av trädgårdsvistelse. Thorsen Gonzalez, Hartig, Grindal Patil, Martinsen och Kirkevold (2010) visade i sin studie om vikten av estetisk utformning och synen av grönska. Det upplevdes av deltagarna i studien som lärorikt och spännande att se hur plantor och blommor grönskade. Det överensstämmer

med Ottosson och Grahn (2006) som påvisade i sin studie att naturen sågs som viktig för återhämtning från stress och utmattning. Att vistas i naturen har positiv effekt på människors hälsa. Även Perrins- Margalis, Rugletic, Schepis, Stepanski och Walsh (2008) studie redogjorde för betydelsen att dofter och färger av blommor bidrog till ökat välbefinnande.

Eriksson et al. (2010) påvisade i sin studie att deltagarna upplevde det som positivt att tillhöra och ingå i en grupp. Att känna samhörighet med andra människor och att inte vara ensam i att till exempel vara utbränd ansågs viktigt. Dock upplevdes inte detta av alla då några deltagare menade att alla har olika mål med rehabiliteringen och då tycktes det svårt att kunna identifiera sig med andra. I Söderback et al. (2004) studie upplevde deltagarna att respekten för andra och övningar i grupp bidrog till ökad social interaktion med andra människor. Deltagarna i Perrins-Margalis et al. (2008) studie upplevde att gruppdynamiken stärkte deras självkänsla och gav dem ökat välbefinnande. Vidare framkom i studien att det var viktigt att både dela med sig av egna erfarenheter men även att lyssna till andras. Detta menade deltagarna utvecklade en relation mellan dem som bidrog till ökad livskvalitet.

Hur Grön rehabilitering påverkar individen

I flertalet studier upplevde deltagarna att de fått ökad koncentrationsförmåga efter att ha deltagit i trädgårdsterapi. De ansåg sig även ha fått bättre minne och en ökad uppmärksamhet. Vid deltagande i trädgårdsterapi sågs även positiva effekter hos deltagarna såsom ökad självkänsla, förändrad självbild, minskad ångest och oro. Vidare lärde sig deltagarna att utveckla strategier för att kunna hantera stress, fokusera på sitt välbefinnande och att återhämta sig. Även förmågan att prioritera sig själv, samt att upptäcka stressymtom och verktyg för att kunna hantera dessa utvecklades (Eriksson et al 2010; Söderback et al 2004; Thorsen Gonzalez et al 2010). Detta resonemang styrks även av Perrins- Margalis et al. (2008) där trädgårdsterapin hade positiv effekt på deltagarnas livskvalitet. Att arbeta i en trädgård ökade prestationsförmågan och kreativiteten bland deltagarna i studien. Deras studie visade även på ökad självkänsla och välbefinnande samt en känsla av lycka. Mitrione (2008) beskrev att fysiska symtom vid stress såsom blodtryck, hjärtfrekvens och muskelspänningar snabbare återgick till

normala värden genom att vistas i naturliga miljöer gentemot att vistas i konstgjorda miljöer.

Trädgårdsterapi har visat sig ha positiva effekter vid psykisk ohälsa såsom depression. Thorsen Gonzalez, Hartig, Grindal Patil, och Martinsen (2011) studie visade på skillnader rörande depressionens svårighetsgrad hos deltagarna under och efter 12 veckors trädgårdsterapi. Deltagarna upplevde en ökad känsla av meningsfullhet och deras syn på livet påverkades positivt. Detta framkom även i Thorsen Gonzalez et al. (2010) studie där depressionsgraden mildrades av trädgårdsterapi. Det framkom även i deras studie att trädgårdsterapi kan användas som ett komplement i behandling mot depression.

Supported Employment (SE)

Cook, Razzano, Burke-Miller, Blyler, Leff, Mueser, Gold, Goldberg, Shafer, Onken, McFarlane, Donegan, Carey, Kaufmann och Grey (2007) studie redogjorde för att SE var en bra rehabiliteringsmetod för personer med psykiska sjukdomar. Resultatet i deras studie visade trots detta att deltagarna med psykiska sjukdomar efter avslutad rehabilitering hade lägre sysselsättningsgrad, lägre lön samt mindre konkurrenskraftiga arbeten än deltagarna i kontrollgruppen. Studien visar på att metoden behöver individualiseras för att på bästa sätt kunna hjälpa individen att komma ut på den öppna arbetsmarknaden. Detta resultat motsäger sig studien av KinWong, Chiu, Tang, Mak, Liu och Chiu (2008) där effekten av SE med IPS hos individer med psykiska sjukdomar jämfördes med en kontrollgrupp. I deras studie framkom att deltagarna som fått SE med IPS hade en ökad sysselsättningsgrad, fler konkurrenskraftiga arbeten, och högre lön jämfört med deltagare som fått konventionell arbetsrehabilitering. Becker, Whitley, Bailey och Drake (2007) menar att SE har en god effekt vilket även deras tidigare forskning pekade på. Deltagarna i studien led av psykiska sjukdomar. Effekten av SE visade sig genom att deltagarna fick ökad självkänsla, utvecklade en bättre relation till andra människor samt att de lättare kunde hantera sin sjukdom.

I Siporin och Lysack (2004) studie intervjuades och observerades tre kvinnor med psykiska funktionshinder om SE i relation till livskvalitet. I studien framkom att kvinnornas livskvalitet hade ökat under perioden som studien pågick. De upplevde en

tillfredställelse när de arbetade och kände sig nöjda över sig själva. Studien visar på att svårigheter finns i att tillhandahålla en lämplig nivå och anpassa stödet till individen, samtidigt som SE ska utveckla individen till självbestämmande och kontroll över sin situation.

Problemformulering

Sjukskrivningar bland kvinnor ökar alltmer i vårt samhälle och framförallt relaterat till psykisk ohälsa. Distriktssköterskan har en viktig roll i att möta denna problematik på exempelvis en vårdcentral. Att i ett tidigt skede kunna upptäcka och urskilja signaler på psykisk ohälsa blir alltmer viktigt för distriktssköterskan. För att arbeta preventivt med detta behöver distriktssköterskan använda sig av bra verktyg för att på bästa sätt hjälpa dessa kvinnor. Forskning visar på skillnader i sjukskrivningsmönster och stöd mellan könen. På grund av ojämlikheten startades projektet Fyrklövern i syfte att minska sjukfrånvaron bland kvinnor. Grön rehabilitering och SE är två väl beprövande metoder, dock har inte kombinationen prövats tidigare. Metoderna i denna studie kommer att prövas med syfte att se om långtidssjukskrivna kvinnors livskvalitet förbättrats.

SYFTE

Syftet med studien var att undersöka om kvinnors livskvalitet förbättrades efter intervention Grön rehabilitering och SE. Våra hypoteser är att Grön rehabilitering och SE ökar långtidssjukskrivna kvinnors livskvalitet, att Grön rehabilitering och SE har större effekt på livskvaliteten bland yngre långtidssjukskrivna kvinnor i förhållande till äldre långtidssjukskrivna kvinnor. Vidare tror vi att kvinnor som varit sjukskrivna en kortare tid har bättre livskvalitet än de kvinnor som varit sjukskrivna under längre tid.

METOD

KVANTITATIV METOD

Polit och Beck (2008) beskriver att vid kvantitativ forskning används ett deduktivt resonemang där forskaren har en hypotes som är förutbestämd som skall prövas i verkligheten. Kvantitativ forskning grundar sig i positivismen där forskaren utgår från verkligheten som den visar sig. Kvantitativ metod bygger på dess objektivitet och forskningsresultatet är oberoende och påverkas inte av forskarens åsikter.

Undersökningsprocessen följer ett logiskt och systematiskt resonemang genom att forskaren följer en specifik utarbetad plan. Syftet med detta är att kunna generalisera, till exempel är forskaren mer intresserad av att veta varför vissa faktorer påverkar en sjukdom, snarare än hur den påverkar individen. Resultaten grundar sig på verkligheten snarare än forskarens personliga övertygelser. Kvantitativ metod syftar bland annat till att förklara effekter samt orsak och verkan principen, detta för att minimera bias och maximera validitet. Kritik mot att använda kvantitativ metod i forskningssyfte är att den inte fångar upp vidden av mänsklig erfarenhet.

