



Institutionen för hälsovetenskaper  
Fysioterapeutprogrammet

Utbildningsprogram  
i fysioterapi 180 hp

Kandidatuppsats  
15hp  
Våren 2020

**Skillnad i mentalt välbefinnande och stressnivå mellan skadade  
och icke skadade unga handbollsspelare  
En tvärsnittsstudie**

**Författare**

Elsa Persson, Louise Cronstedt  
Fysioterapeutprogrammet  
Lunds Universitet  
el4848pe-s@student.lu.se  
lo6745cr-s@student.lu.se

**Handledare**

Frida Eek  
Docent, Leg. Sjukgymnast  
Institutionen för  
hälsovetenskaper  
Lunds Universitet, SVERIGE  
frida.eek@med.lu.se

**Examinator**

Lena Hedlund  
PhD, Adjungerad adjunkt  
Institutionen för hälsovetenskaper  
Lunds Universitet, SVERIGE  
lena.hedlund@med.lu.se

## **Abstract**

**Background:** Handball is a physical sport and players are exposed to injury risk or injury, which could be a factor affecting the mental wellbeing and level of stress. Previous studies observe that injured athletes suffer from a greater risk of lower mental wellbeing. Due to this mental strategies in the rehabilitation process among injured athletes should be considered.

**Aim:** This study maps out the mental well being, level of stress and injury prevalence among a group of young handball players in Sweden, with the aim to see if there is a difference in mental wellbeing and stress between the injured and non-injured handball players.

**Methods:** A survey based on study specific questions, General Health Questionnaire 12 (GHQ-12) and Single Item Stress Question (SISQ) was handed out to 150 young swedish handball players.

**Results:** The results showed that there was a small difference in mental well being between the injured and non-injured participants, where the injured had a slightly higher score in the GHQ-12. No clear difference in SISQ between the two groups could be observed.

**Conclusions:** The study shows a small difference in mental wellbeing among injured and non-injured athletes. Our conclusion is that a combination of physical and mental stress, and also identity loss due to absences from training and match could be a possible explanation to why the participating injured athletes experience a lower mental wellbeing. Integration of mental strategies in the rehabilitation process can be useful, and perhaps needed, for quicker recovery and a better perceived mental wellbeing for injured athletes.

**Key words:** mental wellbeing, stress, handball players, athletes, injury, GHQ-12, SISQ.

## **Sammanfattning**

**Bakgrund:** Handboll är en fysisk idrott där spelarna utsätter sig för skaderisk eller skada, vilket skulle kunna vara en faktor som påverkar det mentala välbefinnandet och stressnivån. Tidigare studier ha tytt på att skadade idrottare har en högre risk för lägre mentalt välbefinnande. På grund av detta bör mentala strategier i rehabiliteringsprocessen övervägas.

**Syfte:** Studien kartlägger mentalt välbefinnande, stressnivå och skadeförekomst hos en grupp unga handbollsspelare i Sverige, med syfte att undersöka om det finns någon skillnad i mentalt välbefinnande och stress mellan gruppens skadade och icke-skadade handbollsspelare.

**Metod:** En enkät, som bestod av studiespecifika frågor, General Health Questionnaire 12 (GHQ-12) och Single Item Stress Question (SISQ), delades ut till 150 unga svenska handbollsspelare.

**Resultat:** Resultatet visar en liten skillnad i mentalt välbefinnande mellan skadade och icke skadade, där de skadade hade en något högre totalpoäng på GHQ-12. Ingen tydlig skillnad i SISQ mellan de två grupperna kunde observeras.

**Konklusion:** Studien visar en liten skillnad i mentalt välbefinnande mellan skadade och icke skadade spelare. Vår konklusion är att en kombination av fysisk och mental stress, och identitetsförlust på grund av frånvaro från träning och match möjligen skulle kunna vara förklaringar till varför de deltagande skadade spelarna upplever ett lägre mentalt välbefinnande. Integration av mentala strategier i rehabiliteringsprocessen kan vara nyttigt, och kanske till och med nödvändigt, för snabbare återhämtning och ett bättre upplevt mentalt välbefinnande hos skadade idrottare.

**Nyckelord:** mentalt välbefinnande, stress, handbollsspelare, idrottare, skada, GHQ-12, SISQ.

## **Innehållsförteckning**

<b>Abstract</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning</b>	<b>2</b>
<b>Innehållsförteckning</b>	<b>3</b>
<b>1. Bakgrund</b>	<b>4</b>
<b>2. Syfte</b>	<b>9</b>
<b>3. Metod</b>	<b>9</b>
<b>4. Resultat</b>	<b>13</b>
<b>5. Diskussion</b>	<b>16</b>
<b>6. Konklusion</b>	<b>23</b>
<b>7. Referenser</b>	<b>24</b>
<b>8. Bilagor</b>	<b>29</b>

# 1. Bakgrund

## 1.1 Fysisk aktivitet och skaderisk

Fysisk aktivitet har många hälsoeffekter för barn och ungdomar i skolåldern. Hälsoeffekter som god kardiovaskulär hälsa (sänkning av högt blodtryck, förbättrad blodfetsprofil), metabol hälsa (minskad risk för obesitas och fetma), mental hälsa (exempel minskade symtom för depression) och minskad risk för benskörhet (1, 2). Men i takt med ökad träningsmängd innebär det även att kroppen utsätts för mer belastning, vilket kan bidra till en ökad skaderisk. Fysisk aktivitet kan därför vara skadligt i för stor mängd, särskilt om kroppen inte får återhämta sig och istället bryts ner, exempelvis vid överträning. Det har blivit allt vanligare inom vissa sporter (t.ex simning och gymnastik), att träningsmängden ökar snabbt i unga åldrar vilket i sin tur kan leda till överträning och därmed ökad skaderisk (2, 3). Andra fysiska faktorer som kan påverka skaderisken är idrottens utformning, väder, underlag och redskap (4).

