



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper
Arbetsterapeutprogrammet

Examensarbete på kandidatnivå 15 hp
Våren 2018

Aktivitetsbalans hos anhöriga till personer som har drabbats av stroke

Författare: Matilda Månsson och Malin Persson
Handledare: Birgitta Wästberg

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Arbetsterapeutprogrammet
Box 157, 221 00 LUND

Aktivitetsbalans hos anhöriga till personer som har drabbats av stroke

Författare: Matilda Månsson och Malin Persson

Handledare: Birgitta Wästberg

Examensarbete på kandidatnivå

Våren 2018

Abstrakt

Varje år drabbas ca 30.000 personer av stroke, vilket kan påverka såväl deras som de anhörigas hela vardag. **Syftet** var att undersöka hur anhöriga till stokedrabbade skattar sin upplevda aktivitetsbalans, samt att kartlägga eventuella olikheter beroende på demografiska faktorer. **Metoden** var en kvantitativ tvärsnittstudie med deskriptiv analysmetod. Datainsamling skedde genom enkäter med bedömningsinstrumentet *Occupational Balance Questionnaire* (OBQ) och demografiska frågor. Totalt deltog 49 anhöriga i olika åldrar. **Resultatet** visade på en spridning i totalsumma från 0 (lägsta möjliga) till 33 (högsta möjliga), med medianvärde 12. Olikheter i skattningen kunde anas utifrån faktorerna ålder och tid sedan strokeinsjuknande. **Slutsatsen** är att anhöriga till stokedrabbade generellt skattar sin aktivitetsbalans som relativt låg, även om det finns de som skattar sin aktivitetsbalans hög. Orsakerna till olikheterna är inte uppenbara, men faktorerna tid och ålder kan vara av betydelse.

Nyckelord

Aktivitet, arbetsterapi, närstående, Occupational balance questionnaire (OBQ)

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Arbetsterapeutprogrammet

Box 157, 221 00 LUND

Occupational balance in relatives to persons who have suffered from stroke

Authors: Matilda Månsson and Malin Persson

Supervisor: Birgitta Wästberg

Bachelor thesis

Spring 2018

Abstract

About 30.000 persons get stroke every year, which can affect both their and their relatives' everyday life. The **aim** was to investigate how the care giving relatives to those suffering from stroke rated their perceived occupational balance, and to identify dissimilarities due to demographic factors. The **method** was a quantitative cross-sectional study with descriptive analytical method. Data was collected through surveys consisting of the instrument *Occupational Balance Questionnaire* (OBQ) and demographic questions. There was 49 participants in different ages. The **result** showed a wide dispersion in total sum from 0 (lowest possible) to 33 (highest possible), and the median of 12. Dissimilarities in the ratings could be seen concerning the factors age and time since the stroke. The **conclusion** is that relatives in general rate their occupational balance low, even if there are those who rate it high. The reasons for the dissimilarities are not obvious, but time and age could be of importance.

Keywords

Activity, Occupational balance questionnaire (OBQ), Occupational therapy, significant others

Lund University

Faculty of Medicine

Occupational Therapy Programme

Box 157, S-221 00 LUND

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund.....	1
Aktivitet.....	1
Aktivitetsbalans	2
Stroke.....	3
Att vara anhörig	4
Problematisering.....	5
Syfte.....	5
Metod	5
Design	5
Urval.....	6
Datainsamling.....	6
Dataanalys	7
Forskningsetiska överväganden	8
Resultat.....	9
Respondenterna och demografiska data	9
Skattning av aktivitetsbalans	9
Sammanställning utifrån demografiska faktorer	11
Diskussion.....	14
Resultatdiskussion.....	14
Metoddiskussion.....	17
Studiens relevans för arbetsterapi	18
Slutsats	19
Referenslista	21
Bilaga 1	25
Bilaga 2	26
Bilaga 3.....	27

Inledning

Varje år drabbas ca 25 000 – 30 000 personer av stroke och tydliga riktlinjer finns för omhändertagandet av den insjuknande (Socialstyrelsen, 2017). När en person insjuknar i stroke kan hela vardagen vändas upp och ner, aktiviteter som tidigare varit självklara, identitetsskapande och en del av vardagliga rutiner blir plötsligt mycket svåra att utföra. Runt om de drabbade finns ofta anhöriga som även de blir starkt påverkade av sjukdomen. I Sverige är det ca 1,3 miljoner personer som är anhöriga och som förväntas vårda en närstående med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2012).

För att hantera den nya situation som uppstår vid strokeinsjuknande behöver patienten själv och de anhöriga anpassa sig till situationen och de stora förändringar som kan uppstå i vardagen. Det kan behövas förändringar i utförandet av aktiviteter för att vardagen ska fortsätta att fungera för familjen och dess individer, och det finns en risk att anhörigas aktivitetsbalans påverkas och försämras. Bergström, von Koch, Andersson, Tham och Eriksson (2015) har studerat anhöriga till personer som drabbats av stroke 3 – 6 månader efter insjuknandet och kommit fram till att de kan behöva hjälp med att skapa balans i sina dagliga aktiviteter för att undvika att ohälsa uppstår.

De anhöriga missas lätt i arbetet med patienter och deras rehabilitering, trots att de som nämnts kan bli starkt påverkade. Författarna har därför valt att fokusera på anhöriga och deras skattning av aktivitetsbalans för att uppmärksamma dessa personer och göra hälso- och sjukvården mer medvetna om vikten av att ha ett anhörigperspektiv.

Bakgrund

Aktivitet

Människor är aktiva varelser och aktivitet anses i arbetsterapi vara allt det som människor fyller sin tid med. För att förstå mänskliga aktiviteter används ofta *Model of Human Occupation* (MOHO). I denna modell anges viljekraft, vanebildning och utförandekapacitet som de tre komponenter som i samspel med miljön bidrar till mänsklig aktivitet (Kielhofner, 2012a/2008).

Viljekraft är den underliggande viljan att utföra vardagsaktiviteter. Den innehåller aspekter så som värderingar, intressen och uppfattningar om den egna förmågan. Uppfattning om den egna förmågan är känslan av effektivitet och att vara kapabel. Detta kan men behöver inte alltid stämma överens med komponenten utförandekapacitet.

Utförandekapaciteten är de objektiva förmågor som människan innehar, alltså fysiologiska,

mentala och kognitiva förmågor. Den tredje komponenten är vanebildning, vilken handlar om de halvautomatiska beteendemönster och det som tas för givet i vardagen. För att någonting ska räknas som en vana ska handlingen utföras ofta och i samma tidsmässiga, fysiska och sociala miljö varje gång. De handlingsmönster som en människa har är starkt kopplade till dess roller. Roller är sådant som utgör vem en person är i ett sammanhang och definierar den sociala och personliga position en person har gentemot sig själv och andra människor. Således är en persons roller avgörande för både identiteten och aktivitetsmönstret (Kielhofner, 2012a/2008).

Utöver komponenterna viljekraft, vanebildning och utförandekapacitet påverkar även miljön aktiviteter och utförandet av dessa. Begreppet miljö är mycket brett och inkluderar ett stort antal aspekter. Dessa är bland annat platser, rum, föremål, människor och andra sociala och kulturella aspekter (Kielhofner, 2012a/2008).

Eftersom ingen av komponenterna är statiska förändras och utvecklas en persons aktiviteter och handlingsmönster genom hela livet. Förändringen kan exempelvis ske genom nya förutsättningar hos personen, förändrad miljö eller nya roller. När förändringen går in i det komplexa samspelet mellan komponenterna viljekraft, vanebildning och utförandekapacitet påverkas tankar, känslor och aktivitetsutförande. Därefter skapas nya sammansatta mönster som på sikt bidrar till en ny stabil aktivitetsrepertoar. Dessa sammansatta mönster av aktiviteter utgör personens vardag (Kielhofner, 2012a/2008). Vardagen kan vara mer eller mindre balanserad, alltså innebära olika grad av aktivitetsbalans/aktivitetsobalans för personen (Wagman, Håkansson & Björklund, 2012).