Kvantitativa metoder används för att förklara mängd, omfattning och storlek. Kvantitativ metod lämpar sig därför till att undersöka stora grupper och för att uppskatta förhållanden och attityder inom en grupp. De vanligaste metoderna för att samla in kvantitativ data är genom enkät- och intervjuundersökning. Fördelen med exempelvis en enkätundersökning (frågeformulär) är att flera områden kan täckas in i formuläret och därmed kunna bredda materialet. En nackdel vid kvantitativ forskning kan vara att forskaren inte kan gå på djupet med en frågeställning. Att använda sig av kvantitativ metod ses ofta som mindre tidskrävande än kvalitativ metod (Eliasson, 2006).

I denna studie där syftet är att undersöka om kvinnors livskvalitet förbättrats efter Grön rehabilitering och SE anses kvantitativ metod vara mest lämpad. Studien som använts är en interventionsstudie med pre- och posttest. Pretestet innefattar enkättillfälle ett som alla deltagare fyller i, posttestet innefattar enkättillfälle två eller tre (beroende på om deltagaren fick SE).

URVAL

Efter kontakt med projektledare Karin Alstersjö framkom nedanstående information gällande urvalet. Deltagarna i studien rekryterades av handläggare från Försäkringskassan eller via egen anmälan efter att ha fått information via annonser, broschyrer eller informationsblad. Deltagaren skickade därefter själv in en intresseanmälan vilket ofta föregicks av motivationsarbete och förslag från handläggare på Försäkringskassan, handläggare på försörjningsstöd eller vården. En del kvinnor tog även eget initiativ till deltagandet i projektet. Därefter granskades att deltagarna

uppfyllde inklusionskriterierna (detta skedde via telefonintervju) vilka var kvinnor med ersättning från sjukförsäkringen eller försörjningsstöd med helt eller delvis nedsatt arbetsförmåga, arbetslösa sjukskrivna kvinnor samt kvinnor som hade en anställning men som var sjukskrivna. Deltagaren, handläggaren och vårdgivaren fick information om projektet Fyrklövern och intervjuades därefter om deltagarens sjukdomshistoria, aktuella hälsotillstånd och syn på möjlighet till rehabilitering. Efter detta gjordes en bedömning om deltagaren var en potentiell deltagare för projektet. För de deltagare som kom att ingå i projektet lämnades deras personnummer till randomisering, ett helt slumpmässigt databaserat urval. De som randomiserades som deltagare erbjöds att delta i projektet Fyrklövern och övriga (kontrollgruppen) hänvisades tillbaka till försörjande myndighet och dess ordinarie utbud.

DATAINSAMLING

Projektledare Karin Alstersjö ansvarade för insamlingen av enkäterna. De lämnades sedan till en forskare på institutionen som matade in enkätsvaren för att sedan köras i statistikprogrammet SPSS.

I projektet användes en och samma enkät som deltagarna fyllde i vid två eller tre tillfällen. Första tillfället var vid starten av Grön rehabilitering och andra tillfället vid slutet av Grön rehabilitering, 14 veckor senare. Efter halva tiden av Grön rehabilitering (sju veckor) erbjöds alla deltagare SE. Dessa deltagare fick fylla i samma enkät vid ett tredje tillfälle. Vid tillfälle ett och två fylldes enkäten oftast i på Grön rehabiliteringsverksamheten, medan deltagarna som fick fylla i enkäten vid ett tredje tillfälle då oftast gjorde detta tillsammans med sin jobbcoach. Det förekom även att deltagarna fick enkäterna hemskickade och fyllde i de hemifrån.

Short Formular 36 (SF-36)

För att genomföra studien användes det hälsorelaterade livskvalitetsinstrumentet SF-36, som är ett väl validerat och reliabilitetstestat instrument. SF-36 kommer ursprungligen från USA. År 1990 kom en svensk version av frågeformuläret som har utarbetats och testats för såväl validitet som reliabilitet. Livskvalitetsmätningar kan användas av vårdgivare för att få ny information om en patient. Till exempel kan viktiga symtom uppmärksammas eller konsekvenser av sjukdom och behandling. Detta kan främja

kommunikationen mellan vårdgivare och patient och kan därmed få patienten att känna sig delaktig i sin egen vård. Det är därför av betydelse att hälso- och sjukvården använder sig av mätbara undersökningar (Sullivan, Karlsson & Ware, 1994).

SF-36 har utarbetats för användningsområde inom hälso- och sjukvården och med hjälp av detta instrument kan effekter på den hälsorelaterade livskvaliteten bedömas. Resultaten av inmatad data jämförs med en normalpopulation (SF-36 databas) samt att jämförelser görs inom den grupp som datamaterialet gäller. SF-36 är ett frågeformulär med delfrågor vilket anses ge högre validitet och reliabilitet än frågeformulär utan delfrågor. Ett av syftena med framtagandet av instrumentet är att det skulle vara kostnadseffektivt vid datainsamlingen samt kunna underlätta för de svarande att fylla i frågeformuläret (Sullivan et al, 1994).

SF-36 är uppbyggt av 36 frågor som är indelade i åtta skalor i två olika grupper. Den första gruppen är funktionsskalor som består av fysisk funktion (PF), att utöva ansträngande aktiviteter såsom att springa eller lyfta tunga saker, rollfunktion – fysiska orsaker (RP), svårigheter i att utföra arbete eller andra regelbundna aktiviteter, rollfunktion – emotionella orsaker (RE), svårigheter i att utföra arbete och andra aktiviteter så noggrant som vanligt, social funktion (SF), att kunna ha socialt umgänge och smärta (BP), smärtintensitet. Den andra gruppen, välbefinnandeskalor består av psykiskt välbefinnande (MH), att kunna känna glädje, vitalitet (VT), att känna sig pigg eller sliten och allmän hälsa (GH), uppfattningar om sin egen hälsa. Varje del motsvarar poäng mellan 0-100. Totalsumman av de åtta skalorna kan således uppnå 800 poäng. Totalsumman motsvarar individens livskvalitet. Förutom ovanstående åtta skalor beräknas ytterligare två dimensioner av hälsa pcs (fysisk) samt mcs (mental) beroende på tyngden på skalorna. Dessa två skalor sätts i relation till normalpopulationen (hämtad ur SF-36:s databas) där 50 är det referensvärde som motsvarar normalpopulationen (Sullivan et al, 1994).

DATAANALYS

Data från det besvarade frågeformuläret SF-36 bearbetades och analyserades med hjälp av SPSS statistikprogram med stöd av forskare på institutionen. SF-36 är väl använt över hela världen, och i Sverige används SPSS ofta inom forskning och på universitet

och högskolor (Wahlgren, 2008). Svaren vid tillfälle ett och två jämfördes inom hela gruppen. De yngre deltagarnas svar vid tillfälle ett och två jämfördes, samt de äldre deltagarnas svar vid tillfälle ett och två jämfördes. Även tid i offentlig försörjning (svaren vid tillfälle ett och två jämfördes) gjordes. Bortfallet bland deltagarna berodde till allra största delen på återinsjuknande eller försämrat hälsotillstånd samt förlorad kontakt med deltagaren under behandlingsperioden. Det totala bortfallet vid tillfälle ett var 18 deltagare och 46 deltagare för tillfälle två.

I studien har ett 95 procentigt konfidensintervall använts vid jämförelserna av datamaterialet. Vid konfidensintervall som inte överlappar varandra är p-värdet vid signifikanstestet $<0,05$. Vårt resultat har analyserats som ett icke-parametriskt test på grund av datamaterialets storlek samt fördelningen av variablerna. Resultatet har då analyserats utifrån en testmetod där en viss fördelning inte förutsätts. För att testa signifikansnivån av vårt datamaterial har olika signifikanstester gjorts, till exempel Wilcoxon's signed rank test som är lämpligt vid små stickprov på icke-normalfördelade variabler (Ejlertsson, 2003).