## 1.2 Skadestatistik inom idrott

Idrottsskada kan definieras som en incident, under utövande av idrottarens sport, som resulterar i att idrottaren i längre än 24 timmar blir frånvarande/inte kan delta i träning eller tävling/match som planerat (5). Handboll är en fysisk sport som ställer höga krav på både kroppen och psyket. Inom svensk handboll sker ungefär 800 skador varje år (6). I studien av Åman *et.al.* som gjordes mellan 2006–2015 registrerades totalt 92 162 skador inom idrotterna handboll, fotboll, innebandy och ishockey och de allra flest skador sågs i åldrarna 15–17 år. Inom handbollen registrerades 4 093 skador bland manliga spelare och 3 837 bland kvinnliga spelare (7). Vid en undersökning av skadefrekvensen i Danmark säsongen 2010-2011 bland senior-, U18- och U16-handbollsspelare framgick det att 13 av 15 (87%) kvinnliga U16-spelare och 12 av 25 (48%) kvinnliga U18-spelare hade haft mer än tre skador. På den manliga sidan var det 4 av 14 (29%) U16 och 12 av 27 (44%) U18-spelare som hade haft mer än tre skador under säsongen. Totalt sett var det 68,6% kvinnliga och 69,6% manliga deltagare som någon gång under studieperioden (2010–2011) skadade sig, hälften av skadorna ledde till att spelaren fick avstå från handboll i mer än 1 vecka (8). Vissa traumatiska skador kan leda till så kallat PMI, permanent medical impairment, som innebär att vissa problem kvarstår även långt efter själva

skadan läkt. Till exempel rörelseinskränkningar, instabilitet och smärta, vilket kan komma att påverka individen i sitt vardagliga liv (7, 9). Därför är det viktigt att stor vikt läggs på förebyggande träning så att antalet skador kan dras ned (7).

### **1.3 Skillnader i skademönster och depression mellan män och kvinnor**

Män och kvinnors anatomiska skillnader har undersökts för att se om den ena eller den andra löper större risk för att drabbas av vissa skador. Ett fenomen som fokuserats extra på är att kvinnor har högre risk drabbas av knäskador, eller mer specifikt främre korsbandsskador, jämfört med män (10). En möjlig förklaring kan vara att det finns anatomiska och mekaniska skillnader mellan män och kvinnor. Dessa skillnader bidrar till vissa skademönster hos män respektive kvinnor (11). Skillnader mellan män och kvinnor kan även ses i mental hälsa (depression). Det visar en studie som undersökte depression efter en skada hos idrottare (i åldrarna 15-24 år). De kom fram till att kvinnor i större utsträckning, jämfört med män, drabbades av en depression efter en skada (12).

### **1.4 Stressorsaker hos idrottare**

En definition av stress är en situation då individen känner sig spänd, rastlös, nervös eller orolig (13). Idrottare utsätts för olika stressorer som är relaterade till sporten. Stressorsaker kan vara träningsmiljö, lagatmosfär, tränaren, dålig kommunikation, inget stöttande nätverk och skada (14, 15). Brist på speltid och kritiska kommentarer från tränaren kan också vara stressorsaker (16). Enligt en review-artikel var de vanligaste orsakerna till stress hos idrottare skada, trötthet, att göra bort sig på plan och organisationsmiljön. Dessutom påverkades idrottarnas stressnivå negativt av ett resultatfokuserat klimat. Under träning var stress främst relaterat till skador, yttre distraktion och trötthet, medan under match/tävling var stress kopplat till motståndarlag, domare och publik (15). Stressnivån är inte bara idrottsrelaterad, det kan även vara på grund av skolan, främst att hitta en balans mellan skolarbete och idrottsaktivitet (17). Konkluderande utsätts idrottare för en mängd olika stressorer. Det kan innebära att sårbarheten ökar vilket skulle kunna leda till ett sänkt mentalt välbefinnande i det långa loppet (15). Birmaher *et.al.* antyder att yngre

idrottare (<18 år) är mer sårbara för depression och psykologisk stress som kan leda till skada, jämfört med idrottare över 18 år (18).

### **1.5 Stress- och skadmodellen**

Williams JM och Andersen MB har tagit fram en modell som beskriver sambandet mellan skada och stress (4). Modellen har citerats i flera artiklar för att vidare undersöka sambandet mellan stress och skada (19). Författarna har också själva reviderat modellen och fortsatt undersöka sambandet (20). Modellen är en komplex sammansättning av flera olika faktorer som påverkar stressresponsen och därmed skaderisken hos en individ. Faktorerna som författarna lyfter fram är stresserfarenhet, personlighet och copingstrategier. De har i sin tur underkategorier som till exempel kognitiv bedömning och graden av uppmärksamhet. De nämnda faktorerna ger tillsammans en bra bild av hur stress påverkar skaderisken (4).

Modellen är baserad på två mekanismer som sker under stress; ökad muskelspänning och otillräcklig uppmärksamhet. Generellt sätt kan muskelspänning störa muskelkoordinationen och minska flexibiliteten, vilket kan leda till muskuloskeletal skador såsom en sträckning eller stukning. Det behövs dock vidare forskning som undersöker om individer med hög livsstress har en ökad muskelspänning och därmed större risk för skada, jämfört med de som har en lägre livsstress. I stressfulla situationer kan synfältet smalna av vilket kan ge en otillräcklig uppmärksamhet. Det kan i sin tur leda till att individen missar viktiga detaljer/händelser i omgivningen, vilket ger en ökad skaderisk (4).

Andersen och Williams har olika hypoteser kring sambandet mellan de olika faktorerna, varav en är att en individs stresserfarenhet har en direkt koppling till hur individen svarar på stress men att faktorerna personlighet och copingstrategier också kan ha en viss inverkan på responsen. Vidare förklarar författarna att individer med personlighetsdrag som förvärrar stressresponsen och har få copingstrategier för att hantera stress, är mer benägna att uppleva en situation som stressig. Det innebär en ökad muskelspänning och sänkt uppmärksamhet, vilket leder till en större risk att skada sig jämfört med en person som har motsatt beteende (dvs fler copingstrategier och

personlighet som är lugnare). Sammanfattningsvis kan bland annat brist på bra copingstrategier lättare leda till mer stress och därmed högre risk för skada. Olika personligheter kan därmed påverka individer till att hantera situationer och se de som mindre eller mer stressfulla (4). En studie visade att individer som är generellt stressade hade högre risk för sjukdom än de som hade lägre stress (21).

