



Institutionen för hälsovetenskaper
Arbetsterapeutprogrammet

MEDICINSKA
FAKULTETEN

Män med depression och/eller ångest och deras upplevda aktivitetsbalans

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Clara Sturén & Emma Fousek

Handledare: Lina Magnusson

Kandidatuppsats, kvalitativ intervjustudie.

Hösten 2023

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för rehabilitering
Box 157, 221 00 LUND

Män med depression och/eller ångest och deras upplevda aktivitetsbalans

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Clara Sturén & Emma Fousek

Handledare: Lina Magnusson

Examensarbete på kandidatnivå, kvalitativ intervjustudie

Hösten 2023

Abstrakt

Bakgrund: Inom arbetsterapi används begreppen aktivitetsbalans och aktivitetsobalans. Det finns ett samband mellan psykisk ohälsa och upplevelsen av aktivitetsbalans, men få studier är utförda på män. Vid psykisk ohälsa kan aktivitetsobalans uppstå vilket kan påverka personens vardag, aktiviteter och hälsa negativt.

Syfte: Syftet med denna studie är att undersöka hur män i Sverige med depression och/eller ångest upplever aktivitetsbalans.

Metod: Studien utförde elva semistrukturerade intervjuer med kvalitativ tvärsnittsdesign och data analyserades med manifest innehållsanalys och ett induktivt förhållningssätt.

Resultat: Resultatet visade att begränsad kapacitet bidrar till aktivitetsobalans genom att bristande ork hindrar aktivitetsutförandet och tröskeln upplevs för hög. Aktiviteter påverkar den psykiska hälsan eftersom aktiviteter ger och tar energi, tillfredställande krav i aktivitet, rätt mängd och nivå i aktivitet och vikten av variation mellan aktiviteter. Verktyg som bidrar till aktivitetsbalans är strategier för psykisk hälsa, rekreativa aktiviteter och kortsiktig lösning för att minska ångest. Omgivningsfaktorer som påverkar aktivitetsbalans är stödjande och hindrande faktorer samt normer om maskulinitet och negativa attityder.

Slutsats: Upplevelsen av aktivitetsbalans varierade utifrån den psykiska hälsan och beroende på dag. Aktivitetsbalans kunde upplevas trots närvaron av depression och/eller ångest. Det framkom att aktivitetsobalans upplevdes på helger men aktivitetsbalans på vardagar. Resultat visar behov av vidare forskning inom området.

Nyckelord:

Aktivitetsbalans, aktivitetsobalans, arbetsterapi, dagliga aktiviteter, män, mängd och variation, normer och attityder, psykisk ohälsa.

Men with depression and/or anxiety and their experience of occupational balance

A qualitative interview study

Author: Clara Sturén & Emma Fousek
Supervisor: Lina Magnusson
Bachelor thesis, qualitative interview study
Autumn 2023

Abstract

Background: Occupational therapy describes the concept of occupational balance and imbalance. There is a connection between mental illness and the experience of occupational imbalance, but few studies explored the experiences of men. Mental illness can cause occupational imbalance and could impact the individual's activities in daily life and health negatively.

Aim: The aim of this study is to investigate how men in Sweden with depression and/or anxiety experience occupational balance.

Method: Eleven semi-structured interviews was conducted using a qualitative cross-sectional design. Data was analyzed using manifest qualitative content analysis with an inductive approach.

Result: The result showed that limited capacity contributed to occupational imbalance by energy deficit, prevented occupational performance and that the threshold was experienced as too high. Satisfied demands, right amount and level and variety of the activities impacted mental health. Depending on the mental health, activities could both give and take energy. Tools for occupational balance were strategies for improving mental health, recreational activities and short-term solution to reduce anxiety. Contextual factors that impacted occupational balance were supportive and prohibitive factors, norms about masculinity and negative attitudes.

Conclusion: Occupational balance varied because mental health changed and depended on the day. Occupational balance could be experienced despite the presence of depression and/or anxiety. Occupational imbalance was experienced during the weekend, but occupational balance during the weekdays. The result indicate that further research is needed.

Keywords:

Activities in daily life, amount and variation, men, mental illness, norms and attitudes, occupational balance, occupational imbalance, occupational therapy.

Lund University
Faculty of Medicine
Program Committee for Rehabilitation
Box 157, S-221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion.....	2
Bakgrund	2
Aktivitetsbalans och aktivitetsobalans.....	2
Depression och ångest.....	3
Miljömässiga faktorer som påverkar aktivitetsbalans	4
Syfte	6
Metod	6
Design.....	6
Urval.....	6
Intervjuguide.....	8
Deltagare.....	8
Datainsamling.....	8
Dataanalys	9
Forskningsetiska avvägningar.....	10
Resultat	11
Begränsad kapacitet bidrar till aktivitetsobalans	11
Bristande ork hindrar aktivitetsutförandet.....	12
Tröskeln upplevs för hög.....	12
Aktiviteter påverkar den psykiska hälsan	13
Aktiviteter ger och tar energi.....	13
Tillfredsställande krav i aktivitet.....	14
Rätt mängd och nivå i aktiviteter.....	14
Vikten av variation mellan aktiviteter.....	15
Verktyg som bidrar till aktivitetsbalans	15
Strategier för psykisk hälsa.....	16
Rekreativa aktiviteter.....	17
Kortsiktig lösning för att minska ångest.....	17
Omgivningsfaktorer påverkar aktivitetsbalans.....	18
Stödjande faktorer för aktivitetsbalans.....	18
Hindrande faktorer för aktivitetsbalans.....	19
Normer om maskulinitet och negativa attityder.....	19
Diskussion	20
Resultatdiskussion	20
Metoddiskussion.....	23
Kliniska implikationer.....	25
Slutsats.....	26
Referenser.....	28
Bilaga 1 (1).....	34

Introduktion

Psykisk ohälsa är ett utbrett problem i dagens samhälle (Sveriges Kommuner och Regioner [SKR], 2023a). Socialstyrelsen (2019) beskriver att psykisk ohälsa är ett paraplybegrepp som innebär allt från mindre psykiska besvär till psykiatriska diagnoser. Socialstyrelsen (2021) menar att depression och ångest är högst förekommande i arbetsför ålder. Psykisk ohälsa kan försämra hälsa och öka risken för suicid och återinsjuknande (SKR, 2023a) vilket kan påverka vardagsaktiviteter och aktivitetsbalans (Eklund et al., 2009). Inom arbetsterapi anses människan som aktiv och aktivitet är nödvändigt för att uppfylla grundläggande behov (Robinson Johnsen & Dickie, 2019). Aktivitetsbalans är en viktig del i vardagen för att främja hälsa (Wilcock & Hocking, 2015). Stigmatisering och normer om män, maskulinitet och psykisk ohälsa begränsar mäns hjälpsökande (SKR, 2023b). World Health Organization [WHO] (2022b) definierar psykisk hälsa som ett komplext samspel mellan möjligheten att hantera daglig påfrestning, förmågan att se sina egenskaper, engagera sig i aktivitet och vara delaktig i samhället. Studier som undersökt psykisk ohälsa och aktivitetsbalans har ett underrepresentativt deltagande av män (Håkansson et al., 2006; Håkansson et al., 2023; Karlsson, 2023; Wagman et al., 2021) och studiens syfte var att undersöka hur män med depression och/eller ångest upplevde sin aktivitetsbalans.

Bakgrund

Aktivitetsbalans och aktivitetsobalans

Inom arbetsterapi ses människan som en aktiv varelse där aktivitet uppfyller mänskliga behov (Robinson Johnsen & Dickie, 2019). Genom ett ökat aktivitetsengagemang har effekten visats vara positiv på den mentala hälsan och välbefinnandet genom minskade psykiatriska symtom och ökad livskvalitet för personer med psykiatriska svårigheter (Bejerholm & Eklund, 2007). Argentzell et al. (2012) förklarar betydelsen av vila och återhämtning och dess vikt för personer med psykisk ohälsa. En individ engagerar sig dagligen i aktiviteter (Polatajko et al., 2013a) där en persons vardagsaktiviteter kan delas upp i kategorierna; arbete, vila, skötsel- och fritidsaktiviteter (Polatajko et al., 2013a; Erlandsson & Persson, 2020). Mellan dessa aktiviteter kan personen uppleva *aktivitetsbalans* vilket är en subjektiv upplevelse som formas utifrån en självupplevd variation av olika aktiviteter i vardagen (Erlandsson & Persson, 2020;

Polatajko et al., 2013a; Wagman et al., 2012). Definitionen av *aktivitetsbalans* härstammar från begreppet *lifestyle balance* som utvecklades av Matuska och Christiansen (2008) i modellen *lifestyle balance*. Aktivitetsbalans har olika definitioner eftersom begreppet utvecklats med åren och enligt Wagman et al. (2012) innebär *aktivitetsbalans* rätt mängd och variation mellan aktiviteter i vardagen och är en subjektiv upplevelse. Denna studie utgick utifrån Wagman et al. (2012) definition av aktivitetsbalans. Håkansson et al. (2023) visade att en högre skattad aktivitetsbalans var ett resultat av rätt mängd mellan aktiviteterna; jobb, lek, sömn, hem och familj, samt engagemang i aktiviteter som gav och tog energi (Håkansson et al., 2023). Wagman et al. (2021) visade att personer i åldern 18–65 som hade depression och ångest hade lägre upplevd aktivitetsbalans. Deltagare med aktivitetsbalans upplevde lägre symptom av depression vilket tyder på ett samband mellan aktivitetsbalans och psykisk ohälsa (Wagman et al., 2021).