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Projektet Fyrklövern utgick från de fyra olika forskningsetiska kraven innan projektet startade vilka är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, n.d).

Informationskravet innefattade att deltagarna fick information om deras uppgift och villkor i projektet. De informerades även om att deltagandet var frivilligt och därmed kunde avslutas när som helst. Därefter inhämtades samtycke från deltagarna. Ett eventuellt avslutande i studien kom inte att påverka deltagarens fortsatta deltagande i Grön rehabilitering och SE negativt. Konfidentialitetskravet innefattade information om att alla besvarade frågeformulär kodades och avidentifierades och kodlistan samt alla besvarade frågeformulär förvarades i ett låst skåp (i 10 år) där enbart personer med anknytning till studien hade tillgång till dem. Avidentifierat material kunde inte härledas till enskild person. Allt material hanterades med sekretess. Nyttjandekravet innebar en säkerhet för deltagarna att deras information endast användes i

forskningssyfte. Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa på GU är ansvariga för utvärderingen av projektet Fyrklövern. Denna studie är en del i projektet Fyrklövern.

Risken med att ingå i projektet bedömdes som låg. Grön rehabilitering och SE bedömdes inte som skadande och besvarandet av frågeformuläret kunde inte anses som skadligt. Att ha besvarat frågeformuläret SF-36 kommer troligen inte att ha gjort någon nytta för deltagaren, men beroende på vad resultatet kommer att visa kan det komma andra till godo om Grön rehabilitering och SE har positiv effekt på upplevd livskvalitet. Däremot tror vi att en del deltagare kan ha upplevt något positivt i och med sitt deltagande i projektet genom att de fått bekräftelse i sin hälsosituation.

RESULTAT

Underlaget för studien utgjordes av 123 kvinnor i åldrarna 21 till 62 år boende inom Göteborg samt närliggande kommuner som alla fått trädgårdsterapi. Terapin utfördes inom tre olika verksamhetsområden i Göteborg och Mölndal. Kvinnornas tid i offentlig försörjning varierade från mindre än ett år till över tio år. Inledningsvis presenteras demografisk data av de deltagare som medverkat i denna studie i form av diagram. Därefter presenteras resultatet utifrån vår analys av datamaterialet, detta visas i form av tabeller.

Diagram 1. Fördelning mellan olika Grön rehabiliteringsverksamheter (n=123)

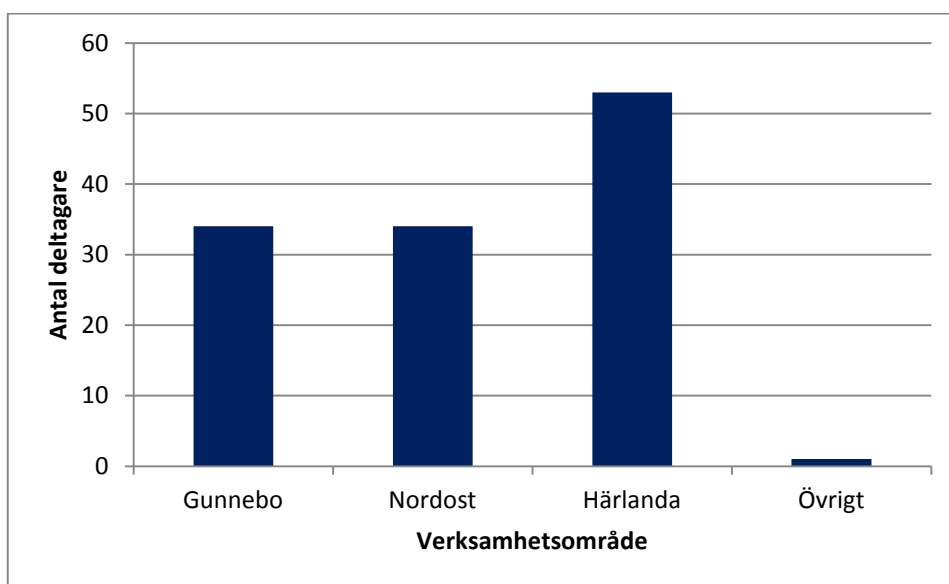


Diagram 2. Deltagarnas tid i offentlig försörjning (n=123)

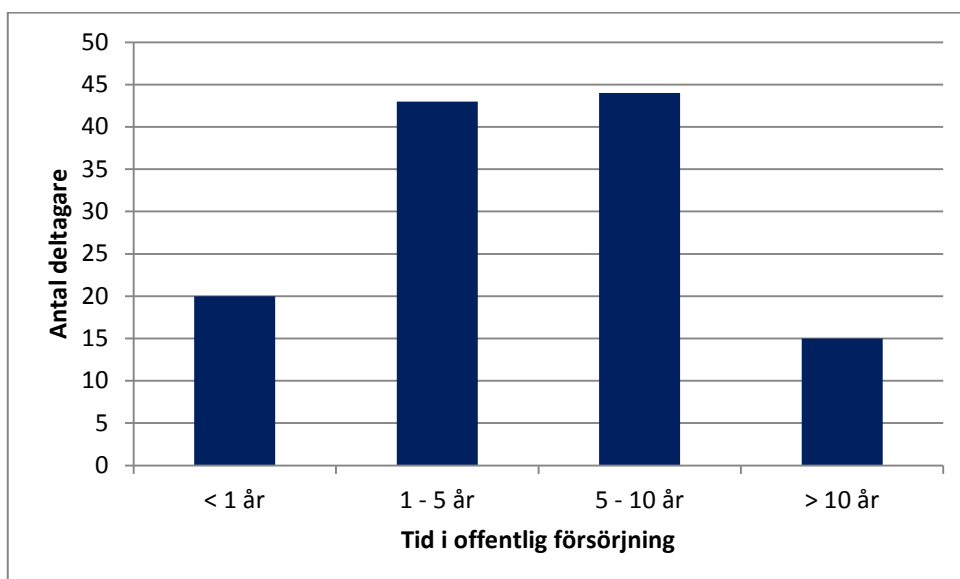
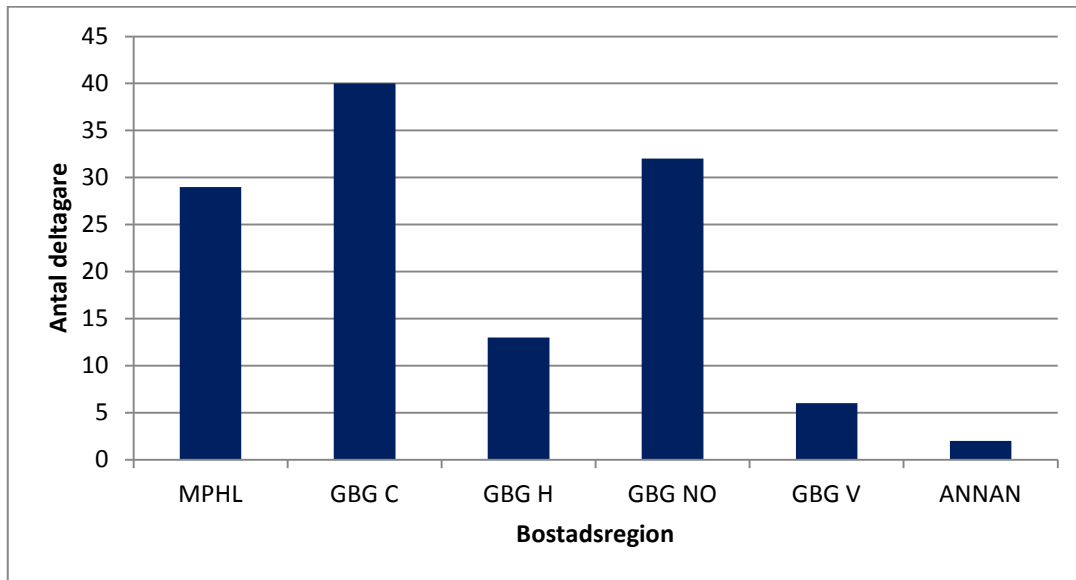