Aktivitetsbalans

Varje dag engagerar sig människor i olika aktiviteter, på olika platser och tillsammans med olika personer. Vissa aktiviteter vill personer engagera sig i medan andra utförs för att det finns ett måste (Backman, 2010). Vad en person gör och engagerar sig i för aktiviteter i sitt handlingsmönster varierar från person till person, en del har många olika aktiviteter att utföra och andra har färre. Om personen upplever tillfredsställelse och att meningen med aktiviteterna överensstämmer med hens värde menar Backman (2010) att personen upplever aktivitetsbalans.

Aktivitetsbalans är ett väl använt begrepp inom arbetsterapi. Wagman, Håkansson och Björklund (2012) valde därför i en studie att undersöka hur det vanligtvis beskrivs i arbetsterapilitteratur för att få en tydlig definition på det. Det framgick att det oftast

beskrivs som personens subjektiva upplevelse av att ha rätt mängd och lagom variation på aktiviteter i sitt aktivitetsmönster. Aktivitetsbalansen kan därför inte objektivt studeras av en annan person utan det är enbart individen själv som kan uttala sig om den. Det är denna definition som används i bedömningsinstrumentet *Occupational Balance Questionnaire* (Wagman & Håkansson, 2014b), vilket författarna till föreliggande studie utgår ifrån.

Under en persons liv kan som nämnts förändringar påverka en persons vardag och de aktiviteter som ingår i handlingsmönstret, vilket i sin tur påverkar aktivitetsbalansen. Det är ett dynamiskt system i ständig förändring och utveckling (Backman, 2010; Kielhofner, 2012a/2008). Detta innebär att en person i vissa perioder i livet kan uppleva aktivitetsbalans och i andra aktivitetsobalans. Aktivitetsobalans definieras enligt Backman (2010) som att antingen ha för mycket eller för lite att göra, vilket är en risk för uppkomst av ohälsa.

I studier av Wagman och Håkansson (2014a) och Håkansson och Ahlberg (2017) framkommer det att det finns tydliga samband mellan hur personer skattar sin aktivitetsbalans och sin självupplevda hälsa, livstillfredsställelse och stressrelaterad ohälsa. De poängterar att god aktivitetsbalans inte alltid innebär god hälsa och livstillfredsställelse, men att resultaten indikerar att det är mer sannolikt att personer värderar sin självupplevda hälsa som god om aktivitetsbalansen är god. De menar även att stressrelaterad ohälsa oftare förekommer om det finns aktivitetsobalans än om personer upplever aktivitetsbalans.

Trots att det finns studier som stärker att aktivitetsbalans leder till god hälsa menar Matuska och Barrett (2014) att det är svårt för de flesta människor att skapa ett balanserat liv. De anser därför att arbetsterapeuter kan bidra med viktig kunskap kring att skapa balans i livet. Detta kan göras både i förebyggande och återställande syfte, och för personer och grupper med eller utan sjukdom.

Stroke

Stroke är en cerebrovaskulär sjukdom som drabbar hjärnans kärl och blodtillförsel. Till stroke räknas ett flertal olika tillstånd, och beroende på vilket av dessa samt dess lokalisering i hjärnan får det olika konsekvenser för personen (Sonesson, 2014). Vid en stroke är det vanligt att personen får olika typer av funktionsnedsättningar som blir mer eller mindre kvarstående. Det kan till exempel handla om att personen får neurologiska funktionsnedsättningar som pareser och nedsatt känsel, och/eller kognitiva funktionsnedsättningar som påverkar exekutiva funktioner (Sonesson, 2014). Båda dessa kan påverka vardagen och de aktiviteter som utförs (Norrving et al., 2015). Stroke är den vanligaste orsaken till funktionsnedsättningar i dagens

Sverige, och kan leda till behov av återkommande vårdinsatser och hjälp under lång tid (Socialstyrelsen, 2017).

Vissa skador eller funktionsnedsättningar till följd av stroke syns inte utåt, så kallat dolda funktionshinder. Dessa kan vara svåra att förstå och hantera för personer i den drabbades omgivning (Löfström & Nilsson, 2012). Det är därför av vikt att inkludera anhöriga i vård- och rehabiliteringsprocessen för att undersöka och uppmärksamma hur de upplever situationen samt hur relationen mellan anhörig och stokedrabbad fungerar (Norrving et al., 2015). Enligt Löfström och Nilsson (2012) är anhöriga och socialt stöd viktigt för tillfrisknandet hos den stokedrabbade och underlättar anpassningen till den nya livssituationen.

Att vara anhörig

Allt fler personer bor hemma trots funktionsnedsättning, där anhöriga ofta förväntas ta hand om den närstående. Att vara anhörig innebär att vårda och ge stöd till en närstående, där den närstående är den som mottager omsorgen. Det kan innebära en fysisk och psykisk belastning att vara anhörigvårdare, vilket kan leda till ohälsa och sjukdom (Socialstyrelsen, 2016).

När en närstående drabbas av stroke kan hela livssituationen förändras för de anhöriga. Ekstam, Tham och Borell (2011) beskriver i sin studie att en anhörig till en stokedrabbad inte längre hittade eller hade tid till att utföra aktiviteter som hon tidigare tyckte om att göra. På liknande sätt kan rollen som anhörigvårdare ta över och leda till att den anhöriga isoleras och inte utför aktiviteter utanför hemmet (Arntzen & Hamran, 2016). Vanor och rutiner kan förändras för hela familjen när en person drabbas av en stroke. Aktiviteter kan falla bort och andra tillkomma, vilket kan leda till att ansvarsfördelning, roller och aktivitetsutförande omformas. De anhöriga kan känna oro för att inte duga eller orka med det gemensamma livet (Löfström & Nilsson, 2012). Det är därför av vikt att ta hänsyn till anhöriga och involvera dem i vårdprocessen och sätta in preventiva insatser för att motverka ohälsa hos dessa. Att som anhörig vara delaktig och uppleva uppskattning och ömsesidighet leder i sin tur till minskad upplevelse av stress (Socialstyrelsen, 2016). I nuläget finns kunskap om anhörigas behov av att diskutera det inträffade för att öka deras förståelse och bidra till rimliga förväntningar. Mycket av det stöd som idag finns för anhöriga handlar således om psykologiskt stöd och information om sjukdomen och vårdförloppet (Sonesson, 2014). Trots att det finns hjälp att få är det många anhöriga som inte vet att de kan få stöd för

sin egen del. Vissa uttrycker också att det stöd som finns inte uppfyller deras behov (Katzbanna, Manning, Mistri, Johnson, & Robinson, 2017; Socialstyrelsen, 2016).

Att arbetsterapeuter och annan vårdpersonal tar hänsyn till de anhöriga och deras upplevelse innebär att inkludera en viktig del av vardagslivet för den strokedrabbade (Kantartzis, 2017), och samtidigt inte i onödan riskera ohälsa hos den anhöriga som vårdar. Arbetsterapeuter skulle kunna spela en viktig roll för att stötta anhöriga och att hjälpa dem strukturera, prioritera och lära ut strategier för att hantera vardagen och möjliggöra upplevelse av aktivitetsbalans.

Problematisering

Upplevd aktivitetsbalans hos anhöriga till strokedrabbade personer är förhållandevis outforskad. Ett fåtal studier har visat hur vardagen förändras för par där den ena drabbats av stroke (Ekstam et al., 2011) och hur anhöriga till strokedrabbade bortprioriterar sina meningsfulla aktiviteter (van Nes, Runge & Jonsson, 2009). Studierna undersökte dock inte hur anhöriga upplevde och skattade sin aktivitetsbalans och det behövs därför studier som undersöker detta. Detta för att kunna möjliggöra förebyggande arbete och motverka att ohälsa uppstår hos anhöriga.