Om kraven som ställs på idrottaren överstiger individens förmåga kommer stressvaret att bli större än i situationer där idrottaren anser sig själv kunna handskas med stressen. En persons tidigare stresserfarenheter, till exempel livshändelser, vardagliga problem eller tidigare skador, anser Andersen och Williams, borde ha en stor inverkan på hur individen reagerar på stressfulla situationer och därmed påverka skaderisken. Det finns studier som tyder på samma sak, särskilt för unga idrottare (22, 23). För att få en komplett bild av individens stresserfarenhet räknas livshändelser, daglig oro och tidigare skador in i bedömningen. Om en idrottare inte är fullt återställd efter en skada, finns det en stor risk att skada sig igen. Idrottaren kan vara fysiskt redo men inte psykiskt, vilket kan påverka skaderisken. Till exempel kan rädslan för att skada sig leda till ökad stressrespons, vilket i sin tur kan leda till ökad risk för att åter skada sig (4). Något som kan vara till hjälp när det kommer till att handskas med en skada är det sociala nätverket. En studie visade att socialt stöd hade en påverkan vid skada, idrottare med stort socialt stöd hade mindre risk för att skada sig (24).

## **1.6 Psykologiska skaderisikfaktorer**

Som tidigare nämnt finns det fysiska faktorer som påverkar skaderisken (2, 3, 4), men det finns även psykosociala faktorer som kan påverka (4). Bland annat anses personer som är tävlingsinriktade eller aggressiva vara mer skadebenägna (25). I en kvalitativ studie där tränare och andra personer som arbetar kring idrottare intervjuades ansågs bland annat psykologiska faktorer såsom känslomässig stress, brist på koncentration och inställningen att smärtan “måste uthärdas”, vara saker som ökade skaderisken hos idrottarna. En annan sak som framkom var att vissa psykologiska aspekter ansågs vara viktiga för skadeprevention, till exempel att vara koncentrerad på träning, vara psykiskt förberedd och ha en psykisk balans. Även



beteendestrategier såsom psykologisk utvärdering och psykologiskt stöd sades ha en skadepreventiv effekt (25).

### **1.7 Mentalt välbefinnande hos (skadade) idrottare**

Mental ohälsa bland ungdomar (16-29 år) har under de senaste åren ökat i Sverige (26, 27, 28, 29), bland annat har fler unga ångest, oro, ångslan samt nedsatt mentalt välbefinnande (29). Som tidigare nämnt har fysisk aktivitet positiv effekt på det mentala välbefinnandet (1). Trots det betyder det inte att idrottare är skyddade från mental ohälsa (30). Idrottare utsätts för högre fysiska krav, vilket tidigare redovisats, ökar skaderisken och antalet skador (2, 3, 6). Skador kan i allmänhet orsaka ett personligt lidande hos individen och frånvaro från idrotten (7). För många kan en skada dessutom innebära en känsla av identitetsförlust, till exempel då skadan hindrar normalt deltagande i sin idrott (31). En skadad idrottare är mer sårbar för psykologiska reaktioner, såsom ångest, depression, rädsla och förlust av självkänsla (32). I en tvärsnittsstudie som undersökte olika parametrar inom mental hälsa hos australiensiska elitidrottare hade de skadade idrottarna högre risk för depression än de icke skadade (33). Liknande fynd kunde även ses för generaliserat ångestsyndrom (GAD) (33). Vidare visade studien att stora livsförändrande händelser, däribland skador och långvarig stress, var kopplat till högre förekomst av bedrövelse, ångest och depression (33). En annan studie har sett att dålig prestation och skada har visat sig varit kopplad till emotionella reaktioner och stressfulla livshändelser (15). Skada och psykosociala faktorer, såsom stress, har visats ha koppling till depression och därmed påverkas det mentala välbefinnandet (34).

I Sverige har man under de senaste åren sett en ökning av mental ohälsa hos ungdomar. De flesta av de studier som presenterats undersöker mentalt välbefinnande/hälsa hos (skadade) idrottare är gjorda på elitidrottare inom olika idrotter. Ingen tidigare svensk studie har undersökt handbollsspelande ungdomars mentala välbefinnande och stressnivå. Det är viktigt att i tid göra spelare och tränare medvetna om att en skada kan påverka det mentala välbefinnandet och stressen (7, 12, 14, 15, 32-34), samt att också vara medveten om att stress och nedsatt mentalt välbefinnande kan påverka skaderisken (4, 15, 22, 23, 25).

## **2. Syfte**

Syftet med studien är att kartlägga det mentala välbefinnandet, stressnivån och skadeförekomst hos en grupp unga handbollsspelare samt att undersöka om det finns någon skillnad i mental välbefinnande och stressnivå mellan skadade och icke skadade handbollsspelare i den undersökta gruppen.

### **2.1 Frågeställningar**

- Vad är skadeförekomsten i en grupp unga handbollsspelare?
- Hur skattas mentalt välbefinnande bland studiens deltagare?
- Hur skattas stressnivån hos studiens deltagare?
- Finns det någon skillnad i mentalt välbefinnande mellan skadade och icke skadade handbollsspelare i den undersökta gruppen?
- Finns det någon skillnad i stressnivå mellan skadade och icke skadade handbollsspelare i den undersökta gruppen?

## **3. Metod**

### **3.1 Studiedesign**

Kvantitativ tvärsnittsstudie.

### **3.2 Urval**

Urvalet bestod av handbollsspelande ungdomar från två olika klubbar i Skåne i åldrarna 15-25 år. Både kvinnor och män tillfrågades att delta. Inklusionskriterier var att deltagaren skulle vara handbollsspelare, det vill säga att personen var aktiv spelare i en handbollsförening, och var mellan 15-25 år. Exklusionskriterier fanns inte så länge inklusionskriterierna uppnåddes.

### **3.3 Deltagare**

Totalt deltog 150 personer, varav 50% kvinnor och 50% män. De yngsta som svarade var 15 år och de äldsta var 25 år. Se tabell 1 för mer detaljerad information.

### 3.4 Mätinstrument

Undersökningen genomfördes via en anonym enkät, se bilaga 2. Enkäten bestod av studiespecifika frågor och två standardiserade test, som var Single Item Stress Question (SISQ) och General Health Questionnaire-12 (GHQ-12). Ett testutskick gjordes till tre personer som matchade målgruppen. Ingen vidare revidering gjordes efter testutskicket.