Diagram 3. Deltagarnas bostadsregion (n=123)



Förklaring av förkortningar:

MPHL = Mölndal, Partille, Härryda, Lerum

GBG C = Göteborg – Centrum

GBG H = Göteborg – Hisingen

GBG NO = Göteborg – Nordost

GBG V = Göteborg – Väster

ANNAN = Annan kommun

Tabell 1. Upplevd livskvalitet enligt SF-36 (alla inom gruppen), n=108 vid tillfälle 1, n=77 vid tillfälle 2

		Tillfälle 1	Tillfälle 2	Kommentar
PF ³	konfidensintervall	64,0 - 74,1	67,2 - 78,0	
	medelvärde	69,1	72,6	
	median	76,4	75,0	
RP ^{1,3}	konfidensintervall	19,7 - 34,8	26,6 - 44,1	
	medelvärde	27,3	35,4	
	median	missing	25,0	
BP ^{1,3}	konfidensintervall	40,6 - 52,3	40,5 - 53,3	
	medelvärde	46,4	46,9	
	median	41,0	41,0	
GH ^{1,3}	konfidensintervall	33,7 - 41,0	35,5 - 44,7	
	medelvärde	37,4	40,1	
	median	37,0	40,0	
VT ³	konfidensintervall	21,1 - 28,2	28,6 - 37,4	Statistiskt signifikant
	medelvärde	24,7	33,0	
	median	22,5	35,0	
SF ³	konfidensintervall	30,6 - 39,6	41,4 - 52,4	Statistiskt signifikant
	medelvärde	35,1	46,9	
	median	37,5	50,0	
RE ³	konfidensintervall	11,8 - 24,6	24,9 - 40,9	Statistiskt signifikant
	medelvärde	18,2	32,9	
	median	Missing	33,3	
MH ³	konfidensintervall	35,0 - 42,9	44,8 - 53,4	Statistiskt signifikant
	medelvärde	38,9	49,1	
	median	36,0	48,0	
Pcs ^{2,3}	konfidensintervall	37,7 - 42,	37,5 - 43,0	
	medelvärde	40,2	40,3	
	median	40,4	39,4	
Mcs ^{2,3}	konfidensintervall	20,5 - 25,2	26,9 - 31,7	Statistiskt signifikant
	medelvärde	22,8	29,3	
	median	20,8	27,2	

¹ 1 bortfall tillfälle 1

³ 46 bortfall tillfälle 2

² 3 bortfall tillfälle 1

Förklaring av förkortningar:

PF = Fysisk funktion

SF = Social funktion

RP = Rollfunktion – fysiska orsaker

RE = Rollfunktion - emotionella orsaker

BP = Smärta

MH = Psykiskt välbefinnande

GH = Allmän hälsa

pcs = Samlad fysisk hälsa

VT = Vitalitet

mcs = Samlad psykisk hälsa

Tabell 2. Upplevd livskvalitet enligt SF-36 (deltagarålder 21 till 43 år) n= 56 vid tillfälle 1, n= 37 vid tillfälle 2

		Tillfälle 1	Tillfälle 2	Kommentar
PF ^{1,4}	konfidensintervall	67,1 - 81,3	70,4 - 84,5	
	medelvärde	74,2	77,5	
	median	80	80	
RP ^{2,4}	konfidensintervall	8,9 - 34,0	20,7 - 46,4	
	medelvärde	21,4	33,6	
	median	Missing	25	
BP ^{2,4}	konfidensintervall	38,9 - 58,1	40,3 - 60,3	
	medelvärde	48,5	50,3	
	median	41	42	
GH ^{2,4}	konfidensintervall	28,5 - 39,3	32,0 - 45,5	
	medelvärde	33,9	38,7	
	median	35	35	
VT ^{1,4}	konfidensintervall	15,4 - 27,2	25,7 - 39,7	
	medelvärde	21,3	32,7	
	median	15	35	
SF ^{1,4}	konfidensintervall	25,4 - 42,4	38,1 - 54,8	
	medelvärde	33,9	46,4	
	median	25	50	
RE ^{1,4}	konfidensintervall	1,4 - 19,6	26,1 - 48,2	Statistiskt signifikant
	medelvärde	10,5	37,1	
	median	Missing	33,3	
MH ^{1,4}	konfidensintervall	31,0 - 43,5	38,4 - 51,5	
	medelvärde	37,3	44,9	
	median	36	44	
pcs ^{3,4}	konfidensintervall	37,5 - 45,2	37,7 - 45,6	
	medelvärde	41,3	41,6	
	median	40,4	39,4	
mcs ^{3,4}	konfidensintervall	16,2 - 24,1	24,6 - 31,5	Statistiskt signifikant
	medelvärde	20,2	28,1	
	median	19,3	26,9	

¹ 7 bortfall tillfälle 1

³ 10 bortfall tillfälle 1

² 8 bortfall tillfälle 1

⁴ 26 bortfall tillfälle 2

Förklaring av förkortningar:

PF = Fysisk funktion

SF = Social funktion

RP = Rollfunktion – fysiska orsaker

RE = Rollfunktion - emotionella orsaker

BP = Smärta

MH = Psykiskt välbefinnande

GH = Allmän hälsa

pcs = Samlad fysisk hälsa

VT = Vitalitet

mcs = Samlad psykisk hälsa

Tabell 3. Upplevd livskvalitet enligt SF-36 (deltagarålder 44 till 62 år) n= 52 vid tillfälle 1, n= 40 vid tillfälle 2

		Tillfälle 1	Tillfälle 2	Kommentar
PF ¹	konfidensintervall	55,4 - 74,4	59,4 - 76,2	
	medelvärde	64,9	67,8	
	median	72,5	72,5	
RP ¹	konfidensintervall	20,9 - 47,9	24,6 - 50,4	
	medelvärde	34,4	37,5	
	median	Missing	25,0	
BP ¹	konfidensintervall	33,2 - 53,7	35,1 - 52,6	
	medelvärde	43,5	43,9	
	median	41,0	41,0	
GH ¹	konfidensintervall	35,0 - 49,0	34,9 - 48,5	
	medelvärde	42,0	41,7	
	median	42,5	42,5	
VT ¹	konfidensintervall	20,3 - 33,0	26,8 - 39,2	
	medelvärde	26,6	33,0	
	median	30,0	30,0	
SF ¹	konfidensintervall	29,6 - 42,3	39,9 - 55,8	
	medelvärde	35,9	47,8	
	median	37,5	50,0	
RE ¹	konfidensintervall	12,6 - 35,7	18,7 - 43,0	
	medelvärde	24,2	30,8	
	median	Missing	Missing	
MH ¹	konfidensintervall	34,5 - 47,7	46,7 - 58,9	
	medelvärde	41,1	52,8	
	median	38,0	52,0	
pcs ¹	konfidensintervall	35,0 - 44,3	34,8 - 43,0	
	medelvärde	39,7	38,9	
	median	38,7	41,5	
mcs ¹	konfidensintervall	21,0 - 28,7	27,1 - 34,2	
	medelvärde	24,8	30,7	
	median	21,9	27,8	

¹ 8 bortfall tillfälle 1, 20 bortfall tillfälle 2

Förklaring av förkortningar:

PF = Fysisk funktion

SF = Social funktion

RP = Rollfunktion – fysiska orsaker

RE = Rollfunktion - emotionella orsaker

BP = Smärta

MH = Psykiskt välbefinnande

GH = Allmän hälsa

pcs = Samlad fysisk hälsa

VT = Vitalitet

mcs = Samlad psykisk hälsa

**Tabell 4. Upplevd livskvalitet vid tredje tillfället hos de deltagare som fick SE,
n=38**

(Normalpopulationens referensvärde = 50)

pcs	konfidensintervall	35,9 - 44,9
	medelvärde	40,4
	median	37,1
mcs	konfidensintervall	23,9 - 32,7
	medelvärde	28,3
	median	25,6

Summering av resultat

I tabell 1 visades signifikanta skillnader i skalorna VT, SF, RE, MH och mcs när tillfälle ett jämfördes med tillfälle två.