Aktivitetsobalans kan uppstå när individens kapaciteter och resurser inte överensstämmer med utmaningar i vardagen och kan leda till ohälsa (Eklund et al., 2009; Håkansson et al., 2006; Karlsson., 2023; Wilcock & Hocking, 2015). Överengagemang i aktiviteter, bortprioritering av egna behov och att inte ta hjälp av omgivningen kan leda till aktivitetsobalans (Håkansson et al., 2006; Karlsson, 2023). För personer med psykisk ohälsa kan aktivitetsobalans ses som en konsekvens av att ha engagerat sig i för mycket eller för lite aktiviteter (Eklund et al., 2009). Det finns begränsad kunskap om hur män upplever sin aktivitetsbalans eftersom studier har haft ett fåtal eller inga deltagare av män (Håkansson et al., 2006; Håkansson et al., 2023; Karlsson, 2023; Wagman et al., 2021).

Depression och ångest

År 2019 framkom att omkring 280 miljoner människor i världen levde med depression och 301 miljoner med ångestsjukdom (WHO, 2022a). I Sverige förekommer depression hos cirka 33% och ångest hos cirka 25 % av befolkningen (Socialstyrelsen, 2021). Att få behandling i rätt tid är en avgörande faktor för sjukdomsförloppet, risken för återinsjuknande och påverkan på funktionsförmågan (Socialstyrelsen, 2021). Symptom som kan uppstå vid depression är störning i sömnmönstret, koncentrationssvårigheter och minskad energi vilket kan leda till svårigheter att utföra aktiviteter i personens vardag (Socialstyrelsen, 2021). American Psychiatric Associations (2013) framför att ångestsyndrom inkluderar rädsla för fara och ångest för framtida situationer. Det kan även förekomma panikattacker vid tillståndet, vilket är en akut reaktion på rädsla. Alla människor upplever ångest och rädsla, men när dessa

känslor blir överdrivna och påverkar personens vardag med ihållande symtom klassificeras det som ångestsyndrom (American Psychiatric Associations, 2013). Personer som lever med ångest kan uppleva stress, orolighet samt sömnsvårigheter vilket kan påverka deras funktion och vardag negativt (Socialstyrelsen, 2021).

Socialstyrelsen (2019) förklarar att en person kan ha flera diagnoser samtidigt, vilket definieras som samsjuklighet och är vanligt förekommande. Ett symptom på psykisk ohälsa hos män är att de vänder sig till substansmissbruk för att hantera sina känslor (Sveriges Kommuner och Landsting [SKL], 2018). Beroendeproblematik och psykisk ohälsa har ett samband eftersom de riskerar att utlösa varandra (Socialstyrelsen, 2019). Depression och ångest är två av de mest förekommande diagnoserna för personer som söker vård för beroendeproblematik och 20–30% av personer som söker vård för sitt psykiska mående har ett aktivt beroende. En konsekvens av depression och ångest är förekomsten av suicidtankar och kan leda till suicidförsök (Socialstyrelsen, 2021; Folkhälsomyndigheten, 2022b). I 85–90% av suicidfallen har personen en befintlig psykisk diagnos och de vanligaste är depression, ångest och beroendeproblematik (Socialstyrelsen, 2022). Statistik från Folkhälsomyndigheten (2023) visar att fler män än kvinnor dog i suicid i Sverige 2022, där 897 var män varav 357 var kvinnor. Enligt Socialstyrelsen (2021) drabbar depression och ångest fler kvinnor än män, däremot menar SKL (2018) att isolering, förminskning och uppskjutning av sina problem är strategier som män använder sig av för att undvika att söka hjälp. Detta kan bero på normer och stigmatisering om mäns psykiska hälsa och synen på maskulinitet i samhället, vilket i sin tur gör att de inte söker vård i samma utsträckning som kvinnor.

Miljömässiga faktorer som påverkar aktivitetsbalans

Fisher et al. (2020) beskriver att inom arbetsterapi delas miljön upp i fysisk-, social- och aktivitetsmiljö. Dessa miljöer ingår i den nära, lokala och globala kontexten. Miljön kan antingen stödja eller hindra en persons möjlighet att engagera sig i aktiviteter i relation till kontexten (Fisher et al., 2020). Normer, attityder och stigmatisering kan vara ett hinder i miljön och kan påverka personens upplevelse av aktivitetsbalans. SKL (2018) beskriver normer i samhället och hur det påverkar mäns möjlighet att söka hjälp och prata om psykisk ohälsa eftersom det inte anses “manligt” att uttrycka sig känslomässigt och visa sig sårbar. Män får inte samma träning som kvinnor i att uttrycka sina känslor i ung ålder och

uppmärksamma sina egna eller omgivningens känslor. Detta leder till att män uttrycker känslor annorlunda i jämförelse med kvinnor vid psykisk ohälsa, vanligtvis genom utagerande beteende, aggressivitet och beroendeproblematik (SKL, 2018). En konsekvens av mäns agerande är att omgivningen inte uppmärksammar det grundläggande måendet och kan bidra till att de inte får rätt behandling när de behöver det som mest (SKL, 2018). I en undersökning av McCusker och Paz Galupo (2011) med heterosexuella män framkom det att män ansågs mer feminina när de sökte hjälp för sin psykiska ohälsa och berodde på maskulina normer och negativa attityder. På grund av att män inte söker den hjälp de behöver kan detta leda till aktivitetsobalans. Wagman et al. (2021) beskrev att aktivitetsbalans och psykisk ohälsa har ett samband med varandra eftersom lägre nivå av aktivitetsbalans är relaterat till sämre symptom av depression och ångest. Synen på maskulinitet och psykisk ohälsa från samhället kan bidra till självstigmatisering hos män. Begreppet stigmatisering beror på okunskap av ett område och kan delas upp i allmänhetens stigmatisering och självstigmatisering (Folkhälsomyndigheten, 2022a), vilket i detta fall är psykisk ohälsa. Allmänhetens stigmatisering innebär negativa attityder och stereotyper gentemot en grupp i samhället som avviker från normerna och påverkar omgivningens beteende gentemot dessa. Självstigmatisering innebär i stället att en person applicerar omgivningens negativa attityder gentemot sig själv eftersom de ingår i den stigmatiserade gruppen. Konsekvenserna av stigmatisering kan leda till sämre självkänsla, bemötande och levnadsvillkor, men även återinsjuknande och stress (Folkhälsomyndigheten, 2022a).

WHO (2021) tog 2013 fram en plan för att arbeta mot psykisk ohälsa och minska suicid fram till år 2020 men planen är förlängd till 2030. Syftet med planen är att minska suicid med en tredjedel fram till 2030 (WHO, 2021). WHO:s mål går i enlighet med Förenta nationernas (FN) globala huvudmål nummer tre som fokuserar på god hälsa och välbefinnande i alla åldrar och planeras uppnås till 2030 (Globala målen, 2022). Aktivitetsrättvisa är ett begrepp inom arbetsterapi som Polatajko et al. (2013b) beskriver belyser alla människors rätt och möjlighet till aktivitet oavsett social status, samhällsstrukturer eller barriärer. När detta inte uppnås i individens specifika kontext och begränsar möjligheten till aktiviteter, innebär detta aktivitetsorättvisa (Polatajko et al., 2013b), vilket kan leda till aktivitetsobalans (Stadnyk et al., 2014). Personer med depression och ångest har svårigheter med vardagsaktiviteter när det gäller tillfredsställelse och aktivitetsutförande (Gunnarsson et al., 2023) men även livskvaliteten är låg (Socialstyrelsen, 2021). Socialstyrelsen (2021) förklarar närståendes utsatta position och att korrekt och tidig behandling för depression och ångest förebygger

större samhällskostnader långsiktigt. Socialstyrelsens målsättning är att personerna ska kunna återgå till en god funktions- och aktivitetsnivå, livskvalitet, tillfredsställande social samvaro samt förebygga återinsjuknande. Detta ligger i linje med FN:s globala mål i Agenda 2030 (Socialstyrelsen, 2021). Studier som undersökt mäns hjälpsökande på grund av psykisk ohälsa har ett begränsat antal män som deltagare (Olsson et al., 2021; Wirback et al., 2018) och detsamma gäller även i studier med fokus på psykisk ohälsa och aktivitetsbalans (Wagman & Håkansson, 2014; Wagman et al., 2021), vilket kan bero på normer och attityder om maskulinitet och psykisk ohälsa. Detta tyder på att det finns en begränsad kunskap om hur män med psykisk ohälsa upplever sin aktivitetsbalans. Genom att undersöka området kan arbetsterapeuter få större förståelse för att främja aktivitetsbalans hos män som upplever psykisk ohälsa.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka hur män i Sverige med depression och/eller ångest upplever aktivitetsbalans.

Metod

Design

Studien använde sig av semistrukturerade intervjuer med kvalitativ tvärsnittsdesign (Kristensson, 2014) och manifest innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Induktivt förhållningssätt användes i studien enligt Graneheim et al. (2017). I enlighet med Kristensson (2014) valdes semistrukturerade intervjuer för att synliggöra upplevelser, tankar och känslor utifrån deltagarnas perspektiv.

Urval

För att rekrytera deltagare användes bekvämlighetsurval och snöbollsurval (Kristensson, 2014). Bekvämlighetsurvalet användes när kontakt togs med två befintliga Fontänhus i södra Sverige samt med två Facebookgrupper med fokus på psykisk ohälsa. Sveriges Fontänhus (2016) beskriver att Fontänhusen är en stiftelse som tar emot personer som har eller har haft psykisk ohälsa. Fontänhusen erbjuder frivillig hjälp och stöd inom arbete, utbildning och bidrar till delaktighet i samhället (Sveriges Fontänhus, 2016). För att öka möjligheten att få kontakt med deltagare användes snöbollsurvalet där intervjupersoner, ansvarig personal och

kontakter i omgivningen tillfrågades att förmedla studien vidare till eventuella deltagare. Inklusionskriterierna för att medverka i studien var att personerna skulle identifiera sig som man, vara mellan 20 - 69 år, prata och förstå svenska, bott i Sverige i minst 1 år, ha en klinisk diagnos eller självupplevd depression och/eller ångest där senaste episoden var för senast fem år sedan. Valet av självupplevd diagnos bestämdes utifrån Folkhälsoguiden (2021) och SKL (2018) som visar att män inte söker vård för psykisk ohälsa i samma utsträckning som kvinnor. Eftersom män inte söker vård i samma utsträckning existerar ett mörkertal av män med upplevd sämre psykisk hälsa. Detta togs hänsyn till i studien genom att inkludera män med självupplevd diagnos för att möjliggöra deltagare som hade svårigheter med sin psykiska ohälsa men möjligtvis inte fått en klinisk diagnos. Exklusionskriterier var att deltagarna inte fick vara arbetsterapeut, studera till arbetsterapeut eller hade depression och/eller ångest sekundärt till somatisk sjukdom. 14 deltagare rekryterades inklusive pilotdeltagaren.