SISQ är en endaste fråga som undersöker huruvida individen frågan ställs till har känt sig stressad under den senaste tiden med svarsalternativen: 1= Inte alls; 2= Bara lite; 3= I viss mån; 4= Ganska mycket; 5= Våldigt mycket. I det ursprungliga testet skickas ett SMS med frågan en gång i veckan under en viss tid (13). I vår enkät ombads deltagaren tänka tillbaka på de senaste två veckorna när hen svarade. Vid reliabilitetsprovning med test-retest (då frågan ställdes en gång i veckan under en längre period) har SISQ fått  $r = 0,804$  till  $0,868$  (13).

GHQ-12 är en självskattning av mentalt välbefinnande med 12 påståenden som ska besvaras med stämmer helt, stämmer bra, stämmer delvis eller stämmer inte alls (35, 36, 37). Även i detta test ombads deltagarna tänka tillbaka på de senaste två veckorna. De 12 påståendena består av sex positiva och sex negativa påståenden som har olika poäng. Det går att använda sig av två olika poängsättningssystem GHQ-metoden (0, 0, 1, 1) eller Likert-metoden (0, 1, 2, 3) (35, 36, 38). I båda poängsystemen räknas den totala poängen ut genom att summera poängen för varje fråga. En hög totalpoäng lutar mot nedsatt mentalt välbefinnande (vid 3 respektive 15 brukar gränsen dras för nedsatt välbefinnande) (38). Vi valde att använda poängsystemet Likert-metoden, som kan ge en maxpoäng på 36 och lägsta poäng 0. Vid provning med test-retest har GHQ-12 fått  $r = 0,78$  till  $0,9$  (35, 38).

I de studiespecifika frågorna tillfrågas deltagarna ange biologiskt kön, ålder och personens huvudsakliga sysselsättning. Deltagarna tillfrågades även om de var skadad just nu/tidigare under

året (senaste tolv månaderna) eller icke skadad, samt skadelängd för de skadade deltagarna. För att definieras som skadad användes definitionen: "Idrottsskada definieras som en händelse, under utövande av träning, som resulterar i att idrottaren i längre än 24 timmar blir frånvarande/inte kan delta i träning eller tävling/match som planerat." (5)

### **3.5 Datainsamling**

Sportcheferna för de två utvalda handbollsklubbarna i Skåne fick godkänna att enkätundersökningen genomfördes på deras aktiva. Därefter kontaktades tränare för respektive lag för att få godkännande av dem och därefter stämma av tid och plats. Vid besökstillfället informerades spelarna om studien både muntligt och skriftligt och bads sprida ut sig för att få så sanningsenliga svar som möjligt. Svaren lades sedan i en låda för att avidentifiera enkäterna.

Vid kontakt med tränarna uppmanades de att be alla spelare, inklusive skadade, att delta på träningstillfället då enkäterna skulle delas ut. Av de som var närvarande vid undersökningstillfället valde alla att svara på enkäten. De som åldersmässigt inte ingick i inklusionskriteriet sällades bort vid sammanställningen av data. Åtta interna bortfall förekom då alla obligatorisk frågor i enkäten inte var besvarade, varav två av dessa inte svarade fullständigt på GHQ-12 och räknas därför inte med vid resultatredovisningen av GHQ-12.

### **3.6 Databearbetning och presentation**

Enkätsvaren skrevs in manuellt i excel och deskriptiv statistik bearbetades där. Antal och procent för den deskriptiva informationen om urvalsgruppen räknades ut. Poängen för GHQ-12 respektive SISQ räknades ihop för sig, enligt instruktionerna för respektive test.

Medelvärdet och standardavvikelsen för totalpoäng på GHQ-12 samt SISQ beräknades för hela gruppen men även inom kategorierna skadad och icke skadad som även jämfördes. Deltagare som just nu var skadade samt de som under de senaste året varit skadade definieras som skadade spelare och de som inte var skadade definieras som icke skadade spelare. Medianen för GHQ-12 beräknades också för att försäkra att inga extrema ändpunkter gav ett missvisande medelvärde.

Vid bearbetning av SISQ har en skattning på 4 eller 5 används som ett mått på att deltagaren var stressad, då de definieras som “ganska mycket stressad” och “väldigt mycket stressad” (13). Vid poängsättning enligt likert-metoden av GHQ-12 går gränsen för nedsatt mentalt välbefinnande vid en totalpoäng på 15 poäng eller mer (38), vilket vi har utgått från vid bearbetning.

### **3.7 Etik**

Vid datainsamlingen informerades deltagarna om syftet med studien, vilken information vi samlade in, hur informationen behandlades, om det fanns några risker med att delta samt att deltagandet var frivilligt och att samtycket kan tas tillbaka utan skäl eller förklaring. Samtycke gavs genom att personerna valde att svara på enkäten, vilket informerades om muntligt och skriftligt. Se bilaga 1 för deltagarbrev.

Undersökningen var anonym, vilket innebär att datan inte kan kopplas samman med en viss person (39). De uppgifter som samlades in om deltagarna var kön, ålder, skadeförekomst, mentalt välbefinnande och stressnivå, se specifik info i under rubriken “Metod” eller bilaga 2. Enkäterna behandlades med konfidentialitet, det vill säga datan förvarades så att ingen utomstående kunde komma åt och läsa deltagarnas svar (40). Enkätsvaren användes enbart för vår undersökning. Efter godkänd examination destruerades datan.

Denna studie undersökte mentalt välbefinnande och stressnivå hos ungdomar i åldrarna 15-25 år. Både deltagarnas ålder och ämnet som undersöktes kan vara känsligt. För att pröva de etiska aspekterna av arbete skickades en ansökan till Vårdvetenskapliga Etiknämnden (VEN) som godkände studien.

## 4. Resultat

Deskriptiv data samt skadeförekomst hos gruppen presenteras i tabell 1. Av de 150 deltagarna var det 68% som just nu var eller inom det senaste året hade varit skadade och 31,3% var inte skadade. De flesta av deltagarna var elever/studenter och majoriteten av dem gick antingen i grundskolan eller i gymnasiet.