Deltagarna delades även i två grupper baserat på ålder, se tabell 2 och tabell 3. Bland de yngre deltagarna (21 till 43 år) uppmättes signifikanta skillnader i skalorna RE och mcs. Bland de äldre deltagarna (44 till 62 år) sågs inga signifikanta förbättringar, se tabell 3. För denna grupp kunde man alltså inte uppmäta någon statistiskt säkerställd förbättring av livskvaliteten. De skalor i denna grupp som låg närmast i att visa på signifikanta skillnader var MH och mcs.

Som synes i tabell 4 hade deltagarna fortfarande efter avslutad SE låga värden i skalorna pcs och mcs.

Slutligen gjordes en jämförelse där deltagarna delades in i grupper baserat på hur länge deltagarna varit sjukskrivna (tid i offentlig försörjning). Där såg man inga skillnader i resultat beroende på sjukskrivningslängd.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Kvantitativ metod valdes för att mäta livskvalitet hos långtidssjukskrivna kvinnor och till hjälp användes enkätinstrumentet SF-36. Vi anser att vald metod svarar till studiens syfte då livskvalitet har mätts samt att metoden lämpade sig väl i förhållande till datamaterialets kvantitet.

SF-36 är ett enkätinstrument med hög validitet och reliabilitet samt är välanvänt i flera olika länder, till exempel England och USA (Sullivan et al, 1994,) vilket vi ser som styrkor i att använda detta instrument. I vår studie användes en och samma enkät vid de tre olika tillfällena då enkäterna fylldes i. Vi menar att detta är en styrka då man använt ett standardiserat mått. Att använda sig av SF-36 anser vi varit tidsbesparande eftersom vi inte behövde utforma enkäten, vi menar också att det hade varit mer tidskrävande att intervjua respondenterna. Vidare anser vi att en styrka har varit metodens objektivitet och på så sätt ökat tillförlitligheten i resultatet. Detta till skillnad från kvalitativ metod där eventuella tolkningar skulle kunna ha gjorts av författarna och därmed kunnat påverka resultatet. Även författarens betoning av stavelser och ord tror vi kan inverka på hur respondenten uppfattar en fråga. En ytterligare styrka i att ha använt en enkät i denna studie är att det varit lättare att kvantifiera förbättring eller försämring när respondenten fått olika svarsalternativ, till skillnad från en intervju där respondenten får svara fritt på frågan.

Vi bedömer det som en styrka i studien att en del av deltagarna själva sökte till att delta i projektet Fyrklövern. Vi menar att dessa deltagare kan ha haft en ökad motivation till att komma ut på arbetsmarknaden igen.

Svagheter med instrumentet kan ha varit att deltagarna missförstod frågorna i enkäten och därmed ökat risken för feltolkningar och på så sätt påverkat studiens validitet och reliabilitet. Vi upplevde svårigheter i att förstå vissa frågor i formuläret. Även miljön anser vi kan ha påverkat studiens resultat, deltagarna fyllde oftast i enkäten på Grön rehabiliteringsverksamheterna. Detta menar vi kan vara en svaghet för studiens resultat då deltagarna kan ha blivit påverkade av miljön de befann sig i och därmed svarat på enkätfrågorna på ett missvisande positivt sätt. Vid tillfälle tre fyllde deltagarna i enkäten

tillsammans med sin jobbcoach vilket vi i allra högsta grad anser kan ha påverkat deltagarnas svar. Vi tror att om deltagarna hade fått sitta enskilt hade det kunnat ge ett mer rättvist resultat. En annan svaghet anser vi kan ha varit att deltagarna inte alltid var ärliga i sina svar utan uppgav de svar som de trodde att projektet Fyrklövern ville ha.

I studien noterades bortfall vilket vi anser vara viktigt att ha i åtanke vid tolkningen av studiens resultat. Inom hela gruppen (tabell 1) hade tillfälle ett en svarsfrekvens på 88 procent och tillfälle två en svarsfrekvens på 63 procent. Vi menar att det då är svårt att generalisera resultatet då bortfallet var relativt stort.

Resultatet bearbetades i det statistiska analysprogrammet SPSS. Till hjälp för att analysera enkätsvaren tillfrågades en forskare på institutionen som analyserade datamaterialet vilket är en styrka med avseende på studiens reliabilitet.

RESULTATDISKUSSION

Mothypotesen i vårt resultat har varit att Grön rehabilitering och SE har effekt på långtidssjukskrivna kvinnors livskvalitet vilket motsäger nollhypotesen där Grön rehabilitering och SE inte skulle haft effekt på livskvaliteten. Resultatet visade på att livskvaliteten förbättrades i vissa av skalorna hos deltagarna i projektet Fyrklövern efter intervention Grön rehabilitering och SE. Det som vi funnit intressant i vårt resultat kommer att diskuteras utifrån resultaten i tabellerna.

I tabell 1 framkom att deltagarna rapporterade en ökad livskvalitet främst i välbefinnandeskalan MH samt mcs. Deltagarna i Thorsen Gonzalez et al. (2011) studie påvisade att deltagarnas depression mildrades efter deltagande i trädgårdsterapi samt att deras psykiska hälsa förbättrades. Mcs visade på signifikant skillnad vid jämförelse av tillfälle ett med tillfälle två. Deltagarnas värden var fortfarande låga efter intervention Grön rehabilitering och SE. Socialstyrelsens (2009) folkhälsorapport visar på ökad psykisk ohälsa bland kvinnor.

Det som förvånade oss var att skalan GH i tabell 1 (den allmänna hälsan) inte förbättrades efter att ha jämfört tillfälle ett med tillfälle två efter Grön rehabilitering och SE. Majoriteten av de artiklar vi läst styrker den positivitet som Grön rehabilitering har

på den allmänna hälsan, att känna sig frisk och att ha hälsa (Perrins-Margalis et al, 2008). I Ottosson och Grahn (2006) studie framkom om vikten av naturvivelser för positiva effekter på människans hälsa, däribland att känna sig frisk. En tolkning av att GH inte visade på förbättring kan vara att deltagarna behöver en längre period av Grön rehabilitering för att påvisa effekt på den allmänna hälsan. Flertalet deltagare hade ju varit sjukskrivna under en längre tid (flera år). Vidare kan resultatet tolkas som att dessa kvinnor kan känna och uppleva en maktlöshet i sin situation vilket kan påverka den allmänna hälsan och utgöra en risk för hälsan.

I resultatet i tabell 1 framkom även att PF (fysisk funktion) inte förbättrats efter Grön rehabilitering. Enligt Eriksson (1994) ses människan som en helhet bestående av kropp, själ och ande. Människans fysiska respektive psykiska tillstånd hänger samman och påverkar varandra vilket i praktiken kan innebära att om människan har en god psykisk hälsa påverkar detta även den fysiska hälsan positivt. Därför borde skalan PF visat på en förbättring för deltagarna efter Grön rehabilitering i och med att skalan MH visade på en förbättring. En orsak kan ha varit att flertalet deltagare som är långtidssjukskrivna har värkproblematik vilket även påvisas inom forskning, där värk ofta ligger till grund för kvinnors sjuk- och aktivitetsersättningar (Socialstyrelsen, 2009).