Syfte

Syftet var att undersöka hur anhöriga till personer som drabbats av stroke skattar sin upplevda aktivitetsbalans samt att kartlägga eventuella olikheter i skattad upplevelse av aktivitetsbalans beroende på de demografiska faktorerna:

- kön och ålder
- tid sedan strokeinsjuknande hos den närstående
- utbildningsnivå
- om det finns hemmaboende barn
- relationen till den strokedrabbade

Metod

Design

Studien var en deskriptiv tvärsnittsstudie. Den hade en induktiv ansats där författarna ville kartlägga aktivitetsbalans hos anhöriga till personer som drabbats av stroke (Kristensson, 2014). En kvantitativ metod användes i form av enkät med självskattningsinstrumentet

Occupational Balance Questionnaire (OBQ). I enkäten efterfrågades också demografiska faktorer (se bilaga 1) för att kunna beskriva urvalsgruppen samt för att beskriva eventuella olikheter mellan upplevelse av aktivitetsbalans beroende på olika demografiska faktorer.

Urval

I studien deltog 49 personer ($n=49$), varav 14 var män och 35 var kvinnor. Dessa var partner, syskon eller barn till den strokedrabbade, ingen var förälder. Urvalet gjordes med bekvämlighetsurval (Kristensson, 2014) där 13 mellanhänder med samordnande roller på strokeföreningar och anhöriggrupper runt om i Sverige medvetet valdes ut och distribuerade enkäten till personer som uppfyllde inklusionskriterierna.

Inklusionskriterier var att personen skulle vara anhöriga till en person som drabbats av stroke, vara över 18 år samt kunna läsa och förstå svenska. Att inte ha fler inklusionskriterier, till exempel någon tydlig avgränsad åldersgrupp för deltagande i studien möjliggjorde en bredare spridning på deltagarna.

Datinsamling

Data samlades in med instrumentet *Occupational Balance Questionnaire* (OBQ) (på svenska – ”frågeformuläret om aktivitetsbalans”) vilket är ett självskattningsinstrument (Wagman & Håkansson, 2014a). Upphovsmakarna till OBQ, Carita Håkansson och Petra Wagman, gav sin tillåtelse till användning av den senaste versionen av instrumentet. Denna innehåller 11 påståenden som den tillfrågade svarar på genom att skatta på en fyrgradig skala hur väl de håller med. Skattningsskalan är en ordinalskala med svarsalternativen ”instämmer inte alls” (0), ”instämmer delvis” (1), ”instämmer mycket” (2) och ”instämmer helt” (3). Instrumentet mäter upplevelsen av aktivitetsbalans hos den tillfrågade personen. Instrumentet tar dock inte upp tidsåtgång i olika aktiviteter eller vilka aktiviteter som utförs, utan fokus är enbart på upplevelsen. Den maximala totalsumman är 33 och ju högre totalsumma ju mer nöjd är personen med sin aktivitetsbalans. Det finns inga gränsvärden för vad som räknas som hög eller låg skattning på OBQ. Den reviderade versionen av bedömningsinstrumentet kan användas inom olika målgrupper där personerna är över 18 år och instrumentet håller på att undersökas psykometriskt för normalpopulation (pågående studie enligt personlig kommunikation med C. Håkansson 31 januari 2018). Det är en fördel att använda ett befintligt bedömningsinstrument då det innebär att det redan är testat (Hansagi & Allebeck, 1994). Författarna till studien ansåg att OBQ var användbart för att kunna möta syftet med denna

studie även om det ännu är under utveckling. Önskemål från upphovsmakarna är att instrumentet inte läggs som bilaga, vilket har respekterats. Bedömningsformuläret kompletterades med demografiska frågor (se bilaga 1). Syftet med dessa var att kunna kartlägga eventuella olikheter i skattad aktivitetsbalans mellan olika grupper samt att beskriva urvalsgruppen.

Enkäten skickades ut på mail, per post eller fylldes i vid möte med anhöriggrupper. De olika tillvägagångssätten berodde på önskemål från olika grupper och genom att tillmötesgå dessa kunde antalet deltagare ökas. Inlämnad/inskickad enkät behandlades anonymt och endast författarna har haft tillgång till det inskickade materialet. För att öka svarsfrekvensen (Kristensson, 2014) skickades påminnelser ut via de 13 mellanhänderna. Innan genomförandet av studien informerades deltagarna kring studiens syfte och vilken metod som skulle användas samt att det var frivilligt att delta och att de när som helst kunde välja att avbryta deltagandet eller avstå från att svara (se bilaga 2). Då distribuering och påminnelser har gått via mellanhänder och metoderna för distribueringen har varit olika saknas uppfattning om exakt antal utdelade enkäter och därmed även om bortfall. Vid sammanställning av resultat uteslöts en enkät då den strokedrabbade avlidit och svaren på denna enkät var otydliga och svårtolkade.

Dataanalys

Insamlade data har sammanställts och bearbetas i Excel med deskriptiv statistik. Deltagarna i studien beskrivs genom sammanställning av faktorer på nominal- och ordinalskalenivå (Kristensson, 2014) som beskriver kön, ålder, hemmaboende barn, utbildningsnivå, tid sedan strokeinsjuknande och relation till den strokedrabbade.

Enkätsvaren i OBQ analyserades genom att beräkna medianvärde och spridning på varje fråga, samt medianvärde och spridning på totalsumman. För att kunna beskriva eventuella olikheter i OBQ-skattningarna beräknades även medianvärde och spridning på totalsumman utifrån de demografiska faktorerna. Vad gäller respondenternas ålder, ålder på strokedrabbad och tid sedan strokeinsjuknande användes medianvärden för att dela in respondenterna utifrån om de svarat över eller under medianvärdet för respektive fråga. Detta möjliggjorde beskrivning av eventuella olikheter i skattningar mellan de äldre och de yngre och där det gått kortare eller längre tid sedan strokeinsjuknandet.

Då olikheter syntes i skattningarna beroende på ålder på anhörig, ålder på strokedrabbad och tid sedan strokeinsjuknandet betraktades dessa faktorer sedan tillsammans.

Detta gjordes genom att identifiera två grupper: 1) yngre än 68 år, anhörig till strokedrabbad som är yngre än 70 år och mindre än 8 år sedan strokeinsjuknade; 2) de äldre anhöriga, äldre strokedrabbade och längre tid. Dessa två grupper bestod av 11 anhöriga vardera. Olikheter mellan de två grupperna kartlades. Alla ovan nämnda kartläggningar av olikheter är gjorda deskriptivt och utan statistisk signifikans- eller poweranalys (Kristensson, 2014).

Forskningsetiska överväganden

Författarna hade som utgångspunkt de fyra forskningsetiska principerna *informationskrav*, *samtyckeskrav*, *konfidentialitetskrav* och *nyttjandekrav* vid planering och skapande av studien (Vetenskapsrådet, 2002). Deltagarna informerades i bifogat brev om studiens syfte och metod, samt att det var frivilligt att delta (se bilaga 2). All insamlade data behandlades så det inte gick att spåra eller identifiera personer och information gavs till deltagarna om att alla insamlade data endas användes för studiens syfte. Endast författarna hade tillgång till materialet.

Resultat

Nedan presenteras resultatet genom sammanställning av data i tabeller och diagram.

Respondenterna och demografiska data

Fyrtionio personer besvarade enkäten och ingick i studien. I tabell 1 visas en presentation av respondenterna och insamlad demografiska bakgrundsdata.

Tabell 1. Respondenternas demografiska faktorer

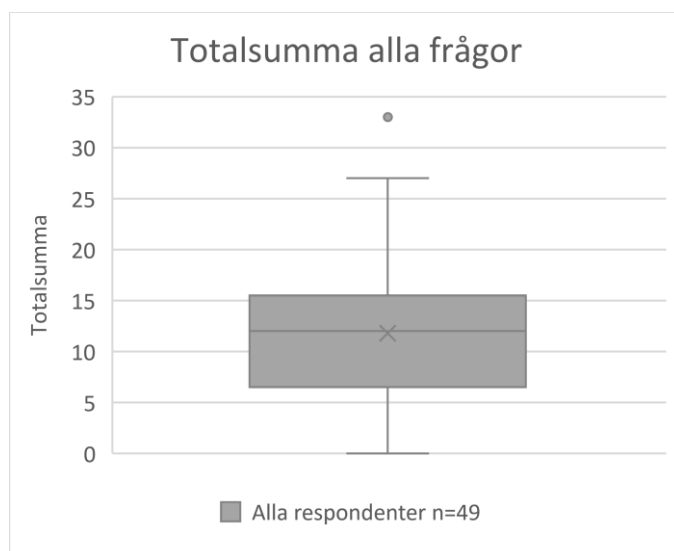
		Antal (<i>n</i> =49)	Median (Range)
Kön	<i>Kvinnor</i>	35	
	<i>Män</i>	14	
Ålder	<i>Anhörig</i>		68 (33 – 83)
	<i>Strokedrabbad</i>		71 (43 – 90)
Tid sedan strokeinsjuknande (år)			7,25 (0,25 – 20)
Utbildningsnivå	<i>Grundskola</i>	13	
	<i>Gymnasium</i>	15	
	<i>Högskola</i>	21	
Sammanboende	<i>Ja</i>	44	
	<i>Nej</i>	5	
Hemmaboende barn	<i>Ja</i>	5	
	<i>Nej</i>	44	
Relation	<i>Barn</i>	3	
	<i>Partner</i>	45	
	<i>Syskon</i>	1	

Skattning av aktivitetsbalans

Samtliga svarsalternativ i OBQ, ”instämmer inte alls” (0), ”instämmer delvis” (1), ”instämmer mycket” (2) och ”instämmer helt” (3), användes av en eller flera respondenter på alla påståenden. ”Instämmer helt” (3) är högsta möjliga skattning. Maximal totalsumma på OBQ-skattningarna är således 33, vilket även är högst grad av skattad aktivitetsbalans. Tabell 2 och figur 1 nedan presenterar skattningarna.

Tabell 2. Respondenternas ($n=49$) skattade värden i OBQ.

Fråga i OBQ	Median (Range)
1. Lagom mycket att göra en vanlig vecka	1 (0 – 3)
2. Balans mellan sådant jag gör för min egen skull och för andras skull	1 (0 – 3)
3. Det jag verkligen vill göra ser jag till att göra	1 (0 – 3)
4. Balans mellan olika aktiviteter i vardagen	1 (0 – 3)
5. Det jag måste göra har jag tillräckligt med tid till	1 (0 – 3)
6. Balans mellan fysiska, sociala, intellektuella och vilsamma aktiviteter	1 (0 – 3)
7. Nöjd med den tid jag lägger på olika aktiviteter i min vardag	1 (0 – 3)
8. Nöjd med antalet aktiviteter som jag är engagerad i under en vanlig vecka	1 (0 – 3)
9. Variationen mellan att göra sådant jag måste och sådant jag vill känns tillräcklig	1 (0 – 3)
10. Balans mellan aktiviteter som ger energi och som tar energi	1 (0 – 3)
11. Nöjd med tiden jag lägger på vila, återhämtning och sömn	1 (0 – 3)
<i>Totalsumma alla frågor</i>	12 (0 – 33)



Figur 1. Fördelning av respondenters totalsummor i OBQ-skattningarna

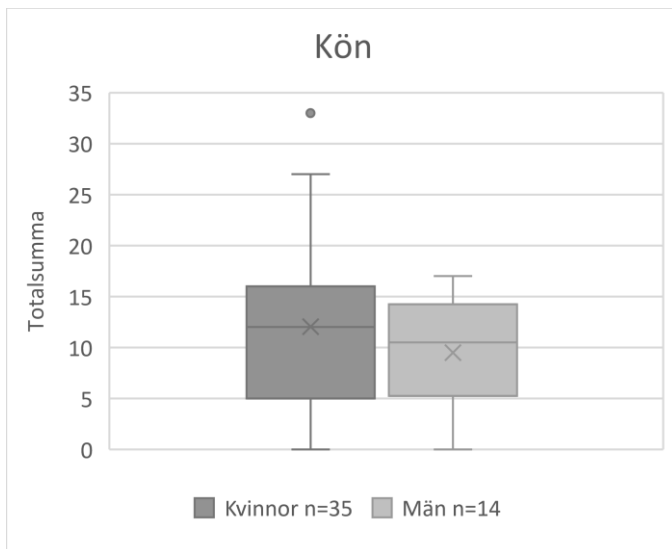
Sammanställning utifrån demografiska faktorer

På de demografiska frågorna som rör sammanboende, hemmaboende barn samt relationen till den strokedrabbade är fördelningen av svar ojämn. Skattningssumma i OBQ och dessa demografiska faktorer har därför sammanställts i tabell istället för diagram, vilket tydliggör den ojämna demografiska fördelningen (se tabell 3).

Tabell 3. Fördelning av demografiska svar och skattningssumma i OBQ

		Antal (<i>n</i> =49)	Skattningssumma i OBQ Median (Range)
Sammanboende	<i>Ja</i>	44	12 (0 – 33)
	<i>Nej</i>	5	9 (5 – 13)
Hemmaboende barn	<i>Ja</i>	5	7 (0 – 11)
	<i>Nej</i>	44	12 (0 – 33)
Relation	<i>Barn</i>	3	11 (7 – 13)
	<i>Partner</i>	45	12 (0 – 33)
	<i>Syskon</i>	1	9 (9)

Nedan följer boxdiagram vilka visar sammanställning av skattningar utifrån demografiska faktorer (se figur 2 - 6). I boxdiagrammen visas spridningen (*range*) av totalsummorna. Varje kvartil är 25% och vid extremvärden markeras dessa med en ensam punkt. Linjen som skiljer kvartil 2 från kvartil 3 är medianvärdet och markerar 50%, och medelvärdet markeras med "x" (Backman, 2008). I figur 7 visas ålder på anhörig, ålder på strokedrabbad och tid sedan insjuknande då de betraktades samtidigt. Två grupper visas, där den första består av respondenter som tillhör samtliga av följande; den yngre hälften av alla respondenter (under 68 år), deras strokedrabbade närstående är under 70 år och det har gått mindre än 8 år sedan strokeinsjuknandet. Dessa kallas grupp 1. Grupp 2 består således av den äldre hälften av alla respondenter (över 68 år), deras strokedrabbade närstående är över 70 år och det har gått 8 år eller mer sedan strokeinsjuknandet.



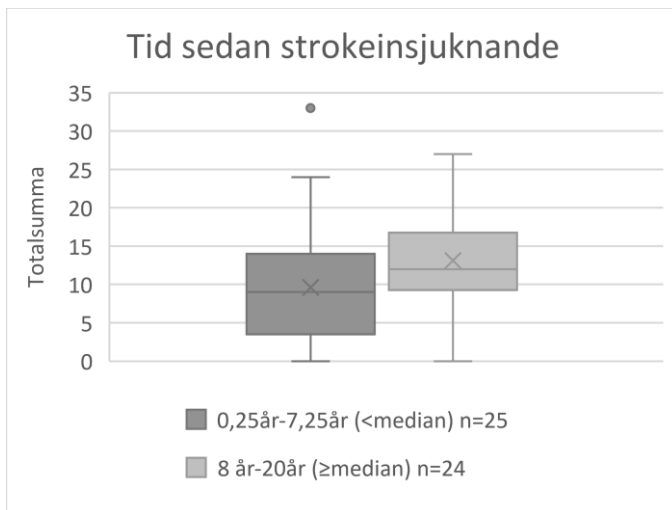
Figur 2. OBQ skattningar - män respektive kvinnor



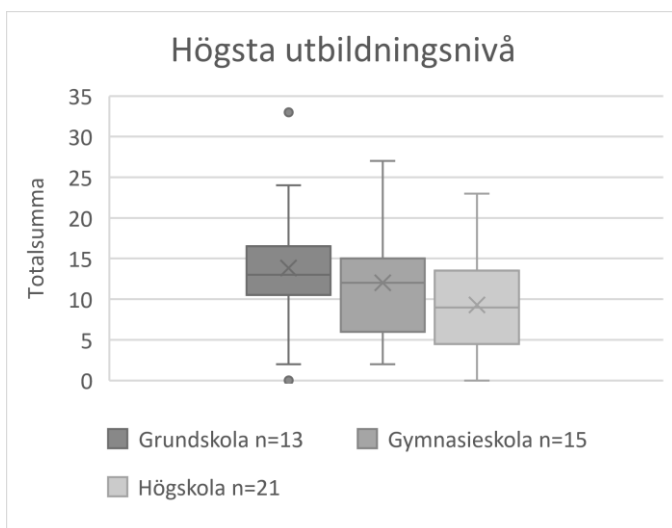
Figur 3. OBQ skattningar – ålder på anhörig



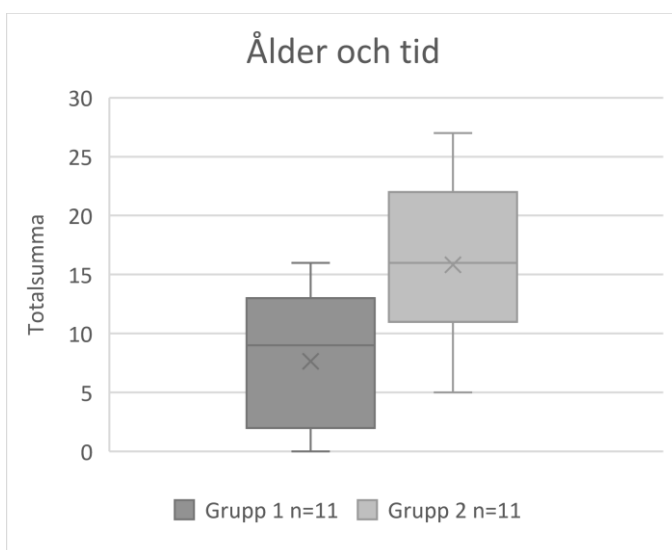
Figur 4. OBQ skattningar – ålder på strokedrabbad



Figur 5. OBQ skattningar – tid sedan strokeinsjuknande



Figur 6. OBQ skattningar – högsta utbildningsnivå



Figur 7. OBQ skattningar - ålder på anhörig, ålder på stokedrabbad och tid sedan strokeinsjuknande.

Diskussion

Resultatdiskussion

Det resultat som framkom visar att anhöriga till personer som drabbats av stroke skattar sin aktivitetsbalans relativt lågt. Medianvärdet för respondenternas totalsumma var 12 (se tabell 2 och figur 1) och eftersom 12 är mindre än hälften av 33, som är högsta möjliga totalsumma, kan detta medianvärde tolkas som att skattningarna generellt är låga där fler skattningar alltså är på 0 eller 1 än på 2 eller 3. Detta kan tyda på att de anhöriga upplever aktivitetsobalans då ju högre skattad siffra i OBQ desto mer nöjd är personen med sin aktivitetsbalans (Wagman & Håkansson, 2014b). Då det inte finns några publicerade studier där den senaste versionen av OBQ är använd är det svårt att värdera resultatet i denna studie i förhållande till andra. Däremot finns studier där den tidigare versionen har använts. I en studie på normalpopulation av Wagman och Håkansson (2014a) användes den tidigare version av OBQ på personer i Sverige som var över 18 år. Där var max totalsumma 65 och medianvärdet på skattningarna var 42. Detta innebär alltså att i den tidigare studien skattades aktivitetsbalansen så att medianvärdet var mer än hälften av totalsumman, och i föreliggande studie är medianvärdet på skattningarna mindre än hälften av totalsumman. Detta skulle kunna stärka tolkningen att de anhörigas skattningar är låga. För att möjliggöra ytterligare jämförelse mellan de anhörigas skattningar och skattningar av normalpopulation krävs fler studier i framtiden där den senare versionen av OBQ används.

Faktorer som kan stödja resultatet att de anhöriga skattar sin aktivitetsbalans som låg kan vara som Ekstam et al. (2011) nämner i sin studie, att anhöriga inte längre hittar eller har tid till att utföra aktiviteter som tidigare eftersom de ensamma har ansvar för hushållet samt omvårdnad av den strokedrabbade. En annan faktor som kan ha spelat en central roll för resultatet är att anhöriga och strokedrabbade som par tidigare utfört aktiviteter tillsammans men att detta kan ha förändrats. Detta genom att den anhöriga tagit över vissa aktiviteter från den strokedrabbade. Kniepmann och Cupler (2014) menar även i sin studie att när den ena i paret drabbats av stroke får den andra utföra aktiviteter på egen hand. Likaså beskriver Arntzen och Hamran (2016) att rollen som anhörigvårdare kan ta över. Författarna till föreliggande studie menar att detta i sin tur kan ha lett till att den anhöriga har tagit på sig för mycket aktiviteter att utföra för att få vardagen att gå ihop. Aktivitetsbalansen kan påverkas negativt om en person har för många eller för få aktiviteter att utföra i sin vardag, eller om balansen mellan att göra och vara har förändrats (Wilcock, 2006).

Vid alla påståenden i OBQ finns minst ett svar på varje svarsalternativ (0, 1, 2, 3). Variationsvidden för totalsumman av respondenternas skattningar är 0 – 33, det vill säga att minst en respondent har skattat 0 på alla påståenden och minst en har skattat 3 på alla påståenden. Detta tyder på att en stor variation finns i upplevd aktivitetsbalans bland de anhöriga. Författarna tror att detta beror på att de anhöriga är individer med olika erfarenheter som hanterar sin vardag på olika sätt. Backman (2005) menar att olika faktorer som kan påverka aktivitetsbalansen är till exempel vilken fas i livet en person är i, vilken kultur hen ingår i och vilken motivation personen har. Dessa faktorer kan i sin tur ha lett till att de anhöriga hanterat att deras närstående drabbats av stroke på olika sätt. När en person genomgår en förändring är adaptionsförmågan och hur personen hanterar de känslor, handlingar och händelser som uppstår individuellt och unikt (Blair, 2000; Kielhofner, 2012b/2008).

Utifrån resultatet framkom det att anhöriga i studien skattar sig olika i OBQ beroende på sin ålder, ålder på den strokedrabbade och tid sedan strokeinsjuknande. Då dessa faktorer betraktades tillsammans identifierades två grupper. Grupp 1 (lägre åldersgrupp och kortare tid sedan strokeinsjuknande) och grupp 2 (högre åldersgrupp och längre tid sedan strokeinsjuknande). Olikheter kunde ses i lägsta totalsumma (0 respektive 5), högsta totalsumma (16 respektive 27) och medianvärde av totalsumman (9 respektive 16). Utifrån detta kan ses att grupp 2 skattar sin aktivitetsbalans högre än grupp 1. Att observera är att medianvärdena för båda grupper skattningar är låga, och mindre än hälften av totalsumman. Denna förändring över tid skulle kunna bero på detsamma som vid en traumatisk kris. Tid är då en viktig faktor för att krisens faser ska passeras för att kunna få ett nytt perspektiv på sin vardag och tillvaro (Cullberg 1992; Löfström & Nilsson, 2012). Ju längre tid som passerat sedan traumat inträffat, ju längre in i nyorienteringsfasen har personen kommit. Den nya vardagens roller, vanor och rutiner blir allt mer stabila (Blair 2000; Cullberg, 1992) och personen anpassar sig succesivt till den nya livssituationen (Löfström & Nilsson, 2012). Även den nya vardagen och livssituationen kan upplevas vara i olika grad av aktivitetsbalans.

En annan anledning till att grupp 2 skattar sin aktivitetsbalans högre skulle kunna vara att de äldre deltagarna och deras strokedrabbade närstående med stor sannolikhet har gått i pension efter strokeinsjuknandet. Den stora förändring av aktivitetsmönster som det innebär att gå i pension kan ge möjlighet till personen att anpassa sin nya vardag utifrån de förutsättningar som finns (Jonsson, 2010). Utifrån detta skulle dessa personer alltså kunna ha anpassat mängden och typen av aktiviteter som de utför utifrån deras strokedrabbade

närstående (Humphry & Womack, 2014). Dessutom förändras upplevelsen av aktiviteterna i sig över tid på samma sätt som att komponenterna viljekraft, vanebildning, utförandekapacitet och miljö är i ständig förändring. Dessa förändringar sker över tid i alla människors liv och är en del av all utveckling (Kielhofner, 2012a/2008).

De anhöriga som har grundskoleutbildning som högsta utbildningsnivå skattade sin aktivitetsbalans högre än de anhöriga som har en gymnasie- eller högskoleutbildning. I en studie utförd på personer med psykisk ohälsa uppgav också de med högre utbildning att de upplevde mer obalans jämfört med de med lägre utbildning. Vad det skulle kunna bero på var att de inte kunde använda sina kunskaper och förmågor i sitt liv (Eklund & Argentzell, 2016). Det är dock mycket intressant att de respondenterna med högre utbildning upplevde sämre aktivitetsbalans än de med lägre utbildning. Detta eftersom Solé-Auró och Alcañiz (2016) i sin studie på vuxna personer i Spanien kommer fram till att personer med hög utbildningsnivå har mindre risk för ohälsa än personer med lägre utbildningsnivå. Även om aktivitetsbalans och hälsa inte per automatik är korrelerade finns tydliga indikationer på att personer som skattar sin aktivitetsbalans som god även skattar sin hälsa och livstillfredsställelse som det (Wagman & Håkansson, 2014a; Håkansson & Ahlborg, 2017).

Vid kartläggning av män och kvinnors skattning av aktivitetsbalans kunde en viss olikhet ses mellan männens och kvinnornas högsta totalsumma. Medianvärdena var dock liknande, vilket kan tolkas som att olikheter mellan mäns och kvinnors upplevelse är liten. Det är fler kvinnor än män bland respondenterna, men vad detta beror på går inte att svara på utifrån denna studie. Mäns deltagande i anhörigrupper och strokeföreningar eller möjligt stora andel av det externa bortfallet skulle kunna vara ett ämne för fortsatta undersökningar.

När en person drabbas av stroke kan vardagen och dess aktiviteter påverkas av till exempel olika funktionsnedsättningar (Norrving et al., 2015), vilket har en inverkan på hela familjen (Löfström & Nilsson, 2012). Huruvida upplevelsen av aktivitetsbalans har förändrats har inte undersökts i denna studie då den endast har ett mättilfälle. Vad som däremot har undersökts och kartlagts är hur de anhöriga skattade sin aktivitetsbalans, just vid mättilfället, vilket också besvarat syftet med studien. För att underlätta för de anhöriga och minska risken för dem att drabbas av ohälsa bör det vara av vikt att möta och stötta de anhöriga i tid och då de är mottagliga för det. Bergström et al. (2015) menar att för att undvika att ohälsa uppstår hos anhöriga kan de behöva hjälp med att skapa balans i sina dagliga aktiviteter. I och med detta och att det finns interventionsmetoder för att underlätta förändringar av aktivitetsmönster och aktivitetsbalans skulle arbetsterapeuter kunna spela en

viktig roll för detta. Enligt Erlandsson och Persson (2014) finns ett ökat behov i samhället för preventiva åtgärder kring att skapa en balanserad vardag för alla människor i olika faser i livet.

Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka hur anhöriga till personer som drabbats av stroke skattade sin upplevda aktivitetsbalans samt att kartlägga eventuella olikheter i skattning beroende på demografiska faktorer. För att möta syftet valdes en kvantitativ metod med ett självskattningsinstrument. Denna metod möjliggör undersökning och kartläggning av fenomen (Kristensson, 2014), i detta fall upplevelse av aktivitetsbalans. Med de demografiska data som komplement kunde även olikheter utifrån dessa faktorer kartläggas. Då antalet respondenter var för litet för att möjliggöra sambandsanalys och bidra till generaliserbar kunskap gjordes varken statistisk signifikans- eller poweranalys (Kristensson, 2014). Kartläggningarna av olikheterna är istället gjorda deskriptivt.

Författarna till studien valde att göra en enkätstudie eftersom detta ger möjlighet till större dataunderlag än om kvalitativ metodik i form av till exempel intervju valts. Enkäter ger således en bredare bild av anhörigas självskattning av aktivitetsbalans. Dock har inga följdfrågor kunnat ställas till respondenterna kring varför de svarat som de gjort på påståendena i OBQ, och ingen fördjupning har varit möjlig att genomföra för att undersöka deltagarnas upplevelse av sin aktivitetsbalans. För framtida studier skulle en kvalitativ metod kunna användas för att få en djupare förståelse kring anhörigas upplevelse av aktivitetsbalans samt för att fånga vilka aktiviteter som de utför och hur mycket tid som de lägger på dem, vilket inte kan utläsas i OBQ (Kristensson, 2014; Wagman & Håkansson, 2014b).

Enkäten bestod av en reviderad version av bedömningsinstrument OBQ som enligt C. Håkansson (personlig kommunikation, 31 januari 2018) håller på att undersökas psykometriskt för normalpopulation. Att använda ett befintligt bedömningsinstrument ökar sannolikheten för att mätningarna görs på det som avses att mätas och görs på ett säkert sätt (Kristensson, 2014), även om studier gällande den reviderade versionen av OBQ ännu inte publicerats.

Då utskick av enkäter gått via 13 olika mellanhänder med samordnande roller inom strokeföreningar och anhörigrupper saknas uppfattning om totalt antal distribuerade enkäter. I och med detta går det alltså inte att få någon uppfattning om det externa bortfallet, vilka som inte har velat eller kunnat delta. Detta bortfall skulle kunna ha inverkan på

resultatet på så sätt att det kan ha blivit ett annat om de som har valt att inte delta istället hade gjort det. Då kännedom saknas om hur stort bortfallet är går det följaktligen inte heller att uppskatta hur stor skillnaden i resultat skulle kunna vara (Hansagi & Allebeck, 1994; Kristensson, 2014). Det interna bortfallet är endast en enkät där svaren var svårtolkade och den strokedrabbade var avliden. Alla övriga inkluderades i sammanställningen av data. För att minska risk för bortfall bland respondenterna skickades en påminnelse ut ca 10 dagar efter utskick av enkäter, detta för att öka svarsfrekvensen (Hansagi & Allebeck, 1994).

För att ingå i urvalsgruppen krävdes att man var anhörig till person som drabbats av stroke, var över 18 år och kunna läsa och förstå svenska. Dessa breda inklusionskriterier innebar en möjlighet för en så bred variation som möjligt bland respondenterna. Information saknas om huruvida respondenterna arbetar, har funktionsnedsättning som påverkar, eller om det finns andra faktorer som spelar roll för aktivitetsbalansen. Detta får anses vara en svaghet i studien eftersom dessa faktorer kan påverka upplevelsen av aktivitetsbalans. Urvalet begränsades till personer som var med i strokeföreningar och/eller anhöriggrupp eftersom det var en möjlighet att komma i kontakt med anhöriga till strokedrabbade på dessa sätt. Detta kan också ha påverkat resultatet eftersom anhöriga som deltar i anhörigföreningar och/eller strokeförbund kanske är mer aktiva än de som inte deltar. Således saknas fortfarande kännedom om hur anhöriga utanför anhörigföreningar och strokeförbund skulle skatta sin aktivitetsbalans. För detta krävs vidare studier. Kännedom saknas även om hur stort stödbehov den strokedrabbade och anhöriga har och hur mycket insatser som ges genom exempelvis assistent eller hemtjänst, samt om vilken kulturell kontext de anhöriga lever i. Dessa faktorer skulle kunna påverka upplevelsen av aktivitetsbalans hos den anhöriga. Att inte ha med dessa som demografiska frågor grundar sig i syftet med studien, men skulle kunna inkluderas i vidare studier. Fler och större studier med OBQ i till exempel olika kulturella kontexter behövs i framtiden.

Studiens relevans för arbetsterapi

Resultatet i studien har betydelse för arbetsterapi då det som undersökts är aktivitetsbalans och att det dessutom inte tidigare gjorts någon undersökning på anhöriga med denna version av bedömningsinstrumentet OBQ (personlig kommunikation med C. Håkansson 31 januari 2018). Denna studien visar att anhöriga skattar sin aktivitetsbalans som relativt låg vilket kan innebära en risk för ohälsa. Arbetsterapeuter skulle kunna stötta anhöriga tidigt i processen med att skapa en balanserad vardag utifrån deras förutsättningar och behov. Arbetet skulle då

vara preventivt och hälsofrämjande eftersom en viktig faktor för god hälsa är ett aktivitetsmönster i balans (Erlandsson & Persson, 2014). Enligt Ekstam et al. (2011) skulle arbetsterapeuter kunna hjälpa den anhörige att inte ta på sig för mycket och/eller ta över aktiviteter från den strokedrabbade, vilket skulle leda till att anhöriga kan bibehålla eller återskapa aktivitetsbalans.

Det finns en risk att inte nå de anhöriga med det stöd som de skulle kunna behöva om det är fel tidpunkt eller om stödet inte är av det slag eller i den omfattning som den anhöriga tycker sig behöva. I en studie av Katbamna et al. (2017) uppgav anhöriga till strokedrabbade att de inte var nöjda med det stöd de fått på grund av dess kvalitet och/eller att det inte varit i rätt tid. Många upplevde också att de inte fått något stöd överhuvudtaget. För att motverka detta och en långvarig aktivitetsobalans som riskerar att leda till ohälsa skulle personer med lågt skattad aktivitetsbalans behöva identifieras i rätt tid. Vad som är rätt tid är varierande eftersom det finns personer som är mer eller mindre sårbara vid förändringar samt behöver olika lång tid för att hantera en traumatisk kris. OBQ kan vara ett lämpligt bedömningsinstrument att använda för detta eftersom det mäter den subjektiva upplevelsen, vilket som nämnts är av vikt då personer har olika förmåga till adaptation och reagerar olika vid oväntade situationer (Blair, 2000). Det kan med detta i beaktande vara av vikt att inte ta för givet att den anhöriga är kapabel att hantera den nya situationen och gå in i rollen som anhörigvårdare, vilket ofta förväntas (Socialstyrelsen, 2016).

Slutsats

De anhöriga som har deltagit skattar över lag sin aktivitetsbalans som låg, även om variationen i skattningssumman är stor. Då medianvärdet av skattningarna analyserades framkom dock att det var mindre än hälften av maxsumman, vilket tolkas som lågt. De låga skattningarna och aktivitetsobalansen innebär en risk för de anhöriga att drabbas av eller redan uppleva ohälsa.

De äldre anhöriga där även den strokedrabbade är äldre och där det gått längre tid sedan insjuknandet skattar sin aktivitetsbalans högre än den yngre gruppen där det gått kortare tid. Utifrån detta kan antas att tid och ålder är viktigt för hur aktivitetsbalansen förändras efter strokeinsjuknandet, vilket stämmer överens med andra studier. Detta kan dock behöva styrkas ytterligare då föreliggande studie är en deskriptiv studie. Studier behövs även gällande hur män skattar sin aktivitetsbalans och varför de eventuellt inte deltar i anhöriggrupper och/eller strokeföreningar, samt hur anhöriga som inte deltar i

strokeföreningar och/eller anhörigförbund skattar sin aktivitetsbalans. Även utbildningsnivå verkar påverka skattningen av aktivitetsbalans. Orsaken till detta kan inte utrönas i denna studie utan kräver vidare studier.

Referenslista

Arntzen, C., & Hamran, T. (2016). Stroke survivors' and relatives' negotiation of relational and activity changes: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(1), 39-49. doi: 10.3109/11038128.2015.1080759

Backman, C. (2005). Occupational Balance- measuring time use and satisfaction across occupational performance areas. In M.C. Law, C.M. Baum., & W. Dunn (Eds.), *Measuring occupational performance: supporting best practice in occupational therapy*. (2nd ed., pp. 287-298) Thorofare, N.J.: Slack.

Backman, C.L. (2010). Occupational Balance and Well-being. In C.H. Christiansen & E.A. Townsend (Eds.), *Introduction to occupation: the art and science of living; new multidisciplinary perspectives for understanding human occupation as a central feature of individual experience and social organization* (2nd ed., pp. 231-249). New Jersey: Pearson Education Upper Saddle River.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser* (upplaga 2:1). Lund: Studentlitteratur

Bergström, A. L., von Koch, L., Andersson, M., Tham, K., & Eriksson, G. (2015). Participations in everyday life and life satisfactions in persons with stroke and their caregivers 3-6 months after onset. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47(6), 508-515. doi: 10.2340/16501977-1964

Blair, See. (2000). The Centrality of Occupation during Life Transitions. *British Journal of Occupational Therapy*, 36(5), 231-237. doi: 10.1177/030802260006300508

Cullberg, J. (1992). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.

Eklund, M., & Argentzell, E. (2016). Perception of occupational balance by people with mental illness: A new methodology. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(4), 304-313. doi:10.3109/11038128.2016.1143529

Ekstam, L., Tham, K., & Borell, L. (2011). Couples' approaches to changes in everyday life during the first year after stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(1), 49-58. doi:10.3109/11038120903578791

- Erlandsson, L-K., & Persson, D. (2014). *ValMO-modellen: ett redskap för aktivitetsbaserad arbetsterapi*. Lund: Studentlitteratur.
- Hansagi, H., & Allebeck, P. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård. Handbok för forskning och utvecklingsarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Humphry, R., & Womack, J. (2014). Transformations of occupations: a life course perspective. In Schell, Gillen & Scaffa (eds.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (12th ed., pp. 60-71). Lippincott Williams & Wilkins.
- Håkansson, C., & Ahlberg, G. (2017). Occupational imbalance and the role of perceived stress in predicting stress-related disorders. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1-10. Doi: 10.1080/11038128.2017.1298666
- Jonsson, H. (2010). Occupational transitions: Work to retirement. In C. H. Christiansen & E. A. Townsend (Eds.), *Introduction to occupation: The art and science of living* (2nd ed., pp. 211–230). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Kantartzis, S. (2017). Exploring occupation beyond the individual: family and collective occupation. In D. Sakellariou & N. Pollard (Eds.), *Occupational therapies without borders: integrating justice with practice*. (2nd ed., pp. 19 - 28). Edinburgh: Elsevier.
- Katbamna, S., Manning, L., Mistri, A., Johnson, M., & Robinson, T. (2017). Balancing satisfaction and stress: carer burden among White and British Asian Indian carers of stroke survivors. *Ethnicity & Health*, 22(4), 425-441. doi:10.1080/13557858.2016.1244740
- Kielhofner, G. (2012a). Grundläggande begrepp för människans aktivitet. I G. Kielhofner (Red.), *Model of Human Occupation: teori och tillämpning* (C. Falk, K. Falk & H. Stedman, Övers. 1:2 uppl., s. 16-25). Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 2008)
- Kielhofner, G. (2012b). Görandet och blivandet: Aktivitetsförändring och aktivitetsutveckling. I G. Kielhofner (Red.), *Model of Human Occupation: teori och tillämpning* (C. Falk, K. Falk & H. Stedman, Övers. 1:2 uppl., s. 123-135). Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 2008)

Knipmann, K., & Cupler, M. H. (2014). Occupational changes in caregivers for spouses with stroke and aphasia. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(1), 10-18.

doi:10.4276/030802214X13887685335463

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Löfström, J., & Nilsson, S. (2012). Psykosociala perspektiv. I A-C. Jönsson (Red.), *Stroke-patienters, närståendes och vårdarens perspektiv* (s. 185-202). Lund: Studentlitteratur.

Matuska, K., & Barrett, K. (2014). Patterns of Occupation. In B.A.B. Schell, G. Gille & M.E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (12 ed., pp. 163- 172). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Norrving, B., Aldskogius, H., Brogårdh, C., Jakobsson Larsson, B., Larsson, J., Stibrant Sunnerhagen, K., Tham, K., & Östberg, P. (2015). *Klinisk neurovetenskap*. Stockholm: Liber.

Solé-Auró, A., & Alcañiz, M. (2016). Educational attainment, gender and health inequalities among older adults in Catalonia (Spain). *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 126. doi: 10.1186/s12939-016-0414-9

Socialstyrelsen. (2012). Anhöriga som ger omsorg till närstående - omfattning och konsekvenser. Hämtad 2018-01-17 från http://www.anhoriga.se/Global/St%c3%b6d%20och%20kunskap/Fakta%20om%20anh%c3%b6riga/Dokument/Anhoriga_som_ger_omsorg_till_narstaende_omfattning.pdf

Socialstyrelsen. (2016). Stöd till anhöriga – vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen. Hämtad 2018-01-16 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20286/2016-7-3.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer för vård vid stroke – stöd för styrning och ledning (remissversion). Hämtad 2018-01-17 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20618/2017-5-13.pdf>

Sonesson, B. (2014). Stroke. I H. Nyman & A. Bartfai (red.), *Klinisk neuropsykologi*. (s. 231-243). Lund: Studentlitteratur.

van Nes, F., Runge, U., & Jonsson, H. (2009). One body, Three Hands and Two Minds: A Case Study of the Intertwined Occupations of an Older Couple after a Stroke. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 194-202.

<http://eds.a.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=6817a226-0dbe-4fe5-8d49-0cb3dbc7e0a4@sessionmgr4008>

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322-327. doi: 10.3109/11038128.2011.596219

Wagman, P., & Håkansson, C. (2014a). Exploring occupational balance in adults in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(6), 415-420.
Doi.10.3109/11038128.2014.934917

Wagman, P. & Håkansson, C. (2014b). Introducing the Occupational Balance Questionnaire (OBQ). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(3), 227-231.
Doi:10.3109/11038128.2014.900571

Wilcock, A. A. (2006). *An Occupational Perspective of Health* (2nd ed.). Thorofare, NJ: Slack

Bilaga 1

Demografiska frågor:

Kön:

- Kvinna
- Man
- Annat

Din ålder: _____

Ålder på den strokeinsjuknade: _____

Tid sedan strokeinsjuknande
(ange i år och/eller månader): _____

Din utbildningsnivå:

- Grundskoleutbildning
- Gymnasieutbildning
- Högskoleutbildning
- Annat _____

Är du sammanboende med person som insjuknat i stroke?

- Ja
- Nej

Finns det hemmaboende barn under 18 år i hushållet?

- Ja
- Nej

Din relation till den strokeinsjuknade:

- Jag är förälder
- Jag är barn
- Partner
- Syskon
- Annat _____

Bilaga 2



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

INFORMATIONSBREV TILL
STUDIEDELTAGARE

2018-02-14

Aktivitetsbalans hos anhöriga till personer som har drabbats av stroke

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående enkätstudie, vilket ingår som ett examensarbete på kandidatnivå på Arbetsterapeutprogrammet. Du tillfrågas eftersom du antingen är i kontakt med en anhöriggrupp, är medlem i en strokeförening eller har en närstående på strokehabilitering.

Aktivitetsbalans är ett väl använt begrepp inom arbetsterapi och handlar om en individs unika upplevelse av att ha en lagom mängd av aktiviteter i sin vardag. Aktiviteter är allt som vi människor gör i vårt liv som t.ex. att laga mat, städa, umgås med nära och kära, arbeta, läsa och så vidare. Arbetsterapeutiska studier relaterat till aktivitetsbalans och anhöriga till strokedrabbade personer är relativt outforskat och vi skulle därför vilja undersöka hur aktivitetsbalansen kan se ut hos anhöriga. Detta för att uppmärksamma vikten av att ha ett anhörigperspektiv inom vården och kunna arbeta förebyggande mot att anhöriga drabbas av ohälsa.

Studien genomförs med hjälp av ett frågeformulär. Om du accepterar att delta ber vi dig att besvara frågorna i enkäten så fullständigt som möjligt.

Om du svarar på enkäten i pappersformat returneras denna i medföljande portofritt svarskuvert.
Alternativt samlar ansvarig person in din enkät och returnerar flera samtidigt.
Om du svarar på enkäten i digital form behöver du inte tänka på detta.

Deltagande är helt frivilligt. Frågorna besvaras fullständigt anonymt, d.v.s. ingen kommer att kunna veta vem det är som besvarat dem. Det är endast författarna som har tillgång till materialet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Matilda Månsson
Arbetsterapeutstudent
Studerande på
arbetsterapeutprogrammet
e-post:
arb15mma@student.lu.se

Malin Persson
Arbetsterapeutstudent
Studerande på
arbetsterapeutprogrammet
e-post:
arb15mpe@student.lu.se

Handledare
Birgitta Wästberg
Leg Arbetsterapeut
Tfn: 0768 871253
e-post:
birgitta.wastberg@skane.se
birgitta.wastberg@med.lu.se

Postadress: Lunds universitet, Institutionen för hälsovetenskaper, Box 157, 221 00 Lund.
Besöksadress: Baravägen 3, Lund. *Telefon:* 046-222 00 00 vx.

Bilaga 3



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Till dig som hjälper till att distribuera denna enkät.

Aktivitetsbalans hos anhöriga till personer som har drabbats av stroke

Vi skulle uppskatta om du ville vara behjälplig med att rekrytera deltagare till ovanstående studie, vilken ingår som ett examensarbete på kandidatnivå i arbetsterapeutprogrammet.

Aktivitetsbalans är ett väl använt begrepp inom arbetsterapi och handlar om en individs unika upplevelse av att ha en lagom mängd av aktiviteter i sin vardag. Aktiviteter är allt som vi människor gör i vårt liv som t.ex. att laga mat, städa, umgås med nära och kära, arbeta och så vidare. Arbetsterapeutiska studier relaterat till aktivitetsbalans och anhöriga till strokedrabbade personer är relativt outforskat och vi skulle därför vilja undersöka hur aktivitetsbalansen kan se ut hos anhöriga. Detta för att uppmärksamma vikten av att ha ett anhörigperspektiv inom vården och kunna arbeta förebyggande mot att anhöriga drabbas av ohälsa.

Studiens metod är att **anhöriga till strokedrabbade** personer får fylla i en enkät med ett självskattningsinstrument där de tillfrågade individerna uppmanas att skatta sin upplevelse av aktivitetsbalans samt svara på bakgrundsfrågor som t.ex. ålder och kön. Kriteriet för deltagarna är att de är anhöriga till personer som drabbats av stroke och är över 18 år.

Vad du som mellanhand kan göra är att dela ut enkäten genom att antingen maila bifogad länk till enkäten till deltagarna, eller skriva ut bifogad enkät och dela ut till deltagarna i pappersform. Enkäter i pappersform returneras i portofritt svarskuvert av antingen deltagarna själva eller av dig som mellanhand.

Deltagande är helt frivilligt. Frågorna besvaras fullständigt anonymt, d.v.s. ingen kommer att kunna veta vem det är som besvarat dem. Det är endast författarna som har tillgång till materialet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Matilda Månsson
Arbetsterapeutstudent
Studerande på
arbetsterapeutprogrammet
e-post:
arb15mma@student.lu.se

Malin Persson
Arbetsterapeutstudent
Studerande på
arbetsterapeutprogrammet
e-post:
arb15mpe@student.lu.se

Handledare
Birgitta Wästberg
Leg Arbetsterapeut
Tfn: 0768 871253
e-post:
birgitta.wastberg@med.lu.se
birgitta.wastberg@skane.se

Postadress: Institutionen för hälsovetenskaper, Box 157, 221 00 Lund. Besöksadress: Baravägen 3, Lund
Telefon: 046-222 00 00 vx. Telefax 046-222 18 08