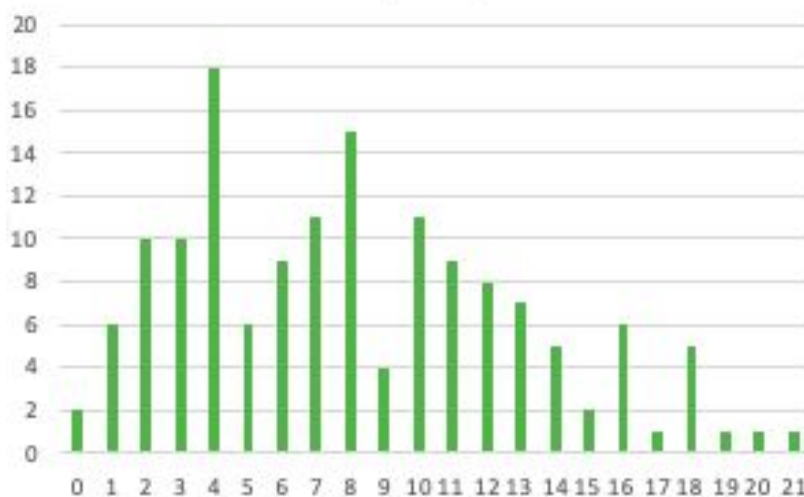
Tabell 1: Deskriptiv information om urvalsgruppen.

	Totalt (n=150)	Skadad (n=102)	Ej skadad (n=47)
<b>Kön</b>			
Kvinna <i>n (%)</i>	75 (50)*	50 (49)	24 (51)
Man <i>n (%)</i>	75 (50)	52 (51)	23 (49)
<b>Medelålder (SD)</b>	17.7 (3.1)	17.7 (2.9)	17.6 (3.3)
<b>Sysselsättning</b>			
Skola <i>n (%)</i>	130 (86.7)	89 (87)	40 (85)
Arbete <i>n (%)</i>	19 (12.7)	13 (13)	6 (13)
Arbetslös/annat <i>n (%)</i>	1 (0.6)	0 (0)	1 (2)
<b>Utbildningsnivå (n=130)</b>			
Grundskola <i>n (%)</i>	46 (35)	27 (26)	18 (38)
Gymnasieskola <i>n (%)</i>	63 (48)	48 (47)	15 (32)
Universitet/högskola <i>n (%)</i>	19 (15)	13 (13)	6 (13)
Komvux <i>n (%)</i>	2 (2)	1 (1)	1 (2)

\* En person svarade inte avseende om hon var skadad eller inte.

#### 4.1 Gruppens mentala välbefinnande

Övervägande delen av deltagarna hade en totalpoäng som var under 15 poäng i GHQ-12, se figur 1. Av de 148 deltagarna som svarade fullständigt på GHQ-12 fick endast ca 11,4% (17 deltagare) en totalpoäng som var 15 poäng eller mer (se tabell 2). Gruppens medelvärde var 8 och SD  $\pm$  4,9. De skadade spelarna hade ett högre medelvärde på GHQ-12 än de icke skadade spelarna (se tabell 2).



Figur 1: Gruppens totalpoäng på GHQ-12. x-axeln visar totalpoängen, y-axeln visar antalet svar per totalpoäng

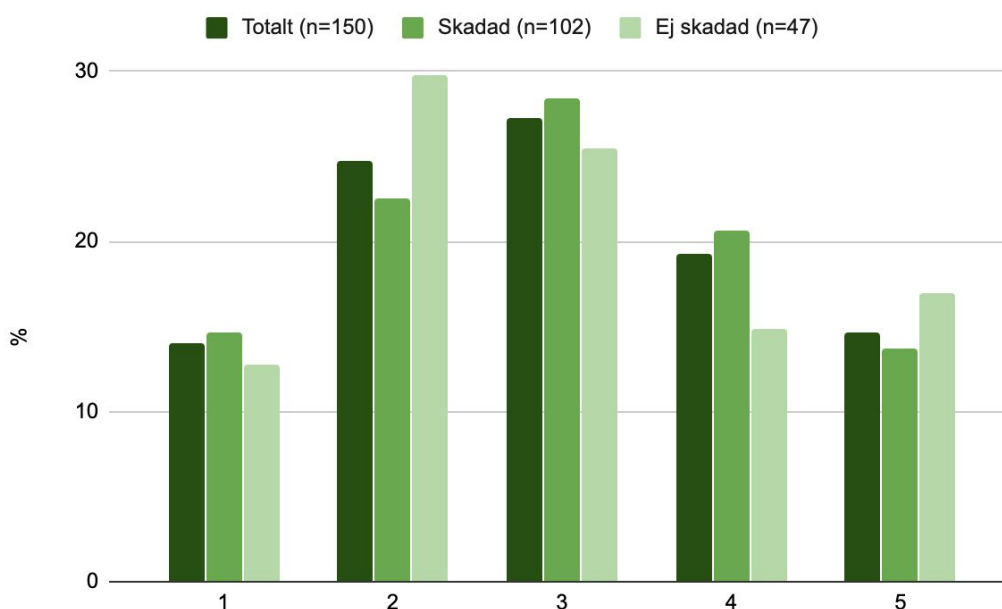
Tabell 2: Medelvärden samt procentuella skillnaden mellan skadade och icke skadade spelares skattningar av GHQ-12 och SISQ.

	Totalt (n=148)*	Skadad (n=100)	Ej skadad (n=47)
Medelvärde GHQ-12 (SD)	8 (4.9)	9 (4.9)	7 (4.7)
Median GHQ-12	8	8	6
Medelvärde SISQ (SD)	3 (1.3)	3 (1.3)	3 (1.3)
$\geq 15$ p GHQ-12 n (%)	17 (11.4)	13 (13.0)	4 (8.5)
$\geq 4$ SISQ n (%)	49 (33.1)	34 (34.0)	15 (31.9)

\*Två deltagare svarade ej fullständigt på GHQ-12 och räknas därför inte med i denna tabell.

#### 4.1 Gruppens stressnivå

Medelvärdet i SISQ var 3 (= i viss mån) och  $\pm 1,3$  SD för hela gruppen, det samma gällde både skadade och icke skadad (se tabell 2). Gruppens svarsfördelning på SISQ och andel svar per alternativ redovisas i figur 2. De flesta av deltagarna skattade alternativ 2 eller 3 (se figur 2). Procentuellt sett hade fler skadade spelare skattat 1, 3 eller 4 i stress jämfört med de icke skadade spelarna. Däremot hade fler av de icke skadade spelarna skattat 2 eller 5 i stress jämfört med de skadade spelarna (se figur 2). 34 % av de skadade respektive 31,9% av de icke skadade deltagarna skattade 4 eller 5 på SISQ (se tabell 2).