Ansvarig personal på de två Fontänhusen i södra Sverige kontaktades via telefon för att nå ut till målgruppen. Ansvarig personal tog del av projektplanen och gav tillstånd att genomföra intervjuerna. Författarna presenterade och informerade om studien muntligt för grupper på Fontänhusen. Informationsblad lämnades till deltagare och ansvariga på Fontänhuset. Om personerna ville ställa upp, skrevs telefonnummer och mejl på en lapp som samlades in eller blev rekryterade på plats. Personer kunde även kontakta författarna i efterhand via mejl om intresse att delta fanns. På vissa enheter förmedlade personalen information om studien till deltagare som skulle kunna vara intresserade att medverka som sedan tog kontakt med författarna. Deltagare rekryterades även genom kontakter i författarnas omgivning och informerades om studiens innehåll genom Facebook. Informationsbladet publicerades i två grupper på Facebook för personer med psykisk ohälsa efter medgivande från administratörer. En person som visade intresse kontaktades först via telefon, en annan via mejl och en person via Facebook för att informera om studiens innehåll och boka intervjutid. Resterande deltagare kontaktades fysiskt och bestämde tid för intervju på Fontänhuset. En deltagare rekryterades från en av Facebookgrupperna, en från kontakter i omgivningen och resterande tolv deltagare rekryterades från Fontänhusen. Innan intervjuerna påbörjades, informerade författarna deltagarna om frivilligt deltagande samt konfidentialitet och deltagarna gav samtycke genom att de skrev på en samtyckesblankett efter att ha läst informationsbladet. En deltagare kunde inte medverka fysiskt och fick informationsblad och samtyckesblankett via mejl som personen skrev under och skickade tillbaka.

Intervjuguide

En intervjuguide med öppna frågor skapades för att fånga deltagarnas upplevelse och öka giltigheten. Öppna frågor konstruerades med möjlighet att ställa följdfrågor för fördjupning av innehållet (Quinn Patton, 2015), vilket i detta fall var upplevelsen av aktivitetsbalans. Genom att använda öppna frågor ges möjlighet att personen uttrycker sig med egna ord och inte utifrån författarnas antaganden (Quinn Patton, 2015). Intervjuguiden innehöll 14 frågor utifrån nuvarande episod (se bilaga 1) och om deltagaren haft problematiken tidigare användes samma frågor men tempus ändrades. Detta gjordes för att underlätta och ge stöd under intervjun för författarna. Intervjun började med generella frågor som sedan ledde vidare till fördjupade frågor om aktivitetsbalans, vilket överensstämmer med hur Quinn Patton (2015) beskriver vikten av en struktur av frågor. En person rekryterades och pilotintervju genomfördes innan de andra intervjuerna påbörjades för att justera och säkerställa att frågorna stämde överens med syftet och ökade tillförlitligheten.

Deltagare

13 intervjuer genomfördes och elva inkluderades i studien. En intervju påbörjades men personen valde att inte medverka. Två intervjuer exkluderades eftersom den ena personen hade depression sekundärt till somatisk sjukdom och den andra på grund av att personen inte pratade om sin egen upplevelse utan generellt om samhället. Pilotintervjun var 27 minuter lång och inkluderades eftersom innehållet var informativt om upplevelsen av aktivitetsbalans. En kompletterande intervju inkluderades eftersom en intervju inte var tillräckligt lång för att öka tillförlitligheten och datainsamlingen. Medelåldern på deltagarna var 51,5 år varav den yngsta var 28 år och äldsta var 66 år gammal. Ett antal deltagare beskrevs ha samsjuklighet med bipolär sjukdom, schizoaffektiv sjukdom, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), autismspektrumtillstånd, utmattningssyndrom och beroendesjukdom.

Datainsamling

Intervjuerna varade mellan 27 minuter och en timme och tio minuter och genomfördes under två veckors tid vid ett tillfälle. Nio deltagare intervjuades på Fontänhusen i ett enskilt rum, en deltagare via Teams och pilotintervjun genomfördes i deltagarens hemmiljö. Intervjuerna spelades in via mobiltelefonens röstmemo efter tillåtelse av deltagare. Det transkriberade materialet oidentifierade intervjupersonerna och ersattes med en siffra. Författarna utförde tio intervjuer tillsammans och en intervju utfördes av en författare. Under intervjuerna hade

en författare huvudansvar och den andra var medlyssnare och noterade frågor som behövde tydliggöras. En av författarna transkriberade fem intervjuer och den andra sex intervjuer.

Dataanalys

Datan som samlades in analyserades med hjälp av manifest innehållsanalys utifrån Graneheim och Lundman (2004). Detta gjordes genom att beskriva de synliga och självklara delarna från intervjuerna med möjlighet till tolkning av materialet. Induktivt förhållningssätt användes för att formulera en egen teori och dra egna slutsatser utifrån det insamlade materialet vilket överensstämmer med Graneheim et al. (2017). Innehållsanalysen genomfördes utifrån stegen beskriven av Graneheim och Lundman (2004), se tabell 1 för exempel på innehållsanalys. Författarna läste den transkriberade pilotintervjun och tog tillsammans fram meningsbärande enheter och koder för att öka tillförlitligheten. Meningsbärande enheter, kondensering och kodning togs sedan fram självständigt i de tio resterande intervjuerna. Meningsbärande enheter togs fram genom att ord eller meningar från intervjuerna lyftes fram och svarade på syftet. De meningsbärande enheterna kondenserades för att minska textens innehåll och centrala delar framfördes. Koder skapades av det kondenserade materialet utifrån det centrala innehållet. Författarna granskade varandras koder för att säkerställa att de stämde överens med syftet. Koderna skrevs ut, klipptes ut och delades in i underkategorier och kategorier som författarna skapade tillsammans. För att framföra resultatet användes citat för att öka verifierbarhet i enlighet med Graneheim och Lundman (2004).

Tabell 1. Exempel på innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
<i>''Det är svårt att säga, det är också i perioder, just nu skulle jag säga att jag har för lite men det är också så svårt att göra mer om man inte har energin till det. Skulle väl säga att det är mitt största problem just nu att ha energi att ta tag i saker som jag skulle vilja göra. För jag orkar bara inte.''</i> (Deltagare 1).	För lite att göra i perioder och brist på energi att göra något och ta tag i saker som jag vill göra men orkar inte.	Har inte energi och ork för att ta tag i saker.	Bristande ork hindrar aktivitetsutförandet.	Begränsad kapacitet bidrar till aktivitetsobalans.
<i>''Ok, det där biten tillfredsställer inte mig utan den biten i huvudet ok det är en del av mig så jag kan inte säga åh bara mitt huvud, det är mitt huvud som är problemet det med. Men det är en del av mig. Så jag har allt ifrån mig och sitter allt ifrån att skriver krönikor och recensioner och grejer, och det tillfredsställer som fixar biten av mig. Men sen har jag ju promenader och träningen och sen har jag rehaben.. jag har mängden av små saker .. matlagning exempelvis är en enorm grej. Men alla de här grejerna måste få plats för annars slutar jag funka . Och det är svårt nog för mig att inte alltid rättfärdiga, men att faktiskt inse hur viktigt det är för mig.''</i> (Deltagare 11).	Jag skriver krönikor, recensioner och grejer vilket tillfredsställer fixar biten av mig. Medan promenader, matlagning, träning och rehab är en stor och viktig del. Alla delar behövs för mig och mitt mående.	Variation mellan olika aktiviteter är viktiga för min mentala hälsa.	Vikten av variation mellan aktiviteter.	Aktiviteter påverkar den psykiska hälsan.

Forskningsetiska avvägningar

All forskning som bedrivs måste vara i enlighet med Helsingforsdeklarationen av World Medical Association riktlinjer som säkerställer att ingen person blir skadad eller identifierad under studiens gång (World Medical Association [WMA], 2022). Detta säkerställdes i studien genom att författarna använde sig av informations-, samtyckes-, konfidentiell- och nyttjandekravet i enlighet med Vetenskapsrådet (2002). Informationskravet uppfylldes genom att deltagarna fick ett informationsblad om vem som ansvarar för forskningen, vart forskningen bedrevs, syftet med studien och hur den skulle gå till. Deltagarna fick information innan intervjuerna om hur materialet skulle användas och om frivillig medverkan.

Samtyckeskravet upprätthölls genom att deltagarna informerades om deras rättighet att avbryta sin medverkan när som helst under studiens gång. Konfidentialitetskravet säkerställdes i studien genom att personuppgifter och material avidentifierades vid transkribering och att påskrivna papper och inspelat material förvarades på USB och låstes in för att på ett säkert sätt hindra att utomstående skulle få tillgång till dessa. Nyttjandekravet upprätthölls genom att intervjuerna och materialet enbart användes och formulerades utifrån syftet med studien (Vetenskapsrådet, 2002). Efter godkänd examination kommer allt insamlat material raderas och förstöras. Psykisk ohälsa och stigma är känsliga ämnen, specifikt för den uttalade målgruppen vilket författarna har övervägt i studien. Hänsyn togs genom att intervjufrågorna ställdes i en viss följd där potentiella svåra frågor ställdes längre in i intervjun och paus var inräknat i intervjutiden för att deltagaren skulle få möjlighet till återhämtning. Författarna tog hänsyn till deltagarnas integritet och upplevelse av deras diagnos eftersom ifrågasättande kunde upplevas integritetskränkande.