Vidare framkom i resultatet i tabell 2 förbättringar av livskvaliteten vilket visade sig i skalan RE i åldrarna 21 till 43 år. Eventuella orsakerna till att RE förbättrats hos dessa deltagare gentemot åldersgruppen 44-62 år (tabell 3) kan vara att de yngre har bättre fysisk hälsa än de äldre deltagarna. De har kanske bättre ork och kapacitet att klara av vardagen. De yngre deltagarna (21 till 43 år) hade sämre värden relaterade till livskvalitet än de äldre deltagarnas värden.

I tabell 4 sågs låga poäng i skalorna pcs och mcs efter avslutad SE. Dessa kvinnor har fortfarande en nedsatt hälsa fysiskt och psykiskt. Detta kan tyda på att SE inte hade någon effekt på kvinnornas livskvalitet, men eftersom att bortfallet var relativt stort bör man ha detta i åtanke vid tolkningen. För att få en mer rättvis bild av effekten av SE bör en större population behöver användas.

Av resultatet framkom att tid i offentlig försörjning bland de långtidssjukskrivna kvinnorna inte hade någon betydelse på deras livskvalitet. Resultatet motsade vår

förförståelse att de kvinnor som varit sjukskrivna under en längre tid (> 5 år) skulle ha sämre livskvalitet än de kvinnor som varit sjukskrivna kortare tid (< 5 år). Utifrån detta resultat menar vi att livskvalitet kan uppnås även om personen i fråga varit sjukskriven länge.

Som en helhet beskriver resultatet att långtidssjukskrivna kvinnor är en mycket sårbar grupp som är i stort behov av stöd och hjälp från hälso- och sjukvården. Av datamaterialet framgick att deltagarna generellt skattat sin livskvalitet som låg enligt poängskala för SF-36. Det är av vikt att uppmärksamma denna utsatta grupp i samhället och arbeta för att främja deras hälsa och välbefinnande. Enligt Socialstyrelsen (2009) är långtidssjukskrivningar som är relaterade till psykisk ohälsa något som ökar bland befolkningen. Detta gör att hälso- och sjukvården, men framförallt primärvården behöver satsa resurser. Projektet Fyrklövern startades i syfte att minska den ojämlika hälsan bland könen. Detta är ett steg i rätt riktning att minska dessa klyftor då det inom hälso- och sjukvården behövs ett medvetet genusperspektiv som genomsyrar vården för att minska denna ojämlikhet.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) har distriktssköterskan skyldighet att ge god vård på lika villkor oavsett kön, ålder, etnicitet och religion. Distriktssköterskan har en viktig roll i mötet med patienten. Att vara långtidssjukskriven kan innebära ett lidande för individen. Eriksson (1994) menar att lidandet är en naturlig del i människans liv, alla lider någon gång, i olika situationer och händelser som uppkommer under livets gång.

Forskning visar att långtidssjukskrivna ofta lider av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2009). Arvidsson och Skärsäter (2006) belyser vikten av bland annat social gemenskap och värdefulla aktiviteter för att människan ska uppnå hälsa. Därför kan Grön rehabilitering vara en bra intervention för dessa patienter då denna metod innefattar social samvaro med andra människor samt gruppaktiviteter. Att rehabiliteras i grupp passar dock inte alla. Distriktssköterskan har då en viktig roll i egenvårdssyfte för patienten. Till exempel kan denne skriva ut fysisk aktivitet på recept (FaR), rådgivning gällande kost, stress, sömn, vila och alkohol. Detta resonemang överensstämmer med Socialstyrelsens (2003) rapport om stressrelaterad psykisk ohälsa där ovanstående delar bör vara områden som exempelvis distriktssköterskan ska arbeta med för att öka

patientens hälsa. Genom empowerment kan distriktssköterskan hjälpa långtidssjukskrivna kvinnor att klara av sin situation. Askheim (2007) skriver om individen som oberoende, kompetent och förmågan att styra över sitt eget liv. Personen har makt till att fatta egna beslut över sin hälsa och distriktssköterskan är då en viktig resurs i stöttning av detta. Om distriktssköterskan arbetar med empowerment genom att stärka individen i att bemästra sin situation skulle det kunna leda till att flertalet långtidssjukskrivna ökar sin hälsa och livskvalitet.

Ottosson (2006) skriver om naturupplevelse på recept (NaR). Detta är ingenting som i nuläget används inom hälso- och sjukvården. NaR skulle kunna användas på liknande sätt som FaR. Tidigare forskning visar på att naturen har en god och positiv effekt på hälsan, både fysiskt och psykiskt. Förhoppningsvis medför detta ett ökat intresse inom hälso- och sjukvården att implementera denna typ av rehabiliteringsmetod. Distriktssköterskan bör ha en ökad medvetenhet för naturens positiva effekt på människors hälsa.

Distriktssköterskan bör i allra högsta grad vara delaktig i att individen ska uppleva en god psykisk hälsa. Genom att upprätta en god kommunikation kan detta leda till att individen känner sig trygg i mötet med distriktssköterskan. Individen kan då ha lättare för att prata om sin situation och känna stöd. Travelbee (2006) belyser vikten av att upprätta en god kommunikation med individen och vårdarens ansvar hur denne förhåller sig till individen.

Ur ett distriktssköterskeperspektiv är det viktigt att fånga upp yngre kvinnor för att i ett tidigt skede påbörja rehabilitering med syfte att komma ut på arbetsmarknaden så fort som möjligt. Samordning med olika yrkesprofessioner såsom läkare, arbetsterapeut och sjukgymnast är viktiga samarbetspartners för distriktssköterskan med avsikt att öka hälsan för dessa kvinnor. Även äldre kvinnor är en viktig målgrupp att arbeta med. Inte minst gällande stöd och motivation till att återgå till arbetet. Enligt Travelbee (2006) är relationen mellan sjuksköterskan och patienten av betydelse för att god omvårdnad skall uppnås. Det är av vikt att etablera en människa till människa relation parterna emellan för att patienten skall känna trygghet i mötet sjuksköterskan. Travelbees synsätt är till god hjälp för distriktssköterskan i mötet med dessa kvinnor då de många gånger kan känna skuld och skam över att vara långtidssjukskrivna.

När distriktssköterskan möter långtidssjukskrivna kvinnor är det viktigt att ha ett helhetsperspektiv för att kunna möta individens behov både fysiskt och psykiskt vilket Eriksson (1994) utgår från där människan ses som en helhet bestående av kropp, själ och ande. Enligt vårdvetenskapen ska omvårdnaden genomsyras av detta helhetstänkande vilket vi anser är av största betydelse för dessa kvinnor i mötet med hälso- och sjukvården.

UPPDELNING

Litteraturen till bakgrunden delades upp mellan författarna och diskuterades sedan gemensamt och sammanfördes. Artikelsökningar gällande tidigare forskning gjordes gemensamt av båda författarna. Artiklarna delades sedan upp mellan författarna och lästes enskilt, därefter diskuterades valda artiklar mellan författarna och sammanfattades. Tolkning och bearbetning av datamaterialet gjordes av båda författarna, detta var en förutsättning för att resultatet skulle kunna diskuteras. Båda författarna har resonerat och analyserat alla delar i uppsatsen tillsammans.

SLUTSATS

Slutsatsen av vårt resultat visade på att kombinationen Grön rehabilitering och SE hade effekt hos långtidssjukskrivna kvinnors livskvalitet i SF:36 frågeformulär. De yngre deltagarna visade sig ha förbättrat livskvaliteten efter Grön rehabilitering och SE gentemot de äldre kvinnorna. Det mest anmärkningsvärda i studien var att de yngre deltagarna hade sämre livskvalitet än de äldre deltagarna vid projektets start. Detta gör att det är av vikt för distriktssköterskan att vara lyhörd och uppmärksam vid mötet med denna grupp. Vidare framkom i resultatet att tid i offentlig försörjning inte hade någon betydelse för livskvaliteten bland långtidssjukskrivna kvinnor. Distriktssköterskan bör fånga upp långtidssjukskrivna kvinnor oavsett sjukskrivningslängd genom till exempel kartläggning av kvinnans situation i form av samtal.

Den psykiska ohälsan ökar allt mer i samhället, framförallt bland kvinnor. Tidigare forskning samt vårt resultat visar på betydelsen av naturen bland långtidssjukskrivna kvinnor. Distriktssköterskan kan använda sig av denna kunskap i sitt hälsofrämjande arbete med denna grupp inom primärvården. Till exempel kan promenader och

utevistelser ordinerar. Även stöd och samtal är värdefulla delar att arbeta med. Långtidssjukskrivna människor kan många gånger uppleva ett lidande över sin situation, distriktssköterskan har då i allra högsta grad en viktig roll i att stötta denne och etablera en förtroendefull relation för att trygghet och tillit ska uppnås hos en person som är långtidssjukskriven.

Efter att ha skrivit denna uppsats och inom området psykisk ohälsa relaterat till långtidssjukskrivningar bland kvinnor har vi fått en bekräftelse och en påminnelse om hur omfattande denna problematik faktiskt är. För att minska ohälsan bland denna utsatta grupp är det av största vikt att ta detta på allvar. Enligt Kompetensbeskrivningen för distriktssköterskan är ett specifikt kompetensområde stress och psykisk ohälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Inom primärvården bör satsningar göras för att komma till rätta med att minska ohälsan inom denna grupp, till exempel specifika mottagningar som arbetar med psykisk ohälsa inriktat på stress, utmattningssyndrom och ångestproblematik.

För framtida forskning menar vi att det hade varit intressant att undersöka livskvaliteten bland långtidssjukskrivna kvinnor och män i förhållande till socioekonomiska aspekter då detta har betydelse för människors hälsa.

REFERENSER

- Allardt, E. (1977). *Att ha, att älska, att vara*. Lund: Argos.
- Andersson, O., Axelsson, C., Barregård, E., Magnusson, E., & Martinsson, K. (2009). *Fyrklövern – minska kvinnors sjukfrånvaro*. Göteborg.
- Arvidsson, B. & Skärsäter, I. (2006). *Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjandeprocesser*. Studentlitteratur: Lund.
- Askheim, O.P., & Starrin, B. (2007). *Empowerment i teori och praktik*. Malmö: Gleerup.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Studentlitteratur: Lund.
- Becker, D., Whitley, R., Bailey, EL., & Drake, RE. (2007). Long-Term Employment Trajectories Among Participants With Severe Mental Illness in Supported Employment. *PSYCHIATRIC SERVICE ps.psychiatryonline.org*, 58, (7), 922-928.
- Cook, J., Razzano, L., Burke-Miller, J., Blyler, C., Leff, S., Mueser, K., Gold, P., Goldberg, R., Shafer, M., Onken, S., McFarlane, W., Donegan, K., Carey, M., & Kaufmann, C., & Grey, D. (2007). Effects of co-occurring disorders on employment outcomes in a multisite randomized study of supported employment for people with severe mental illness. *Journal of Rehabilitation Research & Development*. 44, (6), 837-850.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Studentlitteratur: Lund.
- Eliasson, A. (2006). *Kvantitativ metod från början*. Studentlitteratur: Lund.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Liber Utbildning: Göteborg.
- Eriksson, T., Karlström, E., Jonsson, H., & Tham, K. (2010). An exploratory study of the rehabilitation process of people with stress-related disorders. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 17, 29-39.
- Gibsons, C. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 16, 354-361.
- Grahn, P., & Ottosson, Å. (2010). *Alnarpsmetoden - trädgårdsterapi. Att ta hjälp av naturen vid stress och utmattning*. Bokförlaget Bonnier Existens: Stockholm.
- Hansson, L., & Björkman, T. (2005). Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. *Scand J Caring Sci*. 19, 32-38.

Institutet för stressmedicin. (2011). *Regionalt vårdprogram-Utmattningssyndrom*.

Hämtad 2011-09-04 från Institutet för stressmedicin:

<http://stressmedicin.com/upload/Regionkanslierna/ISM%20Institutet%20f%c3%b6r%20stressmedicin/Beh%20av%20UMS/V%c3%a5rdgivare/UMS%20v%c3%a5rdprogram%202011%20slutversion%20vp.pdf>

Kin Wong, K., Chiu, R., Tang, B., Mak, D., Liu, J., Ning Chiu, S. (2008). A Randomized Controlled Trial of a Supported Employment Program for Persons With Long-Term Mental Illness in Hong Kong. *PSYCHIATRIC SERVICES ps.psychiatryonline.org*, 59, (1), 84-90.

Kostenius, C., & Lindqvist, A-K. (2006). *Hälsovägledning- från ord och tanke till handling*. Lund: Studentlitteratur.

Lundberg, U., & Wentz, G. (2004). *Stressad hjärna, stressad kropp. Om sambanden mellan psykisk stress och kroppslig ohälsa*. Wahlström & Widstrand: Stockholm.

Medin, J., & Alexandersson, K. (2000). *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Studentlitteratur: Lund.

Mitrione, S. (2008). Therapeutic Responses to Natural Environments Using Gardens to Improve Health Care. *Clinical Health Affairs*. 91 (3), 31-34.

Naess, S. (1986). *Yrkeskvinne – husmor. Gifte kvinners livskvalitet*. Oslo: INAS – rapport nr. 3.

Ottosson, J. & Grahn, P. (2006). Measures of Restoration in Geriatric Care Residences: The Influence of Nature on Elderly People's Power of Concentration, Blood Pressure and Pulse Rate. *Journal of Housing For the Elderly*, 19, (3-4), 227-256.

Perrins-Margalis, NM., Rugletic, J., Schepis, NM., Stepanski, HR., & Walsh, MA. (2008). The Immediate Effects of a Group-Based Horticulture Experience on the Quality of Life of Persons with Chronic Mental Illness. *Occupational Therapy in Mental Health*. 16, (1), 15-32.

Perski, A. (2006). *Ur balans; om stress utbrändhet och vägar tillbaka till ett balanserat liv*. Bonnier Fakta: Stockholm

Polit, D., Beck, C. (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2011-10-12 från Sveriges Riksdag:

<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>

- Siporin, S., & Lysack, C. (2004). Quality of Life and Supported Employment: A Case Study of Three Women With Developmental Disabilities. *American Journal of Occupational Therapy*. 58. 455-465.
- Smirthwaite, G. (2007). *(O)jämslällldhet i hälsa och vård - en genus medicinsk kunskapsöversikt*. EO Grafiska: Skarpnäck.
- Socialstyrelsen. (2003). *Utmattningssyndrom – stressrelaterad psykisk ohälsa*. Hämtad 2011-10-06 från Socialstyrelsen:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10723/2003-123-18_200312319.pdf
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Hämtad 2011-08-25 från Socialstyrelsen:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf
- Socialstyrelsen. (n.d.) *Supported Employment*. Hämtad 2011-09-03 från Socialstyrelsen:
<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/insatser/funktionshinder/support-edemployment>
- Statens folkhälsoinstitut. (2009). *Varför drabbas kvinnor oftare av oro, ångest och depression? En kunskapsöversikt*. Stockholm. Hämtad 2011-08-31 från Statens folkhälsoinstitut:
<http://www.fhi.se/Publikationer/Alla-publikationer/Varfor-drabbas-kvinnor-oftare-av-oro-angest-och-depression-En-kunskapsöversikt/>
- Sullivan, M., Karlsson, J., & Ware, J. (1994). *SF-36 Hälsöenkät. Svensk manual och tolkningsguide*. Sektionen för vårdforskning, Medicinska Fakulteten, Göteborgs Universitet och Sahlgrenska Sjukhuset, Göteborg.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Hämtad 2011-08-25 från Svensk Sjuksköterskeförening:
<http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/KompbeskrDistriktwebb.pdf>
- Söderback, I., Söderström, M., & Schäländer, E. (2004). Horticultural therapy: The “Healing Garden” and gardening in rehabilitation measures at Danderyd Hospital Rehabilitation Clinic, Sweden. *Pediatric Rehabilitation*. 7, (4), 245-260.

- Thorsen Gonzalez, M., Hartig, T., Grindal Patil, G., Martinsen, E.W. (2011). A Prospective Study of Existential Issues in Therapeutic Horticulture for Clinical Depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 32,73-81.
- Thorsen Gonzalez, M., Hartig, T., Grindal Patil, G., Martinsen, E.W., & Kirkevold, M. (2010). Therapeutic horticulture in clinical depression: a prospective study of active components. *Journal of Advanced Nursing*. 66(9), 2002-2013.
- Travelbee, J. (2006). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. Köpenhamn Munksgaard.
- Vetenskapsrådet. (n.d). *Forskningsetiska principer – inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2011-10-07 från Codex:
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Wiklund, L. (2010). *Vårdande vid psykisk ohälsa*. Studentlitteratur: Lund.
- World Health Organization (WHO). (1998). *WHOQOL User Manual*. Hämtad 2011-09-14 från World Health Organization:
http://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf

BILAGA 1 – FINGERAD FORSKNINGSPERSONINFORMATION



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Forskningspersoninformation

Studiens bakgrund

År 2009 beslutade regeringen att rekvirera 24,4 miljoner kronor till Försäkringskassan i syfte att minska sjukfrånvaron bland kvinnor. Projektet Fyrklövern som du kommer att ingå i innebär Grön rehabilitering (trädgårdsterapi) och Supported Employment (SE, individuellt stöd för att återgå till arbetet). Vi vill undersöka om din livskvalitet har förändrats efter intervention av dessa metoder.

Studiens genomförande

Vi kommer att använda oss av ett enkätformulär för att få in vårt datamaterial till studien. Enkäten som kommer att användas är SF-36 som är ett väl validerat och reliabilitetstestat hälsorelaterat livskvalitetsinstrument. Enkäten kommer att lämnas ut när du påbörjar Grön rehabilitering, under rehabiliteringstiden samt för vissa deltagare även efter avslutad rehabilitering (endast för de deltagare som fått SE).

Hantering av enkätmaterial och sekretess

Uppgifterna kommer att hanteras enligt personuppgiftslagen (1998:204). De insamlade SF-36 frågeformulären sammanställs så att dina besvarade frågeformulär kan sammanföras. Dina frågeformulär kommer att avkodas vilket innebär att någon koppling till enskild person kan då inte göras. Frågeformulären kommer att förvaras i ett låst skåp i 10 år hos projektledaren. Grön rehabilitering och SE bedöms inte som skadligt och besvarandet av frågeformuläret kan inte anses som skadligt. Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa är ansvariga för studien.

Frivillighet

Ditt deltagande i projektet Fyrklövern är frivilligt och kan avslutas när som helst. Ett eventuellt avslutande i studien kommer inte att påverka din fortsatta medverkan i Grön rehabilitering och SE negativt. Att besvara frågeformuläret SF-36 kommer troligen inte att göra någon nytta för dig, men beroende på vad resultatet kommer att visa kan det komma andra till godo om Grön rehabilitering och SE har positiv effekt på upplevd livskvalitet.

Ansvariga

Distriktssköterskestudent Sandra Fransson 0000-000000

Distriktssköterskestudent Frida Lundin 0000-000000

Handledare Eva Lidén 0000-000000

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa
Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet
405 30 Göteborg

BILAGA 2 – HÄLSOENKÄT (SF-36)

Hälsoenkät (SF-36)

Instruktion: Detta formulär innehåller frågor om hur Du ser på Din hälsa. Informationen skall hjälpa till att följa hur Du mår och fungerar i Ditt dagliga liv. Besvara frågorna genom att sätta ett kryss i den ruta Du tycker stämmer bäst in på Dig. Om Du är osäker, kryssa ändå i den ruta som känns riktigast.

1. I allmänhet, skulle Du vilja säga att Din hälsa är:	Utmärkt	Mycket god	God	Någorunda	Dålig
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jämfört med för ett år sedan, hur skulle Du vilja bedöma Ditt allmänna hälsotillstånd nu?	Mycket bättre nu	Något bättre nu	Ungefär detsamma	Något sämre nu	Mycket sämre nu
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. De följande frågorna handlar om aktiviteter som Du kan tänkas utföra under en vanlig dag. Är Du på grund av ditt hälsotillstånd begränsad i dessa aktiviteter nu? Om så är fallet, hur mycket?					
	Ja, mycket begränsad	Ja, lite begränsad	Nej, inte alls begränsad		
a. Ansträngande aktiviteter, som att springa, lyfta tunga saker, delta i ansträngande sporter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Måttligt ansträngande aktiviteter, som att flytta ett bord, dammsuga, skogs promenader eller trädgårdsarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Lyfta eller bära matkassar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Gå uppför flera trappor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Gå uppför en trappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. Bjuda Dig eller gå ner på knä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. Gå mer än två kilometer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h. Gå några hundra meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i. Gå hundra meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
j. Bada eller klä på Dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Under de senaste fyra veckorna, har Du haft något av följande problem i Ditt arbete eller med andra regelbundna dagliga aktiviteter som en följd av Ditt kroppsliga hälsotillstånd?		Ja	Nej		
a. Skurit ned den tid Du normalt ägnat åt arbete eller andra aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Uträttat mindre än Du skulle önskat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Varit hindrad att utföra vissa arbetsuppgifter eller andra aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Haft svårigheter att utföra Ditt arbete eller andra aktiviteter (t ex genom att det krävde extra ansträngning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Under de senaste fyra veckorna, har Du haft något av följande problem i Ditt arbete eller med andra regelbundna dagliga aktiviteter som en följd av känslomässiga problem (som t ex nedstämdhet eller ångslan)?		Ja	Nej		
a. Skurit ned den tid Du normalt ägnat åt arbete eller andra aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Uträttat mindre än Du skulle önskat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Inte gjort arbete eller andra aktiviteter så noggrant som vanligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6. Under de senaste fyra veckorna, i vilken utsträckning har Ditt kroppsliga hälsotillstånd eller Dina känslomässiga problem stort Ditt vanliga umgänge med anhöriga, vänner, grannar eller andra?

Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket	Väldigt mycket
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Hur mycket värk eller smärta har Du haft under de senaste fyra veckorna?

Inget	Mycket lätt	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Under de senaste fyra veckorna, hur mycket har värken eller smärtan stort Ditt normala arbete (innefattar både arbete utanför hemmet och hushållssysslor)?

Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket	Väldigt mycket
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Frågorna här handlar om hur Du känner Dig och hur Du haft det under de senaste fyra veckorna. Ange för varje fråga det svarsalternativ som bäst beskriver hur Du känt Dig.

Hur stor del av tiden under de senaste fyra veckorna...

	Hela tiden	Största delen av tiden	En del av tiden	Lite av tiden	Inget av tiden
a. ...har Du känt Dig riktigt piggs och stark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ...har Du känt Dig mycket nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ...har Du känt Dig så nedstämd att ingenting kunnat röntra upp Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ...har Du känt dig lugn och harmonisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ...har Du varit full av energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ...har Du känt Dig dystert och ledsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ...har Du känt Dig utsliten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ...har Du känt Dig glad och lycklig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ...har Du känt Dig trötta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Under de senaste fyra veckorna, hur stor del av tiden har Ditt kroppsliga hälsotillstånd eller Dina känslomässiga problem stort Dina möjligheter att umgås (t ex hälsa på släkt, vänner, etc)?

Hela tiden	Största delen av tiden	En del av tiden	Lite av tiden	Inget av tiden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Välj det svarsalternativ som bäst beskriver hur mycket **YART** och **ETT** av följande påstående **STÄMMER** eller **INTE STÄMMER** in på Dig.

	Stämmer precis	Stämmer ganska bra	Osäker	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer inte alls
a. Jag verkar ha lite lättare att bli sjuk än andra människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jag är lika frisk som vem som helst av dem jag känner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jag tror min hälsa kommer att bli sämre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Min hälsa är utmärkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>