Figur 2: Andel svar per svarsalternativ i de olika kategorierna



## **5. Diskussion**

Resultaten av studien tyder på att det finns en viss skillnad i skattat mentalt välbefinnande och stressnivå mellan skadade och icke skadade unga handbollsspelare. De deltagare som var eller under det senaste året har varit skadade skattade en något högre totalpoäng än de icke skadade framförallt på GHQ-12 men även på SISQ kan en viss skillnad utläsas.

### **5.1 Metoddiskussion**

Denna studie är en redovisning av prevalensen av idrottsskador samt kartläggning av mentalt välbefinnande och stressnivå hos en grupp unga handbollsspelare. Resultatet kunde inte påvisa några kausala samband eftersom det inte visade om det var skadan som påverkar det mentala välbefinnandet och stressnivån eller om det är stressnivån och det mentala välbefinnandet som påverkar skaderisken. Men däremot bidrog resultatet till en intressant diskussion som kan vara till grund för vidare forskning inom sambandet mellan skada, mentalt välbefinnande och stressnivå. I denna studie diskuteras inte eventuella skillnader mellan könen, men för framtida forskning kan det vara en intressant aspekt att undersöka vidare. Studien redovisar enbart deskriptiv statistik på grund av studiedesignen, vilket innebär att den endast beskriver den undersökta gruppen (stickprovet). Några generella slutsatser eller tolkningar för alla handbollsspelare i Skåne (studiepopulationen) kan därför inte redovisas.

Vid bearbetning av data valdes att samla skadade och tidigare skadade till endast en grupp. Detta för att underlätta analyseringen mellan skadade och icke skadade. Varför kategorin "tidigare skadade" fanns med var för att se till att få med fler skadade spelare i studien. Tidsspännet för skadad eller tidigare skadade valdes "det senaste året" (senaste tolv månaderna) för att återigen kunna få med fler skadade spelare. Valet av ett år gjordes då det kändes som ett rimligt tidsintervall både för att minnas psykologiska reaktioner och att individen eventuellt fortfarande rehabiliterades för långtidsskada.

Tidpunkten då enkäten fylldes i skulle deltagarna svara på sitt mentala välbefinnande och stressnivå under de senaste två veckorna. De som kategoriserades som skadade skulle då

rimligtvis kunna vara "icke skadade" vid tillfället då enkäten fylldes i, vilket kan ge missvisande resultat.

De två klubbarna som deltog i studien valdes ut utan att slumpen fick avgöra. Om detta kan ha haft viss inverkan på resultatet var inget vi kunde avgöra. Bland deltagarna i studien var förhållandet skadade och icke skadade var ungefär 68% skadade mot 31,3% icke skadade (en person, vilket utgör 0,7%, svarade ej om på frågan hon var skadad eller ej). För att den stora skillnaden i antal mellan skadade och icke skadade spelare inte skulle ge en skev bild av resultatet presenterades andelarna i procent.

De två standardiserade frågeformulär som användes anpassades för att passa vår studie, till exempel att deltagaren ska tänka tillbaka de senaste två veckorna när hen svara istället för hur hen känner vid svarstillfället. SISQ används vanligen som ett mätinstrument för att se en förändring över tid, då frågan ställs en gång i veckan under ett viss tidsperiod, medan vi endast ställde frågan en gång. GHQ-12 har främst använts i arbetslivet och det skulle kunna innebära att frågorna inte är bra anpassade efter vår målgrupp och syfte. Att båda frågeformulären ändrats något samt att de inte ursprungligen varit prövade och anpassade efter vårt syfte är en begränsning av studien. Men eftersom frågorna var relativt generella kunde de användas inom fler målgrupper än de som formulären ursprungligen testats på. I kombination med de studiespecifika frågorna uppfylldes syftet något mer.

Enkätinsamlingen skedde innan eller efter deltagarnas handbollsträning. Det medförde en viss indirekt tidspress för deltagarna att svara på enkäten och spelarna ville troligtvis bli klara med den så fort som möjligt. Möjligtvis att deltagarna inte tog enkäten på allvar eller att man bara skyndade igenom den utan att ordentligt läsa frågorna eller svarsalternativen för att bli färdig snabbare. Detta kan vara en förklaring till att vissa deltagare hade vissa obesvarade frågor och ibland även hela sidor utan svar. Men det skulle även kunna bero på att deltagaren inte ville besvara de frågorna.

På fråga 20 i enkäten är det näst sista påståendet i GHQ-12: “Jag känner mig som en betydelselös person” (se bilaga 2) var det förvånansvärt många (7,3%) som svarade “Stämmer helt” medan deltagarnas övriga svar på påståendena till störst del var positiva (låg poäng). På just den frågan tror vi att några läst slarvigt eller för snabbt innan de svarat, vilket resulterat i en högre totalpoängen än vad personen egentligen skulle haft. Men givetvis kan svaren vara sanningsenliga. Skattningen av de andra påståendena säger ingenting om vad man kommer att skatta på det här påståendet.

Datainsamlingsmiljön kan ha påverkat skattningen på frågorna för GHQ-12 och SISQ då individen kan ha endast relaterat till handboll och inte hela livet generellt. Påståendet: “Jag känner mig pressad” i GHQ-12 skattades en del deltagare högt på, medan resterande påståenden på GHQ-12 skattades relativt lågt hos dessa deltagare. Deltagarna kan kanske enbart ha associerat frågan till handboll vid skattningen, eftersom enkäten fylldes i innan eller efter handbollsträningen i en handbollshall.

Vid datainsamlingstillfällena var någon eller några frånvarande av olika anledningar, vilket innebar ett externt bortfall. Det kan till exempel bero på skada eller sjukdom, vilket gör att personerna inte närvarade vid träningstillfället och därmed inte fick chansen att besvara enkäten.