Resultat

Resultatet delades upp i följande huvudkategorier och underkategorier som hade påverkan på deltagarnas upplevelse av aktivitetsbalans, se tabell 2.

Tabell 2. Överblick av framtagna huvudkategori och underkategorier.

Huvudkategori	Underkategori
Begränsad kapacitet bidrar till aktivitetsobalans.	Bristande ork hindrar aktivitetsutförande. Tröskeln upplevs för hög.
Aktiviteter påverkar den psykiska hälsan.	Aktiviteter ger och tar energi. Tillfredsställande krav i aktivitet. Rätt mängd och nivå i aktivitet. Vikten av variation mellan aktiviteter.
Verktyg som bidrar till aktivitetsbalans.	Strategier för psykisk hälsa. Rekreativa aktiviteter. Kortsiktig lösning för att minska ångest.
Omgivningsfaktorer påverkar aktivitetsbalans.	Stödjande faktorer för aktivitetsbalans. Hindrande faktorer för aktivitetsbalans. Normer om maskulinitet och negativa attityder.

Begränsad kapacitet bidrar till aktivitetsobalans

Deltagarnas aktivitetsobalans påverkades av deras begränsade kapacitet. Den begränsade kapaciteten utgjordes av bristande ork, oförmåga att utföra önskade aktiviteter samt svårigheter att komma i gång med aktiviteter. Detta påverkade deltagarnas vardagliga aktiviteter negativt.

Bristande ork hindrar aktivitetsutförandet

Deltagarna förklarade att deras kapacitet påverkade deras möjlighet att engagera sig i aktiviteter på grund av brist på ork, och skapade aktivitetsobalans. Den begränsade orken användes till aktiviteter de behövde göra vilket bidrog till minskad kapacitet att utföra roliga aktiviteter. Andra aktiviteter som påverkades var att duscha, ta sig upp ur sängen och att hålla kontakten med vänner. Vid begränsad kapacitet utförde deltagarna mer stillasittande aktiviteter som att tittade på tv. Deltagarna framförde att när de inte var medvetna om sin kapacitet, hade de svårt att veta vart deras gräns går. Detta bidrog till aktivitetsobalans eftersom detta ledde till att deltagarna utförde för många aktiviteter, deltog mindre i sociala sammanhang och blev på dåligt humör.

Majoriteten av deltagarna beskrev att de hade viljan att utföra fler aktiviteter i vardagen men att deras kapacitet begränsade dem. Att somna tidigt på grund av bristande ork och att deltagarna själva inte kunde identifiera vilka aktiviteter de ville utföra beskrevs som orsaker till varför deltagarna inte utförde aktiviteter som de skulle vilja. Detta i sin tur gav en märkbar aktivitetsobalans. Aktiviteter som deltagarna skulle vilja göra mer av och hade bidragit till aktivitetsbalans var sociala aktiviteter, engagemang på Fontänhuset, skötselaktiviteter, sjunga i kör, campa, laga mat, fiska och fysisk aktivitet som att cykla. Deltagarna framförde att de var medvetna om att aktiviteter som att sköta om hemmet, sova, fysiska-, sociala- och roliga aktiviteter skulle ha påverkat deras psykiska hälsa och aktivitetsbalans positivt men begränsades av deras kapacitet.

''Mitt största problem just nu är att ha energi att ta tag i saker som jag skulle vilja göra. För jag orkar bara inte'' (Deltagare 1).

Tröskeln upplevs för hög

Deltagarna berättade att de tog avstånd från aktiviteter på grund av svårigheter att komma i gång med aktiviteter eftersom tröskeln upplevdes för hög på grund av deras depression och/eller ångest. Eftersom de inte kunde ta sig ur sängen eller soffan gick de miste om aktiviteter som att umgås med människor, träna och duscha, vilket bidrog till aktivitetsobalans. Vid ett sämre upplevt psykiskt mående förklarade deltagare att de stötte bort personer genom självvald isolering. Oavsett vilken aktivitet och vad den hade för värde, påverkades deltagarnas aktivitetsutförande och aktivitetsbalans negativt av deras psykiska

mående. Däremot upplevde deltagarna aktivitetsbalans och en känsla av tillfredställande efter genomförda aktiviteter, trots att tröskeln upplevdes utmanande till en början.

“Jag har transportångest... förr så lyckades jag inte ta mig över tröskeln och blev att jag stannade hemma... Det är jobbigast att ta mig ut men inte att ta mig till något. För när jag väl kommer fram så är det inga problem” (Deltagare 2).

Aktiviteter påverkar den psykiska hälsan

Det framkom att deltagarnas aktivitetsbalans kunde variera beroende på deras psykiska mående. Detta påverkade om en aktivitet gav eller tog energi samt hur mycket variation som behövdes mellan aktiviteter. Vid för mycket eller för lite aktiviteter skapades aktivitetsobalans, men när rätt mängd och nivå uppnåddes skapades istället aktivitetsbalans. När kraven i aktivitet låg på en tillfredsställande nivå, främjade detta aktivitetsbalans men när kraven var för höga, bidrog detta till aktivitetsobalans. Det framkom skillnader i upplevelsen av aktivitetsbalans under veckan i jämförelse med helgerna.

Aktiviteter ger och tar energi

Deltagarna beskrev att samma aktivitet kunde bidra till aktivitetsbalans ena dagen men skapade aktivitetsobalans den andra, eftersom aktiviteterna gav eller tog olika energi beroende på deltagarnas psykiska mående för dagen. Deltagarna framförde att fysiska, sociala och kreativa aktiviteter samt engagemang med husdjur och på Fontänhuset både gav och tog energi, men gav mer energi än vad de tog. Energikrävande aktiviteter identifierade deltagarna som att arbetsträna, engagera sig i nya aktiviteter, samarbeta, upprätthålla kontakt med aktörer och konflikter med andra.

”Så att det är som ett svart hål, det tar all energi ifrån en. Så man blir trött och eventuellt lite arg och bitter. Och då gör man inte så jävla bra ifrån sig heller” (Deltagare 5).

De beskrev även att aktiviteter som att fiska och teater tog energi. Deltagarna beskrev att aktivitetsobalans uppstod när de gjorde saker de inte ville och saker byggdes på varandra som gjorde att krafterna tog tvärslut. Energienivån beskrevs av deltagarna varierade beroende på vecka och påverkades av vilka aktiviteter deltagaren utfört tidigare vecka.

Tillfredsställande krav i aktivitet

Aktiviteter med tillfredsställande krav beskrev deltagarna var att delta på aktivitetshus och Fontänhuset vilket främjade aktivitetsbalans eftersom det gav sammanhang och återhämtning. Deltagare beskrev att aktiviteter som ställde för höga krav var att arbetsträna, söka jobb, samarbeta med aktörer, rehabiliteras och arbetspassens längd. Dessa aktiviteter påverkade deras aktivitetsbalans negativt eftersom de försvårade läkningsprocessen genom ökad stress, försämrad funktion och tilltron till sig själv. Vissa deltagare berättade att aktiviteter med krav försämrade deras prestation.

“Ja, när det blir krav så vet jag inte. Precis som att det är ett motstånd i kroppen. Det funkar en tid” (Deltagare 8).

Rätt mängd och nivå i aktiviteter

Deltagarna berättade att överambition och nyfikenhet bidrog till att de utförde för mycket aktiviteter. För mycket aktiviteter skapade aktivitetsobalans eftersom det upplevdes utmattande vilket deltagarna menade försämrade deras depression och/eller ångest. Även om aktiviteter bidrog till en trygghet och socialt sammanhang, kunde det bli för mycket av dem. Deltagarna berättade att aktiviteter som de spenderade för mycket tid på var datorspel, kreativa aktiviteter samt aktiviteter de behövde utföra.

“Ibland blir det för mycket och då blir jag sjuk och får vara hemma en vecka, två veckor, då kokar det i huvudet...” (Deltagare 10).

Deltagarna förklarade att aktivitetsobalans skapades genom överengagemang under veckorna vilket bidrog till att de sov hela helgen, samt att vissa aktiviteter tog upp för mycket tid i vardagen som de skulle vilja spendera på annat. Aktiviteter som tog upp för mycket tid var att gå på teater och Fontänhuset, spela dator och engagera sig i katthem.

För lite att göra menade deltagarna påverkade deras psykiska hälsa negativt och bidrog till en tydlig aktivitetsobalans. Deltagarna upplevde att de hade för lite att göra i sin vardag, speciellt på helger och efter Fontänhuset och skulle vilja utföra fler aktiviteter med andra som bidrog till ett socialt sammanhang. Att inte utföra aktiviteter med andra gjorde att deltagarna kände sig ensamma och isolerade sig. Vissa av deltagarna beskrev att när känslan av ensamhet var

närvarande, utfördes fler aktiviteter med andra. Svårigheter med initiativtagande beskrevs som en anledning till att det fanns för lite att göra på helgen. För att aktivitetsbalans skulle uppnås menade deltagarna att aktiviteterna behövde hållas på rätt nivå och utgjordes av hur deras mående var just den dagen. Vissa av deltagarna menade att mindre att göra var tillfredsställande för att inte riskera överengagemang i aktiviteter och förvärra depressionen och/eller ångesten. Det framkom även att vissa av deltagarna mådde bra av att utföra flera aktiviteter vilket styrdes av personliga preferenser.

“Det krävs inte så mycket för att balansen ska rubbas.” (Deltagare 9).

Vikten av variation mellan aktiviteter

Deltagarna beskrev att den psykiska hälsan varierade från vecka till vecka, vilket i sin tur påverkade variationen av aktiviteter eftersom de valde aktiviteter utifrån sitt mående.

Deltagarna beskrev att variationen var viktig för att uppnå aktivitetsbalans och skapades av att olika aktiviteter utfördes under dagen som de var intresserade av eller tyckte var roliga. Under veckan engagerade sig deltagarna i olika aktiviteter vilket bidrog till upplevelsen av variation och aktivitetsbalans. Däremot förekom låg variation av aktiviteter under helgerna på grund av brist på planerade aktiviteter vilket gjorde att helgerna upplevdes enformiga, långa och skapade aktivitetsobalans. För att uppnå aktivitetsbalans och vara tillfredsställd med sin vardag beskrev majoriteten deltagare att variation av aktivitet behövdes, medan andra deltagare i stället menade att de var nöjda med att utföra samma aktiviteter varje dag.

“Att skriva krönikor och recensioner och grejer, tillfredsställer den kreativa biten av mig. Men sen har jag ju promenader och träningen och sen har jag rehaben.. jag har mängder av små saker .. matlagning exempelvis är en enorm grej. Men alla de här grejerna måste få plats för annars slutar jag funka”. (Deltagare 9).

Verktyg som bidrar till aktivitetsbalans

Deltagarna använde sig av verktyg i vardagen som underlättade deras vardagsaktiviteter, förbättrade deras psykiska mående vilket i sin tur bidrog till aktivitetsbalans. Verktyg som att ha struktur, rutiner och fortsätta engagera sig i aktiviteter trots mindre bra psykiskt mående, skapade aktivitetsbalans. Att använda sig av gränssättning genom att säga nej till aktiviteter, möjliggjorde att önskade, rekreativa och lustfyllda aktiviteter kunde prioriteras.

Deltagarna genomförde aktiviteter med intention att dämpa omedelbar ångest, men som långsiktigt inte var positiv för aktivitetsbalansen.

Strategier för psykisk hälsa

Strategier som deltagarna framförde att de använde för att främja psykisk hälsa var struktur, rutiner, att säga nej och fortsatt engagemang i aktiviteter som gav syfte och mening.

Acceptans av sin egen situation och samhället, självkänsla, självförtroende, tilltro till sig själv, frihet att kunna bestämma och lägga tid på önskade aktiviteter bidrog till bättre välmående, och på så sätt bättre aktivitetsbalans. De aktiviteter som skapade struktur och rutiner framfördes vara att engagera sig i Fontänhuset, brodera, träna, dagsjukvård, kreativa- och skötselaktiviteter, boendestöd och att skapa checklistor. Rutiner möjliggjorde att aktiviteter blev genomförda enligt deltagarna och strukturen bidrog till en känsla av nöjdhet och att de hade uppnått något i vardagen. Deltagarna förklarade att det underlättade när nya rutiner skapades genom att förankra dessa i redan befintliga rutiner. Deltagarna beskrev att rutiner och struktur kunde vara svåra att upprätthålla i vissa perioder vilket kunde leda till att basala aktiviteter som mat och sömn blev bortprioriterade. Detta gav en tydlig aktivitetsobalans, däremot att ha en tydlig morgonrutin eller planerade aktiviteter under dagen menade deltagarna underlättade uppstigning, utförandet av basala aktiviteter och skapade aktivitetsbalans.

“...när jag jobbade kunde jag liksom resa mig direkt ur sängen.. men det kan jag inte längre...” (Deltagare 4).

Majoriteten av deltagarna beskrev att sätta gränser genom att säga nej till saker de inte hade ork eller vilja att utföra, minskade risken att bli utnyttjad och bidrog till egenkontroll vilket i sin tur skapade aktivitetsbalans.

”För att jag kan säga nej till honom också och det är jävligt viktigt, annars säger jag ja till allt” (Deltagare 3).

Deltagarna nämnde att det var viktigt med fortsatt engagemang i aktiviteter som gav syfte och mening trots att ångesten och/eller depressionen var närvarande, eftersom detta främjade aktivitetsbalans. Dessa aktiviteter var att lyssna på musik, gå promenader, träna, uppträda i kör, arbeta och vara på Fontänhuset. Att skapa en målsättning och åstadkomma något i

vardagen, litet som stort, oavsett om aktiviteten var meningsfull eller inte, upplevdes positivt för deltagarnas psykiska hälsa och bidrog till aktivitetsbalans. Andra strategier deltagarna använde sig av var att de drog i handbromsen, att de hade en plan B vid ångest, identifierade energikrävande aktiviteter, gjorde tid till träning, bytte aktivitet tillräckligt ofta och tog en vecka i taget.

Rekreativa aktiviteter

Deltagarna förklarade att självvalda och vanemässiga aktiviteter gav en känsla av återhämtning. När ångest och/eller depression var närvarande kunde rekreativa aktiviteter hjälpa deltagarna att hantera sin problematik och skingrade tankar vilket främjade aktivitetsbalans. Deltagarna framförde att fysisk aktivitet som simning, promenader, fiske och spinning gav återhämtning. Sociala aktiviteter upplevdes av deltagarna som återhämtande eftersom det var en rolig aktivitet och gav ett socialt sammanhang. Kreativa aktiviteter som att lyssna på musik, skapa, brodera, skriva och laga mat beskrevs även som stödjande vid depression och/eller ångest och var en bidragande faktor till aktivitetsbalans. Deltagarna berättade att andra avkopplande aktiviteter de engagerade sig i var att sjöng i kör, spelade datorspel och tittade på film. Vissa deltagare utförde återhämtande aktiviteter varje dag, medan andra gjorde det mer sällan.

“Lyssna på musik brukar jag göra ju, det är avkopplande för mig... och ångestdämpande. Jag blir lugn av det” (Deltagare 10).

Kortsiktig lösning för att minska ångest

Vissa deltagare förklarade att de vände eller har vänt sig till att dricka alkohol för att dämpa sin ångest. Deltagarna var medvetna om att dricka alkohol ökade ångesten i efterhand och menade att aktiviteten utfördes för att dämpa ångesten i stunden och upprätthålla aktivitetsbalans. Deltagarna förklarade att vid tillfällen av återfall genom självmedicinering av alkohol, förlät deltagare sig själv och gick sedan vidare. Deltagarna berättade om ett aktivt missbruk som påverkade familjerelationer med barn och måendet negativt. Deltagarna beskrev att missbruket skapade en aktivitetsobalans långsiktigt eftersom det utgjorde en stor del av deras vardag. Det beskrevs av deltagarna att dricka alkohol med andra gav en känsla av sammanhang.

”Jag går förbi bolaget och köper öl och sätter mig på en bänk och sen är det alltid någon som vill snacka med en och sen går jag hem och lägger mig” (Deltagare 6).

Omgivningsfaktorer påverkar aktivitetsbalans

Omgivningsfaktorer som påverkade deltagarnas aktivitetsbalans delades upp i stödjande och hindrande faktorer samt normer om maskulinitet och negativa attityder. Stödjande faktorerna i omgivningen som skapade aktivitetsbalans utgjordes av rätt stöd, socialt sammanhang samt förståelse och öppenhet om psykisk ohälsa. Hindrade faktorer i omgivningen var oförståelse, beroende av aktörer, ekonomiska situationen och dåliga familjerelationer. Detta bidrog i sin tur till aktivitetsobalans, vilket även normer om maskulinitet och negativa attityder gjorde. Detta eftersom det begränsade vardagliga aktiviteter, möjligheten att prata om sin depression och/eller ångest och upprätthålla relationer.

Stödjande faktorer för aktivitetsbalans

Vid sämre perioder av depression och/eller ångest berättade deltagarna att de ville isolera sig och vara i det dåliga måendet och menade att stödet från omgivningen var extra viktigt. Deltagarna förklarade att stödet från omgivningen behövde ligga på rätt nivå för att måendet inte skulle förvärras ytterligare och minskade risken för aktivitetsobalans. För att stödja på rätt nivå uttryckte deltagarna att den sociala omgivningen inte enbart skulle erbjuda verbalt stöd eftersom det inte var tillräckligt, utan behövde visa fysiskt stöd genom handling.

” Och jag vill inte bli störd och jag vill ligga i skiten och må dåligt. Men nej, nu när jag mår okej inser jag att det är det bästa man kan göra. Så man ska alltid störa” (Deltagare 2).

Deltagarna uttryckte att socialt sammanhang var viktigt i deras återhämtning eftersom det bidrog med trygghet, motverkade negativa tankar, minskade ångest och var stödjande vid depression. De berättade att omgivningens öppenhet och förståelse om psykisk ohälsa samt sociala aktiviteter gav bekräftelse och en känsla av acceptans, vilket i sin tur skapade aktivitetsbalans. Vänner och familj upplevdes som stödjande när det fanns en förståelse och medvetenhet om deltagarnas depression och/eller ångest. Manliga vänner beskrevs som otroligt stödjande i processen av vissa deltagare. Stödjande faktorer i omgivningen som bidrog till ökat välmående och aktivitetsbalans beskrevs att vara på Fontänhuset, engagera sig i kyrkan, socialtjänstens stöd samt umgås med husdjur. Deltagarna förklarade att boendestöd

bidrog till bättre psykiskt mående eftersom det skapade struktur, optimerade tid och var energisparande, och på så sätt bidrog detta till aktivitetsbalans. Detta gav möjligheten att använda energin till aktiviteter deltagarna ville eller behövde utföra.

Hindrande faktorer för aktivitetsbalans

Deltagarna framförde att oförståelse, omgivningens förväntningar och ointresse, samt att de inte kunde prata om sitt psykiska mående var ett hinder i omgivningen. Att möta andra personer med psykisk ohälsa på Fontänhuset upplevdes av vissa deltagare som ett hinder för deltagandet. Under vinterhalvåret påverkades deltagarnas mående och aktivitetsengagemanget negativt, vilket ledde till försämrade aktivitetsbalans. Myndigheter, aktörer och den ekonomiska situationen förklarade deltagarna som ett hinder för aktivitetsbalans eftersom det tog på krafterna och påverkade deras förmåga att engagera sig i aktiviteter de ville utföra. Den utsatta positionen av att vara beroende av aktörer och rättfärdiga sitt mående vid sjukskrivning försämrade depressionen och/eller ångesten samt aktivitetsutförandet. Brist på kontinuitet från präster, läkare och kompisar samt dåliga familjerelationer var ett hinder för läkningsprocessen och skapade aktivitetsobalans för deltagarna.

”Här sitter jag en kapabel människa och kan prata för mig och är väldigt kapabel i social kommunikation och vad jag säger och tycker. Då kan folk inte fatta att jag kan ha problem.”

(Deltagare 7).

Normer om maskulinitet och negativa attityder

Deltagare berättade att normer och negativa attityder resulterade i aktivitetsobalans eftersom det påverkade deras möjlighet att prata om sin depression och/eller ångest, engagemang i aktiviteter och upprätthålla relationer med familjemedlemmar. Vissa deltagare upplevde att de hade en bättre emotionell relation till sin mamma än sin pappa och de ansåg att det berodde på normer om maskulinitet och faderns oförmåga att prata om känslor. Deltagarna trodde att orsaken till detta var att känslor inte var något som pratats om under faderns uppväxt. Aktiviteter som påverkades av normer och negativa attityder var att umgås med andra, prova nya aktiviteter samt att arbeta.

Deltagarna beskrev att det fanns okunskap och förutfattade meningar om depression och/eller ångest vilket påverkade omgivningens syn på dem. Detta bidrog i sin tur till aktivitetsobalans eftersom deltagare valde att stå över aktiviteter som att inte äta lunch med manliga kollegor

och minskat engagemang i sitt arbete till den omfattningen att de sade upp sig från sina jobb. Att arbeta framkom även vara ett sätt för män att hantera sina känslor enligt deltagarna. Mäns jargong resulterade i att vissa deltagare föredrog kvinnliga instruktörer på träningspass. Deltagarna förklarade att omgivningen förminskade och dolde mäns psykiska ohälsa eftersom deltagarna upplevde att de inte borde prata om den.

“Men jag tycker det...i övrigt att man inte pratar om manlig psykisk ohälsa.. att den inte finns” (Deltagare 4).

Deltagare framförde hur omgivningen menade att män inte skulle reagera känslomässigt, visa sig sårbara, vara macho och inte be om hjälp för att män skulle klara sig själva. Konsekvensen av maskulina normer och negativa attityder gentemot män och psykisk ohälsa skapade en påtaglig aktivitetsobalans eftersom deltagarna menade att detta bidrog till en känsla av ilska och motstånd.

“...vi män ska ju vara starka, vi ska ju liksom vara de trygga och alla ska kunna gå till oss och vi får ju liksom inte vara tjejer utan vi ska ju vara starka män men jag håller ju inte med över huvud taget utan jag kan gråta...” (Deltagare 10).

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka hur män med depression och/eller ångest upplevde deras aktivitetsbalans. Resultatet visade att upplevelsen av aktivitetsbalans och psykisk ohälsa hade ett samband eftersom det psykiska måendet varierade från vecka till vecka och påverkade aktivitetsutförandet. Det framkom att deltagarna hade bristande ork på grund av deras ångest och/eller depression vilket påverkade de aktivitetsbalansen negativt. Resultatet indikerade även på att aktiviteter både kunde ge och ta energi beroende på hur det psykiska måendet var för dagen. Kraven i aktiviteter upplevdes bidrog till aktivitetsbalans när de befann sig på en tillfredsställande nivå för deltagarna. Att engagera sig i för mycket eller för lite aktiviteter under veckan visade sig ha en negativ påverkan på upplevelsen av aktivitetsbalans. Variationen och mängden av aktiviteter upplevdes balanserad under vardagar men obalanserad på helger. Upplevelsen av aktivitetsbalans är subjektiv menar Erlandsson och

Persson (2020), Polatajko et al. (2013a) samt Wagman et al. (2012). Studien utgick från Wagnans et al. (2012) definition av *aktivitetsbalans* som härstammar från Matuska och Christiansen (2008) modell *lifestyle balance*.

Det framkom från deltagare att aktivitetsbalans upplevdes till större del på dagar där depressionen och/eller ångesten var hanterbar och upplevde aktivitetsobalans på dagar där den psykiska ohälsan var utmanande. Bristande ork och sömnsvårigheter var ett hinder vid aktivitetsutförandet för deltagarna, vilket överensstämmer med symtomen på depression och ångest utifrån Socialstyrelsen (2021). En anledning till upplevelsen av aktivitetsobalans menade deltagarna berodde på deras bristande ork som begränsade deras kapacitet att engagera sig i aktiviteter i vardagen, vilket överensstämmer med Eklund et al. (2009), Håkansson et al. (2006), Karlsson (2023) samt Wilcock och Hocking (2015). Den bristande kapaciteten bidrog till att deltagare prioriterade bort önskade och rekreativa aktiviteter eftersom kapaciteten gick till aktiviteterna som behövde göras. Detta går att koppla till Håkansson et al. (2006) och Karlsson (2023) eftersom bortprioriteringar av aktiviteter ledde till lägre aktivitetsnivå och upplevd aktivitetsobalans hos deltagarna. Deltagarna var medvetna om att utförandet av aktiviteter de inte hade kapacitet för, skulle varit hälsofrämjande vilket överensstämmer med Bejerholm och Eklund (2007). På grund av begränsad ork påverkades engagemanget i aktiviteter vilket i sin tur kunde påverka mängden och variationen av aktiviteter vilket Wagman et al. (2012) beskriver är viktigt för upplevelsen av aktivitetsbalans.

Rätt mängd av aktiviteter är en subjektiv upplevelse menar Wagman et al. (2012) och resultatet visade att vissa deltagare trivdes med färre aktiviteter medan andra trivdes med fler aktiviteter. Detta eftersom aktivitetsbalans kunde upplevas både vid utförandet av fler eller färre aktiviteter under dagen vid en rätt upplevd nivå utifrån personens psykiska mående och personliga preferenser. När rätt mängd aktiviteter utfördes, upplevde deltagarna aktivitetsbalans som även beskrivits av Håkansson et al. (2023) och Wagman et al. (2012). Om den rätta nivån överskreds och för mycket eller för lite aktiviteter utfördes upplevdes aktivitetsobalans, vilket överensstämmer med Eklund et al. (2009). Vid för mycket aktiviteter kunde detta resultera i ett överengagemang hos deltagarna som bidrog till aktivitetsobalans vilket Håkansson et al. (2006) och Karlsson (2023) framfört. Variation i aktivitet var viktigt för upplevelsen av aktivitetsbalans hos majoriteten av deltagarna och det framkom att deltagarna trivdes med olika nivåer av variation i aktiviteter. Vissa deltagare kände sig

tillfredsställda med mycket variation, medan andra trivdes med mindre varierande aktiviteter i vardagen. Detta kan kopplas till Wagman et al. (2012) beskrivning av rätt nivå av variation som anses som en subjektiv upplevelse och kan se olika ut från person till person. Det framkom att deltagarna upplevde en variation av aktiviteter under vardagar men en bristande variation på helgerna på grund av inga planerade aktiviteter. Det visade sig att den psykiska ohälsan varierade och styrde möjligheten till variation av aktiviteter under dagen. Detta resulterade sig i att deltagarna valde aktiviteter utifrån sitt psykiska mående, vilket speglade sig i vilka aktiviteter de engagerade sig i. Studiens resultat indikerade på ett samband mellan mängd, variation och aktivitetsbalans när aktiviteterna låg på en tillfredsställande nivå, vilket överensstämmer med Wagman et al. (2012).

Utförandet av samma aktivitet upplevdes både kunna ge och ta energi och påverkades av hur påtaglig depressionen och/eller ångesten var. Aktiviteter som utfördes tidigare under veckan framfördes även bidrog till nästkommande veckans aktivitetsnivå. Resultatet visade däremot att anledningen till att samma aktivitet både kunde ge och ta energi, berodde på deltagarnas psykiska mående för dagen och stämmer överens med Håkansson et al. (2023). Detta indikerade på att deltagarna kunde uppleva aktivitetsbalans ena dagen men aktivitetsobalans den andra. Det framfördes att aktiviteter som ställde krav på en tillfredsställande nivå bidrog till aktivitetsbalans, eftersom detta möjliggjorde utrymme för återhämtning. Återhämtning har stor relevans för den psykiska hälsan enligt Argentzell et al. (2012). Kravfyllda aktiviteter ansågs däremot bidra till aktivitetsobalans när påfrestningen upplevdes för hög för deltagarnas förmåga. Det fanns en koppling mellan aktivitetsobalans och för högra krav precis som Eklund et al. (2009), Håkansson et al. (2006), Karlsson (2023) samt Wilcock och Hocking (2015) beskrev eftersom utmaningen i aktivitet behövde ställa rätt krav utifrån personens förmågor för upplevelsen av aktivitetsbalans. Aktivitetsbalans skapades utifrån rätt mängd och variation och är en subjektiv upplevelse enligt Wagman et al. (2012), däremot visade studiens resultat att deltagarnas kapacitet och aktiviteter som gav och tog energi påverkade mängden och variationen av aktiviteter. Detta i sin tur bidrog till upplevelsen av aktivitetsbalans. När upplevelsen av aktivitetsbalans uppnåtts menar Wagman et al. (2021) att symptom av depression minskar.

Resultatet kan ses utifrån ett genusperspektiv med jämförelse av tidigare studier som syftat till att undersöka aktivitetsbalans och psykisk ohälsa med en överrepresentation av kvinnliga deltagare. Ett antal orsaker till att kvinnor upplever aktivitetsobalans är eftersom de tar ett

stort ansvar för hushållssysslor (Håkansson et al., 2023; Håkansson et al., 2006) och höga förväntningar och krav ställs på att de ska ta hand om familjen (Håkansson et al., 2006). Studiens resultat indikerade inte på ett samband mellan ansvar i hushåll, krav på att ta hand om familj och männens upplevda aktivitetsobalans, däremot finns en koppling mellan för höga krav i aktivitet och aktivitetsobalans. Detta kan relateras till Håkansson et al. (2006) som framför detta samband hos kvinnor. Rätt mängd och nivå i aktiviteter var viktigt för männens upplevelse av aktivitetsbalans vilket överensstämmer med kvinnors upplevelse av aktivitetsbalans utifrån Håkansson et al. (2006).

Metoddiskussion

En kvalitativ intervjustudie valdes för att öka förståelsen och kunskapen om hur män med depression och/eller ångest upplevde sin aktivitetsbalans. Studiens metoddiskussion utgick från Graneheim och Lundman (2004) och Graneheim et al. (2017) definitioner av trovärdighetsbegreppen. Den valda metoden ökade tillförlitligheten eftersom den kvalitativa ansatsen valdes utifrån Kristensson (2014) och studiens syfte undersökte upplevelsen av ett fenomen, vilket i detta fall var aktivitetsbalans.

Bekvämlighetsurvalet användes utifrån Kristensson (2014) genom att författarna befann sig på de två Fontänhusen ett par gånger i veckan för att presentera studien och möjliggöra rekrytering av deltagare. Rekrytering av deltagare gjordes även via inlägg på tre Facebooksidor med fokus på psykisk ohälsa. På grund av studiens begränsade tid och lågt visat intresse vid studiens start, kompletterades studien med snöbollsurval enligt Kristensson (2014). Ansvarig personal på Fontänhuset, deltagare och kontakter i omgivningen blev tillfrågade om de kunde förmedla studien vidare till potentiella deltagare. En deltagare rekryterades genom en av författarnas bekanta vilket kan ha bidragit till att deltagaren inte öppnade upp sig fullständigt om sin situation. Urvalet kan ha påverkat studiens tillförlitlighet eftersom nio av elva deltagare rekryterades från två Fontänhus, vilket begränsade variationen. Åldern för medverkan i studien ändrades från 64 år till 69 år eftersom Fontänhusen hade en överrepresentation av äldre. Studien representerades av majoriteten äldre män, vilket bidrog till studiens medelålder på 51,5 år. Att få med fler yngre mäns upplevelser i studien hade ökat förståelsen av deras upplevelse av aktivitetsbalans, och förbättrat studiens tillförlitlighet. Detta eftersom deras perspektiv och erfarenhet av psykisk ohälsa kan variera och se olika ut.

Studiens tvärsnittsdesign kan diskuteras utifrån ett giltighetsperspektiv eftersom deltagarna kunde ha varit nervösa att uttrycka sin upplevelse på grund av ämnets känslighet och med tanke på deras varierande mående. Däremot kunde detta varit hjälpsamt för vissa deltagare för att uttrycka sin upplevelse, eftersom intervjun genomfördes under ett tillfälle. Studien använde sig av semistrukturerade intervjuer vilket möjliggjorde följdfrågor som kunde variera utifrån varje deltagare och intervjuare samt påverkade giltigheten. Författarnas erfarenhet av att bedriva forskning med intervjuer kunde ha visat sig i intervjuernas utförande, utvecklingen av följdfrågor vid intervjutillfällena och kunde ha påverkat resultatet. Däremot skapades en intervjuguide som stöttade författarna under intervjuerna vilket ökade giltigheten. Följdfrågor inkluderades i intervjuguiden men kunde framkomma spontant under intervjun för att möjliggöra fördjupning av deltagarnas upplevelse, djupare diskussion och ökade tillförlitligheten. Nio intervjuer utfördes på Fontänhuset i ett enskilt rum och en intervju utfördes hemma hos deltagaren. Detta kunde ha bidragit till en känsla av trygghet för deltagarna eftersom detta var en plats som de kände igen och var bekväma i. En intervju utfördes via Teams och kvaliteten på intervjun påverkades negativt eftersom uppkopplingen vid vissa tillfällen stördes och missförstånd kunde ha förekommit eftersom information kunde ha fallit bort. Intervjun valdes att inkluderas i studien eftersom deltagaren gav riklig information för studiens syfte.

Pilotintervjun inkluderades eftersom materialet var informativt gällande studiens syfte och två intervjuer som blev korta valdes att tas med i studien för att öka tillförlitligheten. Två intervjuer exkluderades eftersom datainsamlingen inte svarade på syftet vilket ökade tillförlitligheten. En av deltagarna uttryckte inte sin egen upplevelse utan pratade utifrån ett samhällsperspektiv och den andra deltagaren hade depression sekundärt till somatisk sjukdom vilket framkom senare i intervjun. En deltagare påbörjade intervjun men valde att inte medverka och inkluderades inte i det insamlade materialet. Intervjuerna varierade mellan 27 minuter till en timme och tio minuter och gav djup information, rikt datamaterial och ökade tillförlitligheten. Längden och kvaliteten på intervjuerna påverkades av författarnas erfarenhet av att intervjua, däremot blev författarnas intervjuteknik bättre i slutet av datainsamlingen vilket visade sig i intervjuernas längd och kvalitet. All relevant information för studiens syfte framfördes i resultatet och på grund av ett rikt material lyftes somliga rubriker i resultatdiskussionen. Rubrikerna som lyftes ansågs som de viktigaste och mest informativa fynden från intervjuerna. För att öka verifierbarheten har citat använts i studien och för att förbättra läsbarheten av citaten har mindre grammatiska ändringar genomförts.

Induktivt förhållningssätt användes utifrån Graneheim et al. (2017) genom att meningsbärande enheter togs ut från de transkriberade intervjuerna som sedan kondenserades, kodades och därefter skapades underkategorier och kategorier som svarade på studiens syfte. Studien utgick från manifest innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) och lyfte fram det synliga från intervjuernas material och tolkades i relation till sammanhanget. Upplevelsen av aktivitetsbalans är subjektiv enligt Wagman et al. (2012), vilket medförde att vissa koder kunde ingå i olika underkategorier. Författarna avgränsade detta genom att tolka och analysera kodens huvudsakliga mening och kategoriserade koden därefter. Tolkningen och kategoriseringen som genomfördes var författarna medvetna om utgick från deras eget perspektiv och skulle kunna delas upp i andra kategorier vid en annan tolkning. Båda författarna har varit delaktiga genom hela innehållsanalysen och enskilt arbete har förekommit som kompletterats med diskussioner mellan författarna.

Eftersom författarna inte frågade deltagarna om vilken specifik diagnos de hade på grund av ämnets känslighet, var det svårt att urskilja om upplevelsen av aktivitetsbalans berodde på specifikt ångest och/eller depression. Författarna förmedlade däremot inklusions- och exklusionskriterierna och deltagarna läste sedan igenom dessa i informationsbladet och skrev under samtyckesblanketten vilket bekräftade deras problematik. Frågornas följd i intervjuguiden togs i beaktning till ämnets känslighet och intervjun började med generella frågor som sedan blev mer fördjupande. Genom att materialet förvarades skyddat, inlåst och deltagarna avidentifierades i det insamlade materialet upprätthölls konfidentialitet.

Kliniska implikationer

Den framkomna kunskapen från studien kan användas av arbetsterapeuter för att öka förståelsen om hur män med depression och/eller ångest upplever sin aktivitetsbalans. Genom denna förståelse kan arbetsterapeuter stödja män för att öka upplevelsen av aktivitetsbalans. Eftersom aktivitetsbalans varierade från dag till dag och deltagarna upplevde aktivitetsbalans på vardagar men aktivitetsobalans på helger, skulle arbetsterapeuter kunna stödja med att skapa rutiner och struktur. På grund av det varierande måendet, kan fasta aktiviteter på fasta dagar upplevas kravfyllt och förvärra måendet. När kraven för dagen inte stämde överens med deltagarnas kapacitet, blev aktivitetsutförandet negativt påverkat och få aktiviteter utfördes. Ett veckoschema med aktiviteter som de behöver och vill utföra skulle kunna vara stödjande i vardagen. Antalet aktiviteter i veckoschemat kan anpassas utifrån personens mående och

kapacitet för dagen. Målet skulle kunna vara att utföra minst en aktivitet om dagen vid sämre mående och fler aktiviteter vid bättre mående. Detta möjliggör att aktiviteterna blir genomförda och bidrar till en ökad aktivitetsnivå eftersom personen kan välja nivån på utförandet utifrån deras kapacitet. Det framkom en stor vilja att utföra aktiviteter men flertalet av deltagarna upplevde svårigheter med att identifiera vad de vill göra. I detta fall kan en arbetsterapeut fördjupa sig i personens aktivitetshistoria för att undersöka vilka aktiviteter personen gjort tidigare och öka aktivitetsnivån i vardagen. För att stödja personer som har svårt att komma igång med aktiviteter och där tröskeln upplevs för hög för personens kapacitet, kan arbetsterapeuter arbeta med individuella strategier.

Slutsats

Slutsatsen av studien var att männen upplevde aktivitetsbalans vid hanterbart psykiskt mående och främst på vardagar, men upplevde aktivitetsobalans vid sämre mående och på helger. Variation och mängd av aktiviteter var tillfredsställande under veckodagarna, men inte under helgen. Beroende på hur påtaglig ångest och/eller depression var för dagen, kunde samma aktivitet både ge och ta energi. Upplevelsen av aktivitetsbalans skapades av att aktiviteter ställde tillfredsställande krav. Rätt nivå av aktiviteter upplevdes olika, vissa trivdes med mycket aktiviteter medan andra med mindre, vilket påverkades av personliga preferenser samt deras depression och/eller ångest. Männen med depression och/eller ångest upplevde begränsad kapacitet till att utföra hälsofrämjande aktiviteter och skapade aktivitetsobalans eftersom dessa prioriterades bort trots vetskapen om att de fick dem att må bra. Upplevelsen av aktivitetsbalans varierade och kunde upplevas trots närvaron av depression och/eller ångest. Arbetsterapeuter kan stödja män med depression och/eller ångest genom att skapa rutiner och struktur i vardagen med hjälp av veckoschema, fördjupa sig i männens aktivitetshistoria och skapa strategier för att öka aktivitetsnivån.

För att få en större förståelse för män med depression och/eller ångest, kan framtida studier avgränsa sig till en av diagnoserna för att få ett tydligare resultat om hur den specifika diagnosen kan påverka aktivitetsbalansen. Det finns fortfarande begränsad kunskap om män med psykisk ohälsa och deras upplevelse av aktivitetsbalans vilket kan studeras vidare, eventuellt med fokus på hur rutiner, struktur och veckoschema påverkar deras upplevelse av aktivitetsbalans. Att undersöka hur yngre män med psykisk ohälsa upplever deras

aktivitetsbalans är av stor vikt för hur arbetsterapeuter kan stödja dessa och förebygga aktivitetsobalans.

Referenser

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 uppl.). American Psychiatric Association.

Argentzell, E., Håkansson, C., & Eklund, M. (2012). Experience of meaning in everyday occupations among unemployed people with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(1), 49–58. <https://doi.org/10.3109/11038128.2010.540038>

Bejerholm, U., & Eklund, M. (2007). Occupational engagement in persons with schizophrenia: relationships to self-related variables, psychopathology, and quality of life. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(1), 21–32. <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.5014/ajot.61.1.21>

Eklund, M., Leufstadius, C., & Bejerholm, U. (2009). Time use among people with psychiatric disabilities: implications for practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 177–191. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.2975/32.3.2009.177.191>

Erlandsson, L-K., & Persson, P. (2020). *ValMO-modellen: arbetsterapi för hälsa genom görande*. Studentlitteratur.

Fisher, G., Parkinson, S., & Haglund, L. (2020). Miljön och människans aktivitet. I R. R. Taylor (Red.), *Kielhofner's Model Of Human Occupation - teori och tillämpning* (2 uppl., s. 127-144). Studentlitteratur.

Folkhälsoguiden. (14 september 2021). *Dubbelt så många kvinnor som män söker vård för psykisk ohälsa*. Folkhälsoguiden. <https://www.folkhalsoguiden.se/nyhetsarkiv/dubbelt-sa-manga-kvinnor-som-man-soker-vard-for-psykisk-ohalsa/>

Folkhälsomyndigheten. (5 maj 2022a). *Stigmatisering vid psykisk ohälsa*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-minska-stigma/>

Folkhälsomyndigheten. (5 september 2022b). *Suicidförebyggande arbete*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-forebygga-suicid/suicidforebyggande-insatser/>

Folkhälsomyndigheten. (19 juni 2023). *Statistik om suicid*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-forebygga-suicid/statistik-om-suicid/>

Globala Målen. (18 oktober 2022). *God hälsa och välbefinnande*.

<https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/>

Graneheim, U. H., Lindgren, B-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Gunnarsson, A. B., Hedberg, A.-K., Håkansson, C., Hedin, K., & Wagman, P. (2023). Occupational performance problems in people with depression and anxiety. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 30(2), 148–158.

<https://doi.org/10.1080/11038128.2021.1882562>

Håkansson, C., Dhalin-Ivanoff, S., & Sonn, U. (2006). Achieving balance in everyday life. *Journal of Occupational Science*, 13(1), 74-82.

<https://doi.org/10.1080/14427591.2006.9686572>

Håkansson, C., Gunnarsson, A. B., & Wagman, P. (2023). Occupational balance and satisfaction with daily occupations in persons with depression or anxiety disorders. *Journal of Occupational Science*, 30(2), 196–202. <https://doi.org/10.1080/14427591.2021.1939111>

Karlsson, L., Erlandsson, L.-K., Cregård, A., Nordgren, L., & Lydell, M. (2023). Taking control of one's everyday life - a qualitative study of experiences described by participants in

an occupational intervention. *BMC Public Health*, 23(1), 1-12. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/s12889-023-15515-z>

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

Matuska, K. M., & Christiansen, C. H. (2008). A proposed model of Lifestyle balance. *Journal of Occupational Science*, 15(19), 9-19. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/14427591.2008.9686602>

McCusker, M.G., & Paz Galupo, M. (2011). The impact of men seeking help for depression on perceptions of masculine and feminine characteristics. *American Psychological Association*, 12(3), 275-284.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/a0021071>

Olsson, S., Hensing, G., Burnström, B., & Löve, J. (2021). Unmet need for mental healthcare in a population sample in Sweden: a cross-section study of inequalities based on gender, education and country of birth. *Community Mental Health Journal*, 57(3), 470-481.
<https://doi.org/10.1007/s10597-020-00668-7>

Polatajko, H. J., Backman, C., Baptiste, S., Eftekhar, P., Harvey, A., Jarman, J., Krupa, T., Lin, N., Pentland, W., Liberte Rudman, D., Shaw, L., Amoroso, B., & Connor-Schisler, A. (2013a). Human occupation in context. I E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Red.), *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. (2 uppl., s. 37-61). Canadian Associations of Occupational Therapists.

Polatajko, H. J., Molke, D., Baptiste, S. Doble, S., Caron Santha, J., Kirsh, B., Beagan, B., Kumas-Tan, Iwama, M., Laliberte Rudman, D., Thibeault, R., & Stadnyk, D. (2013b). Occupational science: imperatives for occupational therapy. I E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Red.), *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. (2 uppl., s. 63-82). Canadian Associations of Occupational Therapists.

Quinn Patton, M. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4 uppl.). SAGE publications.

Robinson Johnson, K., & Dickie, V. (2019). What is occupation? I B. A. B. Schell. & G. Gillen. (Red.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (13 uppl. s. 2-10). Wolters Kluwer.

Socialstyrelsen. (november 2019). *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik* (Artikelnummer 2019-11-6481).

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6481.pdf>

Socialstyrelsen. (april 2021). *Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom - stöd för styrning och ledning*. (Artikelnummer 2021-4-7339)

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf>

Socialstyrelsen. (15 augusti 2022). *Suicid och suicidförsök*.

<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varnskador/varnskador/suicid/>

Stadnyk, E. L., Townsend, E. A., & Wilcock, A.A. (2014). Occupational justice. I C. Christiansen & E. Townsend (Red.), *Introduction to Occupation: The art of Science and Living* (2 uppl., s. 307-336). Pearson education.

Sveriges Fontänhus Riksförbund. (Oktober 2016). *Internationella riktlinjer för fontänhus*.

<http://www.sverigesfontanhus.se/riktlinjer/>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2018). *Maskulinitet och psykisk hälsa - strategier för förbättringsarbete i vård och omsorg*.

<https://skr.se/download/18.5627773817e39e979ef5c2a1/1642489600805/7585-608-7.pdf>

Sveriges Kommuner och Regioner. (21 juni 2023a). *Om psykisk hälsa*.

https://skr.se/download/18.18ef3a97188b9ffd7a653540/1687357739610/Bilaga_Om-psykisk-halsa_bilaga_webb.pdf

Sveriges Kommuner och Regioner. (22 augusti 2023b). *Mäns psykiska hälsa*.

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/psykiskhalsa/grupperpsykiskhalsa/manspsykiskahalsa.46758.html>

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

https://lincs.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf

Wagman, P., Hjärthag, F., Håkansson, C., Hedin, K., & Gunnarsson, A. B. (2021). Factors associated with higher occupational balance in people with anxiety and/or depression who require occupational therapy treatment. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 28(6), 426–432. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/11038128.2019.1693626>

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. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3109/11038128.2011.596219>

Wagman, P., & Håkansson, C. (2014). Exploring occupational balance in adults in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21, 415-420. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3109/11038128.2014.934917>

Wilcock, A. A., &., Hocking, C. (2015). *An occupational perspective of health* (3 uppl.). SLACK Incorporated.

Wirback, T., Forsell, Y., Larsson, J-O., Engström, K., & Edhborg, M. (2018). Experiences of depression and help-seeking described by young Swedish men. *Psychology of Men & Masculinity*, 19(3), 407-417. <http://dx.doi.org/10.1037/men0000110>

World Health Organization. (16 juni 2021). *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

World Health Organizations. (8 juni 2022a). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

World Health Organization. (17 juni 2022b). *Mental health*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Medical Association. (6 september 2022). *WMA declaration of Helsinki ethical principles for medical research involving human subjects*.

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Intervjufrågor nutid

Generella frågor:

- Hur gammal är du?
- Vad är din huvudsakliga sysselsättning? Hur länge har du gjort det?

Fördjupande/aktivitetsfokus:

- Hur ser en dag ut för dig idag (eller när du hade din depression/ångest)? Vilka aktiviteter utför du under en dag? Hur ser ditt dygn ut? Hur många timmar sover du på natten eller tar du en tupplur på dagen?
- Upplever du en blandning (variation) av aktiviteter i din vardag? Vad är det som bidrar till att du upplever en blandning/inte har en blandning?
- Upplever du att du har för lite eller för mycket att göra i din vardag? Är det någon aktivitet som tar upp för mycket tid i din vardag? Skulle du vilja lägga mer tid på andra aktiviteter? Är det någon/några aktiviteter du skulle vilja lägga till i din vardag? Vad har dessa aktiviteter för betydelse för dig?
- Vilka aktiviteter upplever du ger dig vila, får dig att slappna av och ger återhämtning?
- Upplever du att du utför aktiviteter som är njutbara och roliga? Skulle du vilja göra mer eller mindre av dem?
- Gör du aktiviteter själv eller med andra? Upplever du att du gör tillräckligt många aktiviteter själv eller med andra?
- Upplever du att du har balans eller obalans i vardagen? Vad är det som bidrar till upplevelsen av balans/obalans?
- Hur länge har du upplevt aktivitetsbalans/aktivitetsobalans?
- Har du sökt vård för din problematik? Om inte, vad är det som gjort att du avstått och är det något som du skulle vilja göra? Är vården en del av din vardag? Har du berättat för familj och vänner och hur reagerade de isåfall?
- Skulle du säga att attityder och normer i omgivningen om psykisk ohälsa och maskulinitet påverkar dina aktiviteter i vardagen? På vilket sätt? Är det i någon aktivitet som det begränsar mest? Vad har varit stödjande och hindrande? Attityder på arbetsplats, skola, familj, vänner, Fontänhuset, samhället i stort.

Avslutande frågor:

- Är det något annat du skulle vilja tillägga?
- Är det okej att vi hör av oss om vi skulle ha fler frågor eller behöver förtydliga något?