



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

Livskvalitet och livstillfredsställelse i det dagliga livet efter stroke

En jämförelse mellan yngre och äldre personer

Författare: Frida Hertz,
Therese Tordenheim

Handledare: Annika Lexén

April 2011

Kandidatuppsats

Adress: Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

2011 – 04 – 15

Livskvalitet och livstillfredsställelse i det dagliga livet efter stroke

En jämförelse mellan yngre och äldre personer

Frida Hertz och Therese Tordenheim

Abstrakt

Stroke är en av våra vanligaste folksjukdomar och påverkar hela individens livssituation, däribland livskvalitet och livstillfredsställelse. Livskvalitet är individens subjektiva upplevelse av sin position i livet samt möjligheter att utföra de aktiviteter som önskas. Syftet med studien var att undersöka hur personer som drabbats av stroke skattade sin livskvalitet och livstillfredsställelse i det dagliga livet samt att undersöka om det fanns några skillnader mellan yngre och äldre personer. Studien är en kvantitativ enkätundersökning där instrumenten GQoL och LiSat använts för datainsamling. Undersökningsgruppen bestod av 36 individer, 12 yngre och 24 äldre. Resultatet av datan analyserades i SPSS 17. I resultatet framkom en samstämmighet mellan grupperna då både yngre och äldre skattade hög livskvalitet och livstillfredsställelse. Höga värden skattades främst inom familjesituation medan låga värden skattades inom sexliv, fritid och yrkessituation.

Abstract

Stroke is one of our most common diseases and affects the individual's whole life situation, including quality of life and life satisfaction. Quality of life is the individual's subjective perception of one's position in life and ability to perform desired occupations. The aim of this study was to explore how persons, affected by stroke, rated their quality of life and life satisfaction in daily life and to explore whether there were any differences between younger and older individuals. The study is a quantitative survey in which the instruments GQoL and LiSat were used for data collection. The study group consisted of 36 individuals, 12 younger and 24 older. The result of the data was analyzed in SPSS 17. The result revealed a consensus between the groups, both younger and older individuals' rated high quality of life and life satisfaction. High values were rated primarily in family life while low values were rated in sex life, leisure and vocational situation.

Nyckelord: Arbetsterapi, Gothenburg quality of life, Assessment of life satisfaction, Aktivitet

Kandidatuppsats

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund

Innehållsförteckning

Bakgrund	5
Stroke	5
Arbetsterapi	6
Arbetsterapeutens roll inom strokerehabilitering	8
Livskvalitet och livstillfredsställelse	9
Livskvalitet vid stroke	10
Arbetsterapeutens roll i arbetet för ökad livskvalitet hos strokepatienter	11
Syfte	12
Metod	12
Urvalsförfarande	12
<i>Beskrivning av undersökningsgruppen</i>	13
Tabell 1: Sociodemografisk data över undersökningsgruppen	13
Instrument för insamling av information	13
Procedur	14
Bearbetning av insamlad data	15
Etiska överväganden	15
Resultat	16
Livskvalitet	16
<i>Tabell 2: Självs kattad livskvalitet utefter Gothenburg quality of life, fördelat mellan yngre och äldre.</i>	17
Livstillfredsställelse	18
<i>Tabell 3: Självs kattad livstillfredsställelse utefter Assessment of lifesatisfaction, fördelat mellan yngre och äldre.</i>	19
Diskussion	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	22
Konklusion	25
Referenser	27

Bilaga 1: Gothenburg quality of life	31
Bilaga 2: Assesment of lifesatisfaction	36

Bakgrund

Stroke är en av våra vanligaste folksjukdomar och drabbar årligen cirka 30 000 personer i Sverige. Av dessa är drygt 6 000 personer i arbetsför ålder, det vill säga mellan 20 – 65 år. Stroke är den främsta källan till att vuxna personer drabbas av funktionshinder till följd av förvärvat neurologiskt sjukdomstillstånd samt den tredje vanligaste dödsorsaken (Norrving, Olsson & Lindgren, 2006; Riks-Stroke, 2009; Terent, 2007). Almborg, Ulander, Thulin och Berg (2010) beskriver att när en person drabbas av stroke påverkas hela individens livssituation såsom utförandet av dagliga aktiviteter, deltagandet i samhället samt den individuella livskvaliteten. Författarna menar vidare att arbetsterapeuten genom att undersöka vilka nödvändiga behov och mål som finns hos strokedrabbade patienter kan underlätta för patientens återgång till samhället samt upprätthållandet av vanor och roller, som bidrar till en god livskvalitet. Det är angeläget att arbetsterapeuten får kunskap om hur personer som drabbats av stroke i olika skeden av livet upplever sin livskvalitet för att kunna förbättra den individuella upplevelsen av livskvalitet inom olika områden i det dagliga livet.

Det finns ett flertal studier som beskriver livskvalitet efter stroke hos äldre individer medan studier som beskriver upplevelsen av livskvalitet hos yngre personer är betydligt färre (Smouth, Koudstaal, Ribbers, Janssen & Passchier, 2001). Det finns en avsaknad av studier i syfte att undersöka samband och skillnader mellan dessa två grupper, yngre och äldre strokedrabbade personers livskvalitet.

Stroke

Stroke, eller slaganfall som det även kallas, definieras enligt WHO som en snabbt påkommande fokal störning av hjärnans funktion med symtom som varar minst 24 timmar eller leder till döden, och där orsaken inte uppenbarligen är annan än vaskulär (Lindgren, 2007). Begreppet stroke är ett samlingsnamn för hjärninfarkter och hjärnblödningar (Riks-Stroke, 2009). Hjärninfarkter utgör cirka 85 procent av alla stroke och är detsamma som en blodpropp i de kärl som förser hjärnan med syre och näring (Lindgren, 2007). Hjärnblödningar utgör cirka 15 procent och innebär att blodkärl i hjärnan är försvagade och brister. Detta kan ske både inuti hjärnan och mellan hjärnhinnorna (Hårdemark, 2007). De vanligaste riskfaktorerna för att drabbas av stroke tas upp av Gottsäter (2007), men framgår

även i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård (2010), och är förträngning av hjärnans blodkärl, högt blodtryck, förmaksflimmer, diabetes mellitus och rökning. Icke påverkbara riskfaktorer är hög ålder, manligt kön och genetiska avvikelser.

Symtomen vid stroke kommer plötsligt och uppenbarar sig i form av fokala bortfall, det vill säga symtomens lokalisation beror på vilken del av hjärnan som drabbats (Lindgren, 2007). Enligt Pessah-Rasmussen (2007) kan dessa uppenbara sig i form av synliga och dolda funktionsnedsättningar. De fysiskt synliga symtomen är till exempel neglekt som innebär sänkt medvetenhet om den vänstra kroppshalvan och omgivningen, kommunikationssvårigheter i form av impressiv och expressiv afasi, yrsel såsom koordinationssvårigheter och problem vad gäller balans samt halvsidig förlamning. De dolda symtomen är till exempel trötthet, nedsatt minne, koncentrationssvårigheter, nedsatt förmåga att kontrollera känslor samt problem med sexualiteten. Pessah-Rasmussen beskriver även att återhämtningen efter en stroke sker snabbast under de fyra första veckorna och avtar sedan gradvis. Det sker då en tydlig förbättring och de neurologiska symtomen minskar. Vidare menar hon att symtomen i sin tur kan leda till aktivitetsproblem och minskad delaktighet inom flera olika aktivitetsområden såsom personlig vård, fritid och arbete. Exempel på aktiviteter som kan påverkas och begränsas är toalettbesök, på- och avklädning, matlagning och städning (Eriksson & Wallgren, 2001; Svensson, 2001). Arbetsterapi syftar till att möjliggöra utförandet av meningsfulla aktiviteter och spelar därför en viktig roll inom strokerehabilitering (Moyers, 2005).

Arbetsterapi

Arbetsterapi syftar till att öka människors hälsa och välbefinnande genom att öka förutsättningarna för utförandet av aktiviteter inom en särskild miljö (Moyers, 2005). Aktiviteterna ska vara meningsfulla, utvecklande och ge utrymme för individen att uttrycka sin identitet. Detta på grund av att människan är en aktiv varelse och delaktighet i aktivitet främjar både livstillfredsställelsen och den fysiska, psykiska och emotionella hälsan (Jonsson & Josephsson, 2005; Wilcock, 2005). Baum, Bass-Haugen och Christiansen (2005) beskriver att ett klientcentrerat arbetssätt tillämpas där individens egna behov och önskningar står i centrum.

De centrala begreppen inom arbetsterapi är person, aktivitet och miljö. Inom den arbetsterapeutiska praxismodellen The Model of Human Occupation (MOHO) (Kielhofner, 2008; Kielhofner, 2009), tas samspelet mellan de tre begreppen upp och syftet är att förklara hur dessa påverkar varandra i ett aktivitetsutförande.

Personkomponenten inom MOHO (Kielhofner, 2008; Kielhofner, 2009) är indelad i tre underkategorier. Den första, viljekraftssystemet, består av individens syn på sig själv som aktiv varelse och är de fysiska, kognitiv och sociala förmågor individen besitter samt hur effektivt dessa färdigheter används för att uppnå olika mål. Den omfattar även värderingar och intressen. Värderingar är viljan av att utföra det som upplevs viktigt och meningsfullt medan intressen är det individen finner glädjefyllt och njutbart. Den andra underkategorin, vänjandesystemet, innehåller individens handlingar i form av roller och vanor. Den tredje består i sin tur av tre delar. Dels den objektiva komponenten som innefattar andra personers uppfattning av en individs förmågor samt de faktiska funktionsnedsättningarna som förekommer, dels den subjektiva komponenten som är individens egen uppfattning av förmågorna samt hur de används i utförandet av aktiviteter. Slutligen tas ”The lived body” upp, vilket innebär tidigare erfarenheter, vilket gör att en del aktiviteter utförs på rutin.

Vidare menar Kielhofner (2008; 2009) att människan har ett biologiskt behov av att interagera med omgivningen. Miljökomponenten inom MOHO består av flera olika kontexter. Den fysiska miljön delas in i naturliga eller byggda platser och naturliga eller tillverkade objekt. Den sociala miljön är människor i individens omgivning och hur de påverkar aktivitetsutförandet. Dessa både influerar och influeras av kulturella, politiska och ekonomiska kontexter. En lagom utmanande miljö som stämmer överens med individens förmågor kan vara stimulerande och öka prestationsförmågan i aktiviteter. Om miljön kräver långt under individens förmågor kan det framkalla ointresse och tristess medan en miljö som är för krävande kan leda till ångslan och känsla av hopplöshet (Kielhofner, 2008; Kielhofner, 2009).

Inom MOHO (Kielhofner, 2008; Kielhofner, 2009) är aktivitetskomponenten indelad i olika utförandedimensioner. Delaktighet i arbete, fritid och dagliga aktiviteter, aktivitetsutförande samt flera målinriktade handlingar som tillsammans blir en aktivitet. För att utföra dessa handlingar och på så sätt även en aktivitet, krävs motoriska, kognitiva och kommunikations- och interaktionsfärdigheter.

Sammanfattningsvis är alltså syftet med arbetsterapeutisk intervention att öka delaktigheten i meningsfulla aktiviteter för personer som på grund av skada eller sjukdom riskerar problem i aktivitetsutförandet (Moyers, 2005). Interventionerna görs på person-, miljö eller aktivitetsnivå och avser att främja och bibehålla hälsa. Målet är att individen ska kunna vara aktiv och uppleva hög livskvalitet och tillfredställelse med livet (Youngstrom & Brown, 2005).

Arbetsterapeutens roll inom strokerehabilitering

Som tidigare nämnts har arbetsterapeuten en viktig roll inom strokerehabiliteringen. Tillsammans med sjukgymnast, kurator och talpedagog bildas ett team som arbetar för att minska funktionsnedsättning samt bibehålla funktioner hos personen. Målet med arbetsterapi för personer med stroke är att möjliggöra för varje individ att kunna utföra meningsfulla aktiviteter samt kunna leva upp till sina önskade och förväntade roller inom dessa aktiviteter (Shapero Sabari, 2001). Strokerehabilitering syftar till att främja maximal fysisk, psykisk och social förmåga samt fritids-, arbets- och personliga dagliga aktiviteter utifrån klientens önsknings- och livsrelaterade mål (Socialstyrelsen, 2010). Vidare beskriver Shapero Sabari (2001) att arbetsterapeuten utreder underliggande motoriska, kognitiva, perceptuella och interpersonella förmågor. Beroende av personens nuvarande potential och funktionsnedsättning underlättar arbetsterapeuten aktivitetsutförandet genom att förbättra utförandeförmågan samt utvecklar kompensatoriska strategier genom att övervinna förlusten av förmågor hos individen. Arbetsterapeuten kan även träna in nya sätt att utföra aktiviteter på och har kunskap om tekniska hjälpmedel vilka är designade för att möjliggöra för personer med funktionshinder att fungera så självständigt i samhället som möjligt.

Eftersom stroke är en så pass vanlig folksjukdom möter arbetsterapeuten patienter som drabbats av stroke i många olika områden inom sjukvården, såsom akutvård och rehabilitering (Riks-Stroke, 2009). Det är av stor betydelse att rehabilitering påbörjas i ett tidigt skede och att den är klientcentrerad, välplanerad samt att en livslång uppföljning för strokedrabbade personer tillämpas (Almborg et al., 2010; Jaracz & Kozubski, 2003; Socialstyrelsen, 2010). Uppföljningen över tid är viktig då funktions- och aktivitetsförmågan kan ändras både till det bättre och till det sämre och det i sin tur påverkar den individuella upplevelsen av livskvalitet (Jaracz & Kozubski, 2003; Svensson, 2001).

Livskvalitet och livstillfredsställelse

Livskvalitet och livstillfredsställelse är begrepp som står i direkt relation till varandra. Livskvalitet innefattar individens subjektiva upplevelse inom flera områden (Almborg et al., 2010; Röding, Glader, Malm & Lindström, 2010; Shapero Sabari, 2001; Smouth et al., 2001) och kan delas upp i två dimensioner (Vestling, Ramel & Iwarsson, 2005), den objektiva och den subjektiva. Exempel på den subjektiva dimensionen är livstillfredsställelse och välbefinnande, där livstillfredsställelse ses som en del av livskvaliteten och innebär möjligheten att kunna utföra de aktiviteter som individen vill och behöver klara av. Detta är beroende av att individen (Vestling et al., 2005; Bass & Christiansen, 2005; Röding et al., 2010) kan ägna sig åt värdefulla intressen, skapa meningsfulla erfarenheter och relationer i förhållande till sin livsplan.

Livskvalitet definieras enligt WHO (Baum & Christiansen, 2005; Fayers & Machin, 2007) som individens uppfattning om sin egen position i livet utifrån den kultur och de värderingar individen har och i relation till individens mål, förväntningar och normer. I definitionen beskrivs också att livskvalitet har ett tydligt samband med hälsa, vilket innebär fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom. Detta är sammankopplat med livskvalitetens komponenter av glädje och tillfredsställelse vilket är en subjektiv upplevelse och har olika betydelse för varje enskild individ. WHO:s definition av livskvalitet har stora likheter med de definitioner som gjorts i tidigare forskning (Almborg et al., 2010; Röding, Glader, Malm & Lindström, 2010; Shapero Sabari, 2001; Smouth et al., 2001). Individens subjektiva upplevelse av välbefinnande samt förmågan att kunna uppnå individuella mål och förväntningar betonas, vilket i sin tur påverkas av en mängd olika fysiska, funktionella, psykologiska och sociala faktorer. Dock skiljer sig studien av Almborg et al. (2010) något åt från övriga då de nämner att upplevelsen av livskvalitet även påverkas av ålder och kön då till exempel yngre personer har bättre fysiska förmågor och på så sätt även lättare för att utföra aktiviteter och uppnå sina mål. Genom att mäta livskvalitet hos individer (Fayers & Machin, 2007) kan olika aspekter upptäckas som påverkas av sjukdom eller behandling av sjukdom, till exempel konsekvenser såsom arbetslöshet och finansiella svårigheter.

Livskvalitet vid stroke

Livskvalitet efter stroke är när människan trots funktionsnedsättningar och begränsningar är en integrerad, aktiv och produktiv medlem i samhället (Vestling, Tufvesson & Iwarsson, 2003). Resultatet ifrån Almborg et al. (2010) och Jaracz & Kozubskis (2003) studier, som undersökt livskvalitet hos personer som drabbats av stroke, visar att strokepatienter skattar lägre livskvalitet än friska människor, som lever under samma förutsättningar vad gäller ålder, familjesituation och boende. Både Almborg et al. (2010) och Jaracz och Kozubski (2003) nämner ett tydligt mönster vad gäller upp- och nedgångar i livskvaliteten. I det akuta skedet, det vill säga under sjukhusvistelsen direkt efter insjuknandet i stroke, har individerna en pessimistisk syn på sin livssituation och framtid. Efter cirka en månad har deras livskvalitet ökat avsevärt, mycket tack vare att de återfått fysiska funktioner och kan utföra dagliga aktiviteter igen. Dock förändras upplevelsen av livskvalitet på lång sikt och efter drygt ett halvår ses en betydande minskning hos strokepatienterna.

Tidigare forskning påvisar att det finns faktorer som påverkar livskvaliteten både positivt och negativt (Almborg et al., 2010; Jaracz & Kozubski, 2003; Shapero Sabari, 2001; Smouth et al., 2001, Vestling et al., 2005). De faktorer som är mest avgörande för upplevelsen av en god livskvalitet hos strokepatienter är bland annat goda familjerelationer som fungerar som ett emotionellt stöd, förmåga att kunna ägna sig åt utomhusaktiviteter såsom att resa och besöka platser och vänner utanför hemmet samt att ha kontroll över sitt eget liv. De faktorer som inverkar negativt för livskvaliteten är främst avsaknad av känslomässigt stöd, depression, rollförlust och nedsatt fysisk funktion. Dock är det viktigt att ta hänsyn till att dessa nämnda faktorer är långt ifrån alla de som har inverkan på livskvaliteten. Flera andra faktorer spelar in då livskvalitet är en subjektiv upplevelse. Almborg et al. (2010) och Jaracz & Kozubski (2003), menar också att eftersom livskvalitet är ett komplext fenomen behövs ytterligare studier som belyser detta område.

Ett flertal studier (Almborg et al., 2010; Jaracz & Kozubski, 2003; Röding et al., 2010) tar även upp betydelsen av kön och ålder, det vill säga huruvida olika opåverkbara faktorer påverkar livskvaliteten. Dessa studier beskriver också att kvinnor som insjuknat i stroke i allmänhet skattar lägre livskvalitet än män. Detta på grund av att de i större utsträckning drabbas av depression vilket påverkar utförandet av dagliga aktiviteter och det sociala deltagandet genom utanförskap i samhället. I en av studierna (Röding et al., 2010) ges en

tydlig bild av detta, då kvinnorna skattade lägre värden inom allt förutom sexliv och relationer jämfört med männen. Det gällde till exempel tillfredsställelse med livet som helhet, ADL, fritid och kontakt med vänner. Till författarnas vetskap finns ingen studie som tar upp skillnader mellan yngre och äldre individer. Dock visar studier (Almborg et al., 2010; Jaracz & Kozubski, 2003; Shapero Sabari, 2001; Smouth et al. 2001) som inte är åldersspecifiserade på en skattning av högre livskvalitet jämfört med studien som enbart mäter livskvaliteten hos yngre personer (Röding et al., 2010).

Arbetsterapeutens roll i arbetet för ökad livskvalitet hos strokepatienter

Som tidigare nämnts är det av största vikt att arbetsterapeuten har ett klientcentrerat arbetssätt vid arbete med personer som drabbats av stroke (Almborg et al., 2010; Jaracz & Kozubski, 2003; Röding, Glader, Malm & Lindström, 2010; Shapero Sabari, J, 2001; Smouth et al., 2001). Det innebär att individens egna mål, önsknings- och prioriteringar står i fokus och ligger till grund för det kommande arbetet samt att det är individen som står för det avgörande beslutstagandet (Baum & Christiansen, 2005). Arbetsterapeuten ska se till att ta vara på individens intressen för att öka motivationen och meningsfullheten och bidra till ett aktivt deltagande i samhället. Det är även av yttersta vikt att se till hela livssituationen och ta med familjen i arbetsprocessen för att ge ökad förståelse och delaktighet (Almborg et al., 2010; Vestling et al., 2005).

Vuxna oavsett ålder upplever stimulans och välbefinnande genom deltagandet i ett flertal olika roller. Tidigare forskning (Shapero Sabari, 2001) påvisar att deltagande i roller främjar livskvaliteten samt att individer med flera roller upplever ett högre välbefinnande än de med få roller. Familje-, aktivitets- och fritidsroller bidrar till en känsla av självidentitet och identitetsutveckling. Meningsfulla aktiviteter är direkt kopplade till en individs sociala roller. Eftersom sociala roller avgör vilka aktiviteter som är meningsfulla för individen är det av stor betydelse att arbetsterapeuten har detta i åtanke vid måluppsättning och interventioner. Till exempel, om en person uppger en av sina tidigare roller som trädgårdsmästare så främjar aktiviteten att plantera växter meningsfullhet. Äldre personer över 60 år har ofta förvärvat ett flertal livsrelaterade roller och de rapporterar högre psykiskt välbefinnande än de individer som har ett lägre antal roller. Att äldre personer får möjligheten att ägna sig åt delaktighet inom till exempel fritidsroller bidrar det till högre livskvalitet och meningsfullhet hos individen (Shapero Sabari, 2001). För de yngre individerna som drabbas av stroke är det av

stor betydelse att kunna återgå till arbetet (Vestling et al., 2003; Vestling et al., 2005). Arbetet är ett sätt för individen att vara produktiv, försörja sig själv samt att känna sig behövd i samhället. Rollen som arbetande människa berikar erfarenheter, ger utmaningar samt utvecklar och fullbordar personligheten. Yngre personer skattar ofta arbete som en meningsfull aktivitet som även främjar välbefinnandet samt är en viktig del för att uppnå livskvalitet. För arbetsterapeuten handlar det om att hjälpa individen att se möjligheter för återgång till arbetet och diskutera samt träna för att kunna möjliggöra detta (Vestling et al., 2005).

Genom att undersöka livskvalitet hos strokedrabbade personer i olika åldrar, ges en bättre förståelse för vilka faktorer som påverkar livskvaliteten i olika skeden av livet och denna kunskap kan bidra till utveckling av arbetsterapeutiska interventioner i syfte att förbättra stroke drabbade personers livskvalitet.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur personer som drabbats av stroke skattar sin livskvalitet och livstillfredsställelse i det dagliga livet samt att undersöka om det finns någon skillnad mellan yngre och äldre personer.

Metod

För att nå ut till en stor mängd människor på kort tid, genomfördes en enkätundersökning.

Urvalsförfarande

Urvalet gjordes utifrån den icke slumpmässiga metoden, målinriktad sampling. Den innebär ett avsiktligt urval av undersökningspersoner utifrån olika, i förväg, fastställda kriterier (DePoy & Gitlin, 1999). Genom att använda målinriktad sampling nådde vi ut till individer som drabbat av stroke och som under 2011 rehabiliteras på dagrehabiliteringar, rehabiliteringscenter eller genom hemrehabilitering runt om i Sverige.

Urvalskriterierna var att individerna skulle vara (1) diagnostiserade med stroke, (2) svensktalande, (3) självständigt kunna förstå och uttrycka sig i tal och skrift samt (4) att det skulle gått minst en månad sedan insjuknandet.

Beskrivning av undersökningsgruppen

Undersökningsgruppen, (se tabell 1), bestod av totalt 36 personer. Av dessa var 12 personer yngre, det vill säga upp till 65 år gamla, och 24 personer äldre, det vill säga 65 år eller äldre. Åldersspannet varierade mellan 33 och 91 år, medianåldern var 68 år. Bortfallet var stort då antalet enkäter som skickades ut var 112 stycken.

Tabell 1: Sociodemografisk data över undersökningsgruppen (n=36)

	Yngre – Upp till 65 år	Äldre – 65 år eller äldre
Totalt	(n=12) 33,3 %	(n=24) 67,6 %
Kön		
Man	(n=4) 11,1 %	(n=12) 33,3 %
Kvinna	(n=8) 22,2 %	(n=12) 33,3 %
Boendesituation		
Ensamboende	(n=4) 11,1 %	(n=10) 27,8 %
Sammanboende	(n=8) 22,2 %	(n=14) 38,9 %
Barn		
Ja	(n=10) 27,8 %	(n=21) 58,3 %
Nej	(n=2) 5,6 %	(n=3) 8,3 %
Sysselsättning		
Arbetar	(n=2) 5,7 %	(n=0) 0 %
Arbetslös	(n=0) 0 %	(n=0) 0 %
Sjukskriven	(n=5) 14,3 %	(n=0) 0 %
Pensionär	(n=5) 14,3 %	(n=24) 67,6%

Instrument för insamling av information

Metoden som användes vid datainsamlingen till denna studie var enkäter, Gothenburg quality of life instrument (se bilaga 1) och Assessment of life satisfaction (se bilaga 2), där undersökningspersonerna självständigt skattade den upplevda livskvaliteten och livstillfredställelsen. Instrumenten ger en bild av personens subjektivt upplevda livskvalitet inom flera olika livsområden. Gothenburg quality of life och Assessment of life satisfaction

har i tidigare genomförda studier visat sig ha hög reliabilitet och validitet. I exempelvis Vestling, Ramel & Iwarssons (2005) studie bedömdes reliabiliteten till 0.85 och 0,87 för respektive instrument.

Gothenburg quality of life instrument, GQoL, är uppdelad i två delar, en för förekomst av olika symtom och en för skattning av den fysiska, mentala och sociala välbefinnandet. Tillsammans ger de två delarna en bild av den självskattade livskvaliteten och vilka faktorer som påverkar den. Exempel på symtomen som tas upp är sömnsvårigheter, yrsel och koncentrationssvårigheter. De ska skattas ifall de förekommit eller ej under de tre senaste månaderna. Exempel på faktorer som påverkar välbefinnandet är familjesituationen, ekonomin, energi och självförtroende. Skattningen görs på en sjugradig skala som går från ”utmärkt, kan inte vara bättre” till ”väldigt dåligt” (Sullivan, Karlsson, Bengtsson, Furunes, Lapidus & Lissner, 1993; Vestling et al., 2005).

Assessment of life satisfaction, LiSat-9, tar upp den subjektiva tillfredsställelsen inom 9 olika livsrelaterade områden såsom till exempel tillfredsställelse med livet som helhet, yrkessituation, sexlivet, ekonomi och utförande av dagliga aktiviteter. Varje område skattas på en sexgradig skala som går från ”mycket otillfredsställande” till ”mycket tillfredsställande” (Fugl-Meyer, Bränholm & Fugl-Meyer, 1991; Vestling et al., 2005).

Båda instrumenten har en tydlig arbetsterapeutisk koppling. De tar upp person-, miljö- och aktivitetskomponenter och hur dessa olika faktorer kan inverka på den upplevda livskvaliteten och livstillfredsställelsen. Person, miljö och aktivitet (Kielhofner, 2008; Kielhofner, 2009) är det centrala inom arbetsterapi och den arbetsterapeutiska praxismodellen MOHO.

Procedur

Efter att studien godkänts av Vårdvetenskapliga etiknämnden, kontaktades arbetsterapeuter, verksamma inom dagrehabilitering, hemrehabilitering, kommunal rehabilitering och på rehabiliteringscentra runt om i Sverige. Arbetsterapeuterna gavs en kort presentation av studiens bakgrund och syfte och tillfrågades därefter om att vara mellanhänder i denna studie. Till de som visade intresse, mailades ett informationsbrev samt informationsbrev och samtyckesblankett till ansvarig chef.

Efter att ansvarig chef lämnat sitt godkännande postades informationsbrev riktat till undersökningspersonerna och enkäter och frankerade svarskuvert till mellanhänderna som bestod av arbetsterapeuter, som vidarebefordrade dessa till de undersökningspersoner de valt ut utifrån de i förväg satta kriterier. Undersökningspersonerna erhöll ett löpnummer, som även skrevs på svarskuverten, för att utskick av påminnelser skulle vara möjligt (Trost, 2007). Dock skickades inga påminnelser ut på grund av tidsbrist. Svarskuverten var adresserade tillbaka till Lunds universitet, avdelningen för arbetsterapi och gerontologi. De innehöll inte någon information som kunde spåras till enskild undersökningsperson och förvarades inlåsta till dess att studien godkändes, då de förstördes.

Bearbetning av insamlad data

Kvantitativ data analyserades med hjälp av medel-, min- och maxvärden. Detta eftersom insamlingen av data genom Gothenburg quality of life och Assessment of life satisfaction gav resultat på ordinalskalenivå. Bearbetningen av data genomfördes i dataprogrammet SPSS 17. För jämförelser av data på grupp- samt item nivå användes en ickeparametrisk analys, Mann-Whitney U test.

Etiska överväganden

Studien har godkänts av vårdvetenskapliga etiknämnden, VEN. För att garantera anonymitet för undersökningspersonerna har mellanhänder kontaktats. De hjälpte till att välja ut undersökningspersoner samt att kontakta dessa och dela ut materialet i studien. Det insamlade materialet förvarades inlåst så att ingen obehörig fick tillgång till informationen.

Undersökningspersonerna fick via brev information om studiens syfte och bakgrund samt en förfrågan att delta i studien. Samtliga deltagare fick också ge sitt informerade samtycke till att delta. De fick veta att deltagandet var helt frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att ange orsak eller konsekvenser för deras rehabilitering. De etiska överväganden har beaktas av författarna i denna studie, då man inte kan identifiera vilka personer som ingått i undersökningen av den data som finns att tillgå. Författarna av denna

studie har ingen avsikt att använda det insamlade materialet i annat än till detta forskningssyfte.

All insamlad data bearbetades och redovisades på gruppnivå, vilket gjorde att inga enskilda svar kunde identifieras. Undersökningspersonernas enskilda svar doldes i den totala poängsumman vilket även ledde till att enskilda personers skattningar sedan inte kunde urskiljas i resultatet, detta för att värna om undersökningspersonernas anonymitet.

Resultat

Gruppen som helhet skattade övervägande positiva resultat vad gällde upplevelsen av sin livskvalitet och livstillfredsställelse. Medelvärdet för Gothenburg quality of life var 87 av totalt 126 möjliga. Medelvärdet för Assessment of life satisfaction blev 32 av totalt 54 möjliga. Att gruppen skattade över medel i båda instrumenten tyder på en hög upplevelse av både livskvalitet och livstillfredsställelse.

Livskvalitet

Det statistiska testet Mann-Whitney U test påvisade inga signifikanta skillnader mellan grupperna yngre och äldre ($p=0,88$) med avseende på skattad livskvalitet. Vid analys av varje enskilt item (se tabell 2) framkom stor samstämmighet mellan grupperna yngre och äldre förutom variabeln arbetssituation där den största skillnaden kunde konstateras, vilket även påvisade en statistiskt signifikant skillnad mellan de båda grupperna ($p=0,029$). Vad gällde arbetssituation skattade de äldre sämre livskvalitet än de yngre. För övrigt skattade undersökningspersonerna sin livskvalitet genomgående relativt högt. Både yngre och äldre var mest nöjda med hem- och familjesituationen, bostaden samt hur betydelsefulla och uppskattade de kände sig i hemmet medan arbetssituationen och fritiden skattades lägst. Störst skillnad mellan åldersgrupperna var att yngre skattade något lägre livskvalitet inom fritid medan äldre skattade lägre livskvalitet inom arbetssituation.

Enligt symtomskalan i GQoL uppvisade över hälften av de yngre undersökningspersonerna att de har haft perioder då de känt sig nere och dystra samt haft ont i benen. Medan över hälften

av de äldre undersökningspersonerna uppvisade ledbesvär samt svårigheter att koncentrera sig. En majoritet av både de yngre och äldre undersökningspersonerna har känt sig allmänt trötta. Resultatet av symtomskattningen i GQoL visar att de yngre undersökningspersonerna skattar fler symtom jämfört med de äldre undersökningspersonerna.

Tabell 2: Självsfattad livskvalitet utefter Gothenburg quality of life, fördelat mellan yngre och äldre.

		Medianvärde	Medelvärde	(Min – Max)	p
Hem- och familjesituation	Yngre (n=12)	6	5,6	(4-7)	0,412
	Äldre (n=24)	6	5,9	(4-7)	
Bostad	Yngre (n=12)	6	6,2	(4-7)	0,957
	Äldre (n=24)	6	6,1	(3-7)	
Arbetsituation	Yngre (n=9)	5	4,6	(1-7)	0,029*
	Äldre (n=12)	2	2,6	(1-5)	
Ekonomi	Yngre (n=12)	5	4,6	(2-7)	0,144
	Äldre (n=24)	6	5,5	(1-7)	
Hälsa	Yngre (n=12)	4,5	4,4	(3-6)	0,447
	Äldre (n=23)	5	4,7	(2-7)	
Fritid	Yngre (n=12)	4	4,4	(3-7)	0,509
	Äldre (n=23)	5	4,6	(2-7)	
Hörseln	Yngre (n=12)	6	5,4	(3-7)	0,555
	Äldre (n=24)	6	5,7	(2-7)	
Synen	Yngre (n=12)	5,5	5	(1-7)	0,719
	Äldre (n=24)	5	4,9	(1-7)	
Minnet	Yngre (n=12)	5,5	5,2	(2-7)	0,695
	Äldre (n=24)	5	5,1	(3-7)	
Konditionen	Yngre (n=12)	4,5	4,3	(3-6)	0,252
	Äldre (n=23)	4	3,9	(2-6)	
Aptiten	Yngre (n=12)	6	5,3	(3-7)	0,850
	Äldre (n=23)	5,5	5,3	(2-7)	
Humöret	Yngre (n=12)	5,5	4,9	(2-7)	0,605
	Äldre (n=24)	5,5	5,4	(3-7)	
Energi	Yngre (n=12)	5	4,5	(2-6)	0,690
	Äldre (n=24)	5	4,5	(2-6)	
Tålamodet	Yngre (n=12)	5	4,6	(2-6)	0,744
	Äldre (n=24)	5	4,8	(2-7)	
Självförtroendet	Yngre (n=12)	4,5	4,6	(2-6)	0,415
	Äldre (n=24)	5	5	(2-7)	

Sömmen	Yngre (n=12)	4,5	4,4	(1-7)	0,188
	Äldre (n=24)	5,5	5,3	(2-7)	
Betydelsefull och uppskattad utanför hemmet	Yngre (n=12)	5,5	5	(2-7)	0,604
	Äldre (n=23)	5	4,9	(2-7)	
Betydelsefull och uppskattad i hemmet	Yngre (n=11)	6	5,4	(3-7)	0,581
	Äldre (n=23)	6	5,7	(4-7)	

* Mann-Whitney U test användes vid gruppjämförelse $p < 0,05$

Livstillfredsställelse

Genom det statistiska testet Mann-Whitney U test framkom inga signifikanta skillnader mellan grupperna yngre och äldre ($p = 0,121$) med avseende på skattad livstillfredsställelse. Vid analys av varje enskilt item (se tabell 3) framkom att både gruppen yngre och äldre skattade värden över medel inom livet som helhet. Högst tillfredsställelse upplevde båda grupperna inom familjelivet med ett medelvärde över 5, vilket företräder att en person känner sig tillfredsställd med ett livsområde. Vidare upplevde de äldre en stor tillfredsställelse med kontakten till vänner och bekanta medan de yngre skattade hög tillfredsställelse gällande sin förmåga att kunna utföra aktiviteter i det dagliga livet (ADL-aktiviteter) såsom toalettbesök och på- och avklädning. Lägst tillfredsställelse skattade grupperna, både yngre och äldre, inom sexlivet. Medelvärdet skattades till 2,1 och 2,7 vilket representerar otillfredsställd respektive ganska otillfredsställd. Ytterligare livsområden som skattades lågt för båda grupperna var fritid och äktenskapet.

Störst skillnader mellan yngre och äldre framkom främst i tillfredsställelsen inom tre olika livsområden. Äldre upplevde en högre tillfredsställelse med ekonomin jämfört med de yngre med en skillnad på 1,1 enheter. Å andra sidan upplevde de yngre större tillfredsställelse med utförandet av ADL-aktiviteter med 1,1 enheter och yrkes- och sysselsättningssituationen med 0,8 enheter jämför med de äldre personerna. Dock visade sig dessa skillnader inte vara statistiskt signifikanta.

Tabell 3: Självskattad livstillfredsställelse utefter Assessment of life satisfaction, fördelat mellan yngre och äldre.

		Medianvärde	Medelvärde	(Min-Max)	p
Livet är i allmänhet	Yngre (n=11)	4	4,2	(2-6)	0,646
	Äldre (n=21)	4	4	(2-6)	
Yrkessituation	Yngre (n=9)	5	4,2	(2-6)	0,129
	Äldre (n=14)	3	3,4	(1-6)	
Ekonomi	Yngre (n=11)	4	3,7	(1-6)	0,089
	Äldre (n=22)	5	4,8	(3-6)	
Fritid	Yngre (n=11)	4	3,5	(1-5)	0,610
	Äldre (n=20)	4	3,8	(2-6)	
Kontakt med vänner/bekanta	Yngre (n=11)	5	4,6	(2-6)	0,056
	Äldre (n=21)	5	5,2	(4-6)	
Sexlivet	Yngre (n=11)	3	2,7	(1-5)	0,170
	Äldre (n=14)	1,5	2,1	(1-6)	
ADL	Yngre (n=11)	5	5,2	(3-6)	0,039
	Äldre (n=21)	4	4,1	(1-6)	
Familjelivet	Yngre (n=11)	5	5,2	(4-6)	0,678
	Äldre (n=20)	5	5	(2-6)	
Äktenskap/samliv	Yngre (n=9)	5	3,7	(0-6)	0,838
	Äldre (n=19)	4	3,1	(0-6)	

Mann-Whitney U test användes vid gruppjämförelse $p < 0,05$

Diskussion

Metoddiskussion

En kvantitativ enkätundersökning tillämpades då det gav oss möjligheten att nå ut till en stor mängd människor under en kort tid (DePoy & Gitlin, 1999). Undersökningspersonerna valdes ut med hjälp av mellanhänder, som utefter i förväg satta urvalskriterier kontaktade personer lämpliga för studiens syfte. Tack vare detta tillvägagångssätt kunde undersökningspersonernas anonymitet garanteras, då vi aldrig kom i kontakt med dessa. Genom garanterad anonymitet ökade även möjligheten att undersökningspersonerna skattade uppriktigt inom enkätundersökningens olika item (DePoy & Gitlin, 1999).

De i förväg satta urvalskriterierna uteslöt personer med svårigheter att självständigt förstå och uttrycka sig i tal och skrift. Detta då enkätundersökningen bestod av självskattningsinstrument. Som följd uppstod ett bortfall av respondenter till studien som skulle behöva undersökas. Dessa skulle kunna inkluderas genom att erbjudas läs- och skrivhjälp. Vid kontaktandet av mellanhänder beslöt vi oss för att modifiera urvalskriterierna genom att lägga till en tidsaspekt gällande att det skulle gått minst en månads sedan insjuknandet i stroke. Detta för att nå ut till personer som lämnat den akuta fasen och påbörjat rehabilitering. Chocken över vad som hänt har då hunnit lägga sig, personerna börjar återfå funktions- och aktivitetsförmåga och en realistisk syn på sin aktuella livssituation (Jaracz & Kozubski, 2003). Dock sattes ingen maxgräns för hur lång tid det gått sedan insjuknandet i stroke, vilket i sin tur kan ha påverkan på resultatet då livskvalitet och livstillfredsställelse förändras över tid. Vidare kan de valda urvalskriterierna påverkat att vi nått ut till en friskare grupp strokedrabbade personer. Detta för att personer med större besvär kan ha valt att inte delta eller att mellanhänderna beslutat att inte kontakta dem.

Enkäter skickades ut till 112 personer och totalt returnerades 36 svar, vilket gav ett bortfall på 68 procent. Dock finns en osäkerhet kring hur många enkäter som egentligen delats ut till undersökningspersoner då 112 är antalet som mellanhänderna angav att de hade för avsikt att lämna ut. Orsaken till den låga svarsfrekvensen kan bara spekuleras i, men vi tror att det kan bero på kort tidsram samt att enkätundersökningen behandlade känsliga ämnen, vilka kan upplevas privata och därför jobbiga att svara på. En bortfallsanalys hade varit önskvärd att göra, men tyvärr saknades sociodemografiska uppgifter på de som valde att inte delta i studien, vilket omöjliggjorde detta och skapade en begränsning i studien. Påminnelser skickades aldrig ut på grund av tidsbrist, men vi tror att det skulle kunna haft en positiv effekt på svarsfrekvensen.

Undersökningsgruppen resulterade i totalt 36 personer. Av dessa var 12 yngre, det vill säga upp till 65 år gamla, och 24 personer äldre, det vill säga 65 år eller äldre. Begränsningar i studien var att vi fick ett smalt och relativt litet urval samt att inga påminnelser skickades ut. Undersökningsgruppen bestod av få människor och resulterade i en ojämn åldersfördelning med endast en tredjedel yngre och hela två tredjedelar äldre, vilket kan ha påverkat studiens resultat och bidragit till att endast en signifikant skillnad påvisades. Risken med att ha ett så pass litet urval kan också vara att undersökningsgruppen inte är representativ för strokedrabbade i stort (Trost, 2007). Det stora bortfallet kan innebära en påverkan på

resultatet. Vid en större urvalsgrupp är det möjligt att resultatet sett annorlunda ut. Detta eftersom det finns en möjlighet att det i bortfallet fanns många personer som skulle skattat sin livskvalitet och livstillfredsställelse lägre. En större urvalsgrupp skulle även kunnat bidra till att skillnaden mellan grupperna yngre och äldre skulle kunnat bli statistiskt signifikant. Även om grupperna yngre och äldre var ojämnt fördelade, gjordes en bedömning att jämförelser mellan grupperna trots allt var möjliga och skulle ge indikationer på likheter och skillnader.

Enkätundersökningen baserades på bedömningsinstrumenten Gothenburg quality of life och Assessment of life satisfaction. Vi har inte kunna hitta validitet och reliabilitet för själva bedömningsinstrumenten, men de har visat sig ge valida och reliabla resultat i tidigare forskning (Vestling et al., 2005). Trots detta beslöt vi oss för att använda instrumenten i studien då de är vanligt förekommande i tidigare forskning kring livskvalitet och livstillfredsställelse. Vid telefonsamtal med mellanhänder i studien framkom det även att instrumenten används vid strokerehabilitering inom olika verksamheter i Sverige. I bedömningsinstrumenten skattades livskvalitet respektive livstillfredsställelse på ordinalskala (DePoy & Gitlin, 1999) och innebär att olika variabler, i detta fall livsområden, rangordnades från låga till höga värden. Undersökningsspersonerna avgjorde själva värdenas betydelse. Detta kan ha påverkat skattningen genom att det som upplevdes som tillfredställande för en person, kanske inte var detsamma som för en annan. Med andra ord kan man säga att siffrorna i skattningsskalan har olika innebörd för alla undersökningsspersonerna. Resultatet gjorde det möjligt att se skillnader mellan olika livsområden då en del skattades bättre eller sämre än andra. Dock var det omöjligt att avgöra hur stor skillnaden var mellan dem. Inom Gothenburg quality of life skattades även förekomsten av symtom på nominalskalan ja eller nej.

Sammanfattningsvis, eftersom urvalsgruppen var relativt liten skulle det vara intressant att genomföra studien med ett större antal undersökningsspersoner. Till framtida forskning är det fördelaktigt att ha längre tid för genomförande av studien, där det ges möjlighet att skicka ut en påminnelse till respektive undersökningssperson om ifyllandet av enkäten, samt att undersökningsspersonerna får några veckor på sig att svara och returnera. Det skulle också vara intressant att göra studier bland personer med kommunikativa svårigheter för att se om detta ger ett annat resultat.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka hur personer som drabbats av stroke skattade sin livskvalitet och livstillfredsställelse i det dagliga livet samt att undersöka om det fanns några skillnader mellan yngre och äldre personer. Resultatet av skattningen påvisade en hög upplevelse av livskvalitet och livstillfredsställelse bland både yngre och äldre. Dock var det en del resultat som utmärkte sig, både positivt och negativt. De områden som skattades lägst bland både yngre och äldre var yrkes- och sysselsättningssituation, fritid och sexliv. Det var även inom yrkessituationen som det enda signifikanta värdet påvisades ($p=0,029$). De områden som skattades högst, det vill säga de områden som var mest tillfredsställande för både yngre och äldre, var familjesituation och uppskattning i hemmet.

Överlag skattades relativt höga och jämna värden grupperna emellan, vilket tyder på att åldern inte är en avgörande faktor för upplevelsen av livskvalitet. Detta stärks av både Fugl-Meyer, Melin och Fugl-Meyer (2002) och Jaracz och Kozubski (2003) som menar att ålder inte har betydelse för livskvalitet eller livstillfredsställelse. Däremot Almborg et al. (2010) motsätter sig detta och menar att yngre personer har bättre fysiska funktioner och på så sätt bättre förutsättningar för aktivitetsutförande, vilket leder till en högre upplevelse av livskvalitet. Vår hypotes var å andra sidan att yngre personer skulle ha en sämre livskvalitet och livstillfredsställelse då de drabbas i ett mer aktivt skede av livet och får konsekvenser inom alla livsområden. Detta stöds av Röding et al. (2010) som menar att yngre personers livskvalitet är särskilt intressant att undersöka då de drabbas när de är på toppen av sitt yrkes- och familjeliv, då bland annat yrkesrollen och rollen som familjeförsörjare och förälder står i centrum. Arbetet är ett område som kan drabbas hårt samt ha stor påverkan på upplevelsen av livskvalitet. Detta då arbete beskrivs som en meningsfull aktivitet och är av stor vikt för välbefinnandet. Detta nämns i två studier som tar upp arbetets betydelse för människans självbild, hälsa, delaktighet i samhället och på så sätt även upplevelse av livskvalitet (Vestling et al. 2003; Vestling et al., 2005). Påverkan inom alla livsområden sker även hos äldre personer men de har redan förlorat arbetet tidigare genom pension och drabbas därför inte så hårt, tror vi.

Resultatet av studien påvisade låg upplevelse av livskvalitet och livstillfredsställelse inom området yrkes- och sysselsättningssituation för grupperna yngre och äldre. Även om båda grupperna skattade otillfredsställelse, var det hos de äldre som missnöjet var störst. Detta tror

vi kan bero på att de äldre tolkat yrkes- och sysselsättningssituation som endast arbete och eftersom de pensionerats har de förlorat arbetarrollen och skattade därför låga värden. Det som talar emot resultatet är Shapero Sabaris (2001) studie som förklarar att äldre efter pension utvecklar sin fritid istället och på så sätt förvärvar nya roller och nya aktiviteter att sysselsätta sig med. Detta för att öka meningsfullheten i de aktiviteter som de utför, vilket i sin tur leder till en känsla av välbefinnande och god livskvalitet. Att de yngre skattade sin yrkes- och sysselsättningssituation som otillfredsställande kan bero på att det endast var två personer som återgått till arbete efter stroke. Övriga var antingen sjukskrivna eller pensionerade, oavsett har det inneburit en förlust av arbete vilket är en meningsfull aktivitet. Enligt Vestling et al. (2003) har återgång till arbete visat sig ha en positiv inverkan på livskvaliteten och livstillfredsställelsen. De tar även upp att arbetet inverkar på upplevelsen av livskvalitet och livstillfredsställelse inom andra livsområden då det bidrar med en social kontext, känsla av att vara behövd och uppskattad både i och utanför hemmet. Inom den arbetsterapeutiska modellen MOHO (Kielhofner, 2008) bekräftas detta då arbetet nämns som en naturlig del i människans aktivitetsreperotrar, har en stor betydelse för välbefinnandet och bidrar till en persons sociala roller såsom arbetskamrat och anställd. Kielhofner menar vidare att arbetet utförs i en specifik miljö som kan bidra till delaktighet i sociala situationer samt verka stöttande och utvecklande för människan. En lagom utmanande miljö kan vara stimulerande och tillfredsställande och på så sätt bidra till ökad livskvalitet. Enligt tidigare forskning är även inkomsten en viktig och avgörande aspekt för arbetet som aktivitet (Vestling et al., 2005), vilket överensstämmer med denna studie där de yngre skattar sin ekonomi väldigt lågt. Då endast två personer i den yngre gruppen återgått till arbete, påverkas den finansiella biten negativt för gruppen yngre som helhet. Som det nämnts tidigare i studien är det betydelsefullt att arbetsterapeuten fokuserar rehabiliteringen på återgång till meningsfulla aktiviteter, däribland arbete (Vestling et al., 2003; Vestling et al., 2005). Om arbete inte är en möjlighet på grund av funktionsnedsättningar eller ålder, är det av största vikt att människan får vara en aktiv och integrerad del av samhället (Vestling et al., 2003).

Fritid är en betydelsefull aktivitet då den bygger på individens egna intressen och har enligt tidigare forskning (Almborg et al., 2010) visat tydliga samband med en positiv upplevelse av livskvalitet och livstillfredsställelse. Shapero Sabari (2001) stärker detta då fritid bidrar till en känsla av självidentitet och stimulans. I MOHO (Kielhofner, 2008) ingår intressen i viljekraftssystemet, och beskrivs som de aktiviteter som upplevs glädjefyllda och njutningsbara att utföra. Utifrån intressena formar människan sin fritid vilket ökar känslan av meningsfullhet

och tillfredsställelse. I denna studie skattades livskvaliteten och livstillfredsställelsen med fritiden som låg, både bland yngre och äldre. Att de skattade sin fritid så lågt kan bero på flera olika faktorer, till exempel nedsatt funktionsförmåga, vilket i sin tur hindrar aktivitetsutförande, kvarstående symtom såsom trötthet och sänkt allmäntillstånd samt isolering från sociala situationer (Almborg et al., 2010). Detta stämmer bra överens med resultatet av symtomskattningen i Gothenburg quality of life där känsla av trötthet var det symtom som förekom mest frekvent. Känsla av trötthet var lika vanligt bland yngre som hos äldre och mer än hälften av alla i undersökningsgruppen upplevde det. Almborg et al. (2010) och Smouth et al. (2001) nämner att efter stroke är det även vanligt med perioder av nedstämdhet och depressiva symtom, vilket kan leda till försämrat socialt deltagande och nedsatt motivation att utföra aktiviteter. I längden kan det resultera i aktivitets- och rollförlust inom flera områden. Detta förekom främst i den yngre gruppen och kan vara en bidragande faktor till den låga livskvaliteten och livstillfredsställelsen. Enligt Kielhofner (2008) besitter människan olika fysiska och psykiska förutsättningar för att kunna utföra aktiviteter. Om dessa förutsättningar inte stämmer överens med omgivningens krav, till exempel genom att kvarstående symtom försämrar aktivitetsutförandet, kan det leda till frustration och känsla av hopplöshet och i längden nedsatt livskvalitet. Arbetsterapeutiska interventioner vid stroke bör fokuseras kring att i största möjliga mån möjliggöra utförandet av personens egna intressen, och baseras på personens egna önskningar och mål. För att underlätta anpassningen till den nya situationen är det av stor vikt att fritidsaktiviteter kan utföras som tidigare alternativt att nya intressen skapas.

Det livsområde som utmärkte sig med absolut lägst tillfredsställelse var sexlivet, vilket stämmer överens med tidigare forskning (Jaracz & Kozubski, 2003; Shapero Sabari, 2001; Smouth et al., 2001) som konstaterat försämring av sexuella funktioner efter en stroke och som följd även försämrat välbefinnande och ostillfredsställelse med sexlivet hos både yngre och äldre. Shapero Sabari (2001) och Smouth et al. (2001) nämner även att sexlivet påverkas av många olika faktorer, bland annat av funktionsnedsättningar, låg delaktighet och nedsatt aktivitetsförmåga samt sänkt sinnesstämning, vilka är vanliga följder efter stroke. Människan upplever hälsa och välbefinnande vid deltagande i meningsfulla aktiviteter (Kielhofner, 2008) och därför är det viktigt för arbetsterapeuten att se till alla aktiviteter i livet, även sexuella, för att främja livskvalitet och livstillfredsställelse. Jaracz och Kozubski (2003) belyser behovet av utbildning och rådgivning inom detta område, för att möjliggöra för stokedrabbade att ha ett tillfredsställande sexliv.

Ytterligare livsområden som utmärkte sig var familjesituation och uppskattning i hemmet, dessa genom att vara högst skattade av alla item. Både yngre och äldre upplevde högst livskvalitet och livstillfredsställelse inom dessa områden. Detta resultat stöds av Jaracz och Kozubski (2003), Shapero Sabari (2001) och Smouth et al. (2001) som belyser betydelsen av att ha emotionellt och känslomässigt stöd runtomkring sig och dess påverkan på upplevelsen av livskvalitet. Stödet kommer främst från familj och vänner som enligt Jaracz och Kozubski (2003) bidrar med kärlek och vänskap samt stöd fysiskt, psykiskt, känslomässigt och i sociala situationer. Inom familjen får personen sina sociala behov tillgodosedda samtidigt som de får utrymme att bearbeta det som hänt. Detta belyses även i MOHO (Kielhofner, 2008) där betydelsen av en social kontext, det vill säga de personer som finns i omgivningen, beskrivs som värdefull då den ger trygghet. Den sociala kontexten är stöttande och hjälper den strokedrabbade att leva ett normalt liv, det vill säga så likt personens tidigare liv som möjligt. I vår undersökningsgrupp var mer än hälften sammanboende och över 85 procent hade barn, vilket kan ligga till grund för ett stort emotionellt stöd för dessa personer och på så sätt även ökad livskvalitet och livstillfredsställelse. Det emotionella stödet ökar förutsättningarna för aktivitetsutförande, både genom praktisk stöttning och genom att familj och vänner tillsammans hittar nya strategier för att hantera den nya tillvaron. Då det emotionella stödet är en avgörande faktor för livskvaliteten och livstillfredsställelsen, tror vi att det är av stor vikt att arbetsterapeuten tar med hela familjen i rehabiliteringen. På så sätt ökar förståelsen för varandra och den aktuella livssituationen.

Konklusion

Resultatet visade på företrädesvis god livskvalitet och livstillfredsställelse bland både yngre och äldre personer som drabbats av stroke. Det fanns livsområden som stack ut med både höga och låga resultat, dock var det samstämmigt mellan yngre och äldre vad som uppfattades positivt och negativt, vilket tyder på att åldern inte spelar så stor roll vid upplevelse av livskvalitet och livstillfredsställelse. Det var även samstämmighet i skattningarna mellan gruppen yngre respektive äldre mellan de olika livsområdena i bedömningsinstrumenten vilket tyder på att livskvalitet och livstillfredsställelse går hand i hand. Resultatet i denna studie kan bidra med kunskap om vilka livsområden både positivt och negativt gällande

livskvalitet och livstillfredsställelse hos en person som drabbats av stroke. I den arbetsterapeutiska interventionen är det viktigt att kartlägga vilka faktorer som är avgörande för livskvalitet i det dagliga livet för den enskilda individen, redan i ett tidigt skede. Detta för att kunna öka aktivitetsförmågan och livskvalitet inom alla livsområden hos den drabbade personen.

Referenser

Almborg, A. H., Ulander, K., Thulin, A., & Berg, S. (2010). Discharged after stroke – important factors for health-related quality of life. *Journal of clinical nursing*, 19, 2196-2206.

Baum, C. M., Bass-Haugen, J., & Christiansen, C. H. (2005). Person-environment-occupation-performance: A model for planning interventions for individuals and organizations. In C. H. Christiansen, C. M. Baum & J. Bass-Haugen (Eds.), *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being* (3rd ed.) (pp. 372-392). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.

Baum, C. M., & Christiansen, C. H. (2005). Outcomes: The result of interventions in occupational therapy practice. In C. H. Christiansen, C. M. Baum & J. Bass-Haugen (Eds.), *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being* (3rd ed.) (pp. 522-540). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.

DePoy, E., & Gitlin, L. N. (1999). *Forskning – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, G., & Wallgren, B. (2001). Arbetsterapi vid stroke. I O. Höök (Red.), *Rehabiliteringsmedicin* (4e uppl.) (s. 348-350). Stockholm: Liber.

Fayers, P. M., & Machin, D. (2007). *Quality of life* (2nd ed.). Chichester: Wiley.

Fugl-Meyer, A. R., Bränholm, I-B., & Fugl-Meyer, K. S. (1991). Happiness and domain-specific life satisfaction in adult northern Swedes. *Clinical rehabilitation*, 5, 25-33.

Fugl-Meyer, A. R., Melin, R., & Fugl-Meyer, K. S. (2002). Life satisfaction in 18- to 64-year-old Swedes: in relation to gender, age, partner, and immigrant status. *Journal of rehabilitation medicine*, 34, 239-246.

Gottsäter, A. (2007). Riskfaktorer för cerebrovaskulär sjukdom. I T. Mätzsch & A. Gottsäter (Red.), *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom* (s. 39-43). Lund: Studentlitteratur.

Hårdemark, H. G. (2007). Hjärnblödning. I T. Mätzsch & A. Gottsäter (Red.), *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom* (s. 89-102). Lund: Studentlitteratur.

Jaracz, K., & Kozubski, W. (2003). Quality of life in stroke patients. *Acta neurologica scandivavica*, 107, 324-329.

Jonsson, H., & Josephsson, S. (2005). Occupation and meaning. In C. H. Christiansen, C. M. Baum & J. Bass-Haugen (Eds.), *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being* (3rd ed.) (pp. 116-132). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.

Kielhofner, G. (2008). *Model Of Human Occupation: theory and application* (4th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice* (4th ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.

Lindgren, A. (2007). Stroketyper – terminologi och definitioner. I T. Mätzsch & A. Gottsäter (Red.), *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom* (s. 45-52). Lund: Studentlitteratur.

Moyers, P. (2005). Introduction to occupation-based practice. In C. H. Christiansen, C. M. Baum & J. Bass-Haugen (Eds.), *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being* (3rd ed.) (pp. 220-240). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.

Norrving, B., Olsson, J. E., & Lindgren, A. (2006). Cerebrovaskulära sjukdomar. I J. Fagius & S. M. Aquilonius (Red.), *Neurologi* (4:e uppl.) (s. 188-217). Stockholm: Liber AB.

Pessah-Rasmussen, H. (2007). Rehabilitering och eftervård. I T. Mätzsch & A. Gottsäter (Red.), *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom* (s. 291-303). Lund: Studentlitteratur.

Riks-Stroke. (2009). *Riks-Stroke årsrapport 2009*. Hämtad februari 28, 2011 från Riks-Stroke: <http://www.riks-stroke.org/content/analyser/Rapport09.pdf>

Röding, J., Glader, E. L., Malm, J., & Lindström, B. (2010). Life satisfaction in younger individuals after stroke: different predisposing factors among men and women. *J Rehabil Med*, *42*, 155-161.

Shapero Sabari, J. (2001). Quality of life after stroke: Developing meaningful life roles through occupational therapy. *Loss, grief & care*, *9*, 155-169.

Smout, S., Koudstaal, P. J., Ribbers, G. M., Janssen, W. G. M., & Passchier, J. (2001). Struck by stroke: A pilot study exploring quality of life and coping patterns in younger patients and spouses. *International journal of rehabilitation research*, *24*, 261-268.

Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009 – Stöd för styrning och ledning*. Hämtad februari 28, 2011 från Socialstyrelsen:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17790/2009-11-4.pdf>

Sullivan, M., Karlsson, J., Bengtsson, C., Furunes, B., Lapidus, L., & Lissner, L. (1993). The Göteborg quality of life instrument – A psychometric evaluation of assessments of symptoms and well-being among women in general population. *Scandinavian journal of primary health care*, *11*, 267-275.

Svensson, O. (2001). Rehabilitering efter stroke. I O. Höök (Red.), *Rehabiliteringsmedicin* (4e uppl.) (s. 334-343). Stockholm: Liber.

Terent, A. (2007). Epidemiologi och incidens av stroke i Sverige. I T. Mätzsch & A. Gottsäter (Red.), *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom* (s. 13-22). Lund: Studentlitteratur.

Trost, J. (2007). *Enkätboken* (3e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Vestling, M., Ramel, E., & Iwarsson, S. (2005). Quality of life after stroke: Well-being, life satisfaction, and subjective aspects of work. *Scandinavian journal of occupational therapy*, *12*, 89-95.

Vestling, M., Tufvesson, B., & Iwarsson, S. (2003). Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction. *J Rehabil Med*, 35, 127-131.

Wilcock, A. (2005). Relationship of occupations and health and well-being. In C. H. Christiansen, C. M. Baum & J. Bass-Haugen (Eds.), *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being* (3rd ed.) (pp. 134-164). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.

Youngstrom, M.J., & Brown, C. (2005). Categories and principles of interventions. In C. H. Christiansen, C. M. Baum & J. Bass-Haugen (Eds.), *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being* (3rd ed.) (pp. 396-419). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.

The Göteborg Quality of Life Instrument

Sidan 1 (5)

Enkätnummer:

Kategori:

LIVSKVALITET - Markera hur tillfredsställd Du är med Din situation i olika avseenden:

1. **Hem- och familjesituation:**
- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mycket dålig | | | Alldeles utmärkt
Kunde inte vara bättre | | | |
2. **Bostad**
- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mycket dålig | | | Alldeles utmärkt
Kunde inte vara bättre | | | |
3. **Arbetsituation**
- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mycket dålig | | | Alldeles utmärkt
Kunde inte vara bättre | | | |
4. **Ekonomi**
- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mycket dålig | | | Alldeles utmärkt
Kunde inte vara bättre | | | |
5. **Hälsa**
- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mycket dålig | | | Alldeles utmärkt
Kunde inte vara bättre | | | |
6. **Fritid**
- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mycket dålig | | | Alldeles utmärkt
Kunde inte vara bättre | | | |

Man kan uppleva en del förändringar inom sig själv under årens lopp. Försök nedan att markera hur Du känner Dig nu:

7. Hörseln
- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mycket dålig | | | Alldeles utmärkt | | | |
| | | | Kunde inte vara bättre | | | |
8. Synen
- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mycket dålig | | | Alldeles utmärkt | | | |
| | | | Kunde inte vara bättre | | | |
9. Minnet
- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mycket dålig | | | Alldeles utmärkt | | | |
| | | | Kunde inte vara bättre | | | |
10. Konditionen
- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mycket dålig | | | Alldeles utmärkt | | | |
| | | | Kunde inte vara bättre | | | |
11. Aptiten
- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mycket dålig | | | Alldeles utmärkt | | | |
| | | | Kunde inte vara bättre | | | |
12. Humöret
- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mycket dålig | | | Alldeles utmärkt | | | |
| | | | Kunde inte vara bättre | | | |
13. Energin
- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mycket dålig | | | Alldeles utmärkt | | | |
| | | | Kunde inte vara bättre | | | |

14. Tålamodet

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mycket dålig Alldeles utmärkt
Kunde inte vara bättre

15. Självförtroendet

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mycket dålig Alldeles utmärkt
Kunde inte vara bättre

16. Sömn

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mycket dålig Alldeles utmärkt
Kunde inte vara bättre

17. Känner Du Dig betydelsefull och uppskattad utanför hemmet?

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inte alls Mycket

18. Känner Du Dig betydelsefull och uppskattad i hemmet?

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inte alls Mycket

Har Du under DE SENASTE TRE MÅNADERNA besvärats av något eller några av nedanstående tillstånd?

(Markera med ett kryss Ditt ja eller nej. Är Du tveksam, försök ändå att besvara frågan).

	Ja		Nej
19. Yrsel	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/> 0
20. Ögonbesvär	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
21. Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
22. Huvudvärk	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
23. Känt Dig allmänt trött	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
24. Sömnbesvär	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
25. Nervösa besvär	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
26. Svettningar	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
27. Andfåddhet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
28. Ont i bröstet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
29. Hosta	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
30. Känt Dig lättirriterad	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
31. Känt Dig överansträngd	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
32. Haft svårt att koncentrera Dig	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
33. Känt Dig rastlös	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
34. Haft perioder då Du känt Dig nere och dyster	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
35. Haft lätt för att gråta	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
36. Haft svårt att slappna av	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
37. Ont i magen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
38. Illamående	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
39. Diarré	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
40. Förstopning	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
41. Dålig aptit	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

The Göteborg Quality of Life Instrument

Sidan 5 (5)

	Ja		Nej	
42. Avmaging	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0
43. Övervikt	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
44. Frusenhet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
45. Ledbesvär	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
46. Ont i ryggen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
47. Ont i benen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
48. Besvär med att kasta vatten	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Livstillfredsställelse enligt Fugl-Meyer, LiSat-9

	Mycket otillfreds- ställande	Otillfreds- ställande	Ganska otillfreds- ställande	Ganska tillfreds- ställande	Tillfreds- ställande	Mycket tillfreds- ställande
Livet är i allmänhet	1	2	3	4	5	6
Yrkes-/ sysselsättningsituationen är	1	2	3	4	5	6
Ekonomin är	1	2	3	4	5	6
Fritidssituationen är	1	2	3	4	5	6
Kontakterna med vänner och bekanta är	1	2	3	4	5	6
Sexlivet är	1	2	3	4	5	6
Förmågan att klara mig själv är (gäller klädsel, tvätt/bad, gångförmåga och dylikt)	1	2	3	4	5	6
Familjelivet är	1	2	3	4	5	6
Parförhållandet är (om du ej har något parförhållande, anges detta med värde 0)	1	2	3	4	5	6