## **5.2 Resultatdiskussion**

### **5.2.1 Mentalt välbefinnande**

De flesta deltagarna hade en totalpoäng på GHQ-12 som tyder på ett gott mentalt välbefinnande, men det gick att se skillnad mellan de skadade och de icke skadade deltagarna. De skadade hade generellt sett skattat något högre i GHQ-12 än de icke skadade och av de som skattat 15 poäng eller mer var en större andel skadade. Vi tror att det kan delvis bero på skadan i sig som kan vara en belastning både fysiskt och mentalt men även att en del av identiteten försvinner när idrottaren inte längre kan delta i träning och tävling/match. Liknande påstående har man sett i andra studier (31, 34, 41, 42).

Som tidigare redovisat är en skadad idrottare mer sårbar när det kommer till psykologiska reaktioner såsom förlust av självkänsla och ångest (32). Det kan i sin tur vara en bidragande faktor till en något högre skattning på GHQ-12 och därmed ett relativt sett lägre mentalt välbefinnande (38). I en studie på fotbollsspelare spelandes i division 1 rapporterade 33% av de skadade spelarna ha högre nivåer av depressiva symtom och av de icke skadade var det 27% (43). Ytterligare studier tyder på att skada har en negativ effekt på idrottarens mentala välbefinnande (44, 45). Det tyder på att spelare som skadas får en viss påverkan på sitt mentala välbefinnande.

Inom gruppen med skadade spelare fanns det deltagare som tidigare (under de senaste året) varit skadade. För spelare som tidigare varit skadade men som är redo för återgång till träning kan individuella krav och förväntningar från innan skadetiden finnas kvar och idrottaren vill prestera på samma sätt som då. På grund av frånvaro från idrotten kommer det förmodligen vara svårt att nå upp till sina krav, vilket kan vara en faktor till att personen i fråga känner att hen presterar dåligt, vilket i sin tur skulle kunna bidra till ett sämre självförtroende och ökad stress (15) och därmed kanske även ett nedsatt mentalt välbefinnande. Identifierar sig hen dessutom med sin idrottsprestation kan det i sin tur leda till att hen känner sig sämre som individ även utanför handbollsplanen, vilket skulle kunna påverka det mentala välbefinnandet ytterligare.

Vår tes var att skadade handbollsspelare skulle skatta lägre mentalt välbefinnande bland annat för att de inte kan delta i sin idrott som vanligt. I en studie såg man att skadade idrottare som trots allt deltog på träning och match hade bättre skattade livskvalitet jämfört med skadade som inte deltog (45). Engagemang och motivation hos idrottaren samt vilken nivå hen befinner sig på kan ha viss betydelse för i vilken grad idrottarens mentala välbefinnande påverkas. En person med höga ambitioner, träningsnärvaro och som spelar på högre nivå kanske ser idrotten mer som en del av sin identitet vilket skulle kunna innebära en ökad identitetsförlust vid skada (31) och därmed påverkan på mentalt välbefinnande. Även det sociala nätverket spelar roll för välbefinnandet (24). En skadad spelare kan inte längre vara delaktig i träning eller match, vilket

skulle kunna innebära att hen inte känner samma gemenskap med resterande spelare i laget och som resultat påverka det mentala välbefinnandet negativt.

En studie gjord över ett års tid undersökte knäfunktion och livskvalitet (där mentalt välbefinnande ingår) hos unga idrottande kvinnor med olika typer av knäskador. Resultatet visade att deras livskvalitet (även knäfunktion) påverkades negativt av skadan och att skadetyper hade betydelse. De kvinnor som hade en svårare skada med längre rehabilitering skattade lägre livskvalitet jämfört de kvinnor som hade en kortare reha tid. Dessutom var livskvaliteten försämrad (jämfört med innan skadan) under en längre tid efter skadan, för vissa upp till 12 månader. (46) Det tyder på att frånvaro från idrotten kan vara en orsak till nedsatt mentalt välbefinnande.

### **5.2.2 Stressnivå**

Gruppens stressnivå var generellt sett varken låg eller hög, då större delen av gruppen skattade "bara lite stressad" eller "i viss mån stressad". Det samma gäller för respektive kategori skadad och icke skadad. Det skulle kunna bero på att frågan eventuellt kan ha ställts under en period då deltagarna inte hade mycket att göra i till exempel skolan eller på jobbet. Enkäten besvarades på kvällstid vilket också kanske kan ha varit en bidragande faktor till gruppens skattande. Deltagarna kanske kände sig mindre stressade för att man fått gjort mycket av det man skulle under dagen. En annan förklaring kan vara att spelarna upplever träningen som avstressande. Eller så är det såhär deltagarnas generella stressnivå ser ut. Ens stressnivå är subjektiv och individuell och olika personligheter gör att vi upplever situationer som mindre eller mer stressfulla (4).

En av de vanligaste stressorsakerna hos en idrottare är skador (14, 15). Det fanns dock ingen större skillnad i andelen deltagare som skattade "ganska mycket stressad" eller "väldigt mycket stressad" i SISQ i respektive grupp. De skadade deltagarna hade i andel något högre skattning jämfört med de icke skadade men skillnaden var liten. Det var en något större andel av deltagarna som inte var skadade som skattade "väldigt mycket stressad" i SISQ jämfört med de

skadade. Skada och idrott är inte den enda förklaringen och långtifrån den enda orsaken till stress. De icke skadade spelarna kanske skattade en hög stressnivå för att de försöker balansera livet med både skola/arbete, träning och tävling (17). Medan de skadade spelarna inte kan tävla och har därför en bit mindre att få in i livspusslet, vilket kan ha resulterat i en lägre skattning av stressnivå i SISQ. Stress kan däremot ha varit en bidragande faktor till att spelaren skadade sig. Stress-skademodellen som presenterades i bakgrunden tar upp två stresseffekter: ökad muskelspänning och sämre uppmärksamhet. Dessa effekter kan vara bidragande faktorer till en ökad skaderisk (4).

Majoriteten av deltagarna i hela gruppen och i respektive kategori var studerande, vilket skulle kunna vara en indikation på att stressen kan ha berott på bland annat skolan (17). Medelåldern på deltagarna var ungefär 18 år och som tidigare redovisat är yngre idrottare (<18 år) mer sårbara för psykologisk stress jämfört med idrottare över 18 år (18). Oavsett om en person är skadad eller inte kan stressen förvärras för att hen har en historik av mycket stress, dåliga copingstrategier och är generellt sätt en mer stressad person (4), vilket bör hållas i åtanke.

### **5.2.3 Skadeprevention**

Psykologiska faktorer är viktiga i skadeförebyggande syfte (25). Frågan är om det kanske är lika viktigt, om inte viktigare, efter skadan är skedd att implementera mental träning eftersom en skada kan innebära en känsla av identitetsförlust, personligt lidande och en ökad sårbarhet för andra psykologiska reaktioner såsom depression (7, 12, 32, 33). Trots det verkar idrottare inte träna mentalt, varken efter eller före skada. En av de vanligaste orsakerna till att idrottare inte söker hjälp är okunskapen inom området mental hälsa och att det finns ett visst tabu över att be om hjälp. Idrottaren vill ofta inte visa sig "svag" och återigen ska man härda ut oavsett om det är fysisk eller psykisk smärta (25, 47). En ökad kunskap om mental hälsa och att det finns hjälp att få skulle kunna bidra till ett mer öppet klimat kring i ämnet och kanske bidra till att fler som behöver det söker hjälp, men även att man tränar på den mentala hälsan i skadepreventivt syfte.

Trots att rörelse och idrott har hälsofördelar (1, 48) utsätts idrottaren för olika riskfaktorer som kan påverka deras mentala välbefinnande. Tränare och teamet runt idrottaren har möjlighet att upptäcka nedsatt mental välbefinnande i tid och agera (48). Tränaren har även möjlighet att minska stressen hos idrottarna till exempel genom skapa en god lagatmosfär, undvika negativa kommentarer och skapa ett mer prestationsfokuserat klimat istället för att allt ska kretsa kring resultat (14, 15, 16). I en studie av Arvinen-Barrow et.al. tillfrågades olika idrottare om de använde sig av mentala strategier vid rehabilitering. Resultatet visade på att få använde sig av sådana strategier men att många av de som faktiskt gjorde det upplevde att rehabiliteringen gick fortare. Sammanfattningsvis menar författarna att idrottare, tränare och andra som är aktiva runt idrottaren bör utbildas i användning av mentala strategier vid rehabilitering. (49)

#### **5.2.4 Klinisk relevans**

Trots att vårt resultat inte visar på någon större skillnad mellan icke skadade och skadades skattning av stress och mentalt välbefinnande är det viktigt att lyfta och göra spelare och tränare medvetna om att en skada kan påverka det mentala välbefinnandet och stressen (7, 12, 14, 15, 32-34). I preventivt syfte är det också viktigt att vara medveten om att stress och nedsatt mentalt välbefinnande kan påverka skaderisken (4, 15, 22, 23, 25). Förutom evidensbaserad idrottsmedicinsk behandling behöver fysioterapeuten ha ett helhetstänk med både fysiska och mentala aspekter vid rehabilitering av skadade idrottare (41, 42). Det kommer att effektivisera processen och förhoppningsvis generera snabbare återgång till idrotten (46). Vi föreslår fortsatt forskning för att vidare undersöka sambandet mellan mentalt välbefinnande, stress och skada samt skaderisk. Men även fortsatt forskning kring hur rehabilitering med fokus på både mental och fysisk belastning kan underlätta rehabiliteringen. Detta för att minska antalet skador och antalet individer med ett försämrat mentalt välbefinnande, vilket förhoppningsvis resulterar i att fler individer mår bra.

## **6. Konklusion**

Studien kommer fram till att en viss skillnad i mentalt välbefinnande mellan skadade och icke skadade spelare finns, denna skillnad var dock liten. Inte heller någon tydlig skillnad i stressnivå kunde observeras mellan grupperna. En kombination av fysisk och mental stress, och identitetsförlust på grund av frånvaro från träning och match skulle kunna vara möjliga förklaringar till varför de deltagande skadade spelarna kan uppleva ett lägre mentalt välbefinnande. Men även att skadade spelare är mer sårbara för psykologiska reaktioner. Integration av mentala strategier i rehabiliteringsprocessen kan vara nyttigt, och kanske till och med nödvändigt, för snabbare återhämtning och ett bättre upplevt mentalt välbefinnande hos skadade idrottare.



## 7. Referenser

1. Janssen I, Leblanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010; 40.
2. Peluso MA, Guerra de Andrade LH. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics (Sao Paulo).* 2005;60(1):61-70.
3. Murray A. Managing the Training Load in Adolescent Athletes. *Int J Sports Physiol Perform.* 2017;12(2): 242-249.
4. Andersen MB, Williams JM. A model of stress and athletic injury-prediction and prevention. *J Sport Exerc Psychol.* 1988;10(3):294–306.
5. Drew M, Wallis, M, Hughes D. Data dictionary for the National Injury and Illness Database. *AIS Best Practice Handbook.* 2014: 1-9.
6. Åman M, Forssblad M, Larsén K. Incidence and body location of reported acute sport injuries in seven sports using a national insurance database. *Scand J Med Sci Sport.* 2018; 3; sida 1147-1153.
7. Åman M, Forssblad M, Larsén K. National injury prevention measures in team sports should focus on knee, head, and severe upper limb injuries. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy.* 2019: 27 (3); sida 1000-1008.
8. Moller M, Attermann J, Myklebust G, Wedderkopp N. Injury risk in Danish youth and senior elite handball using a new SMS text messages approach. *Br J Sports Med.* 2012; 46: sida 531-537.
9. Frish A, Croisier J-L, Urhausen A, Seil R, Theisen D. Injuries, risk factors and prevention initiatives in youth sport. *British Medical Bulletin.* 2009: 92 (1); sida 95–121.
10. Sutton KM, Bullock JM. Anterior cruciate ligament rupture: differences between males and females. *J Am Acad Orthop Surg.* 2013: 21 (1); sida 41-50.
11. Champain K, Gaetke-Udager K, Leschied J.R, Meyer N.B, Hammer M.R, Denay K.L, Yablon C.M. Injuries of the adolescent girl athlete: a review of imaging findings. *Skeletal Radiology.* 2019: 48 (1); s 77-88.
12. Appaneal RN, Levine BR, Perna FM, Roh JL. Measuring postinjury depression among male and female competitive athletes. *J Sports Exerc Psychol.* 2009; 31(1): 60-76.

13. Arapovic-Johansson B, Wåhlin C, Kwak L, Björklund C, Jensen I. Work-related stress assessed by a text message single-item stress question. *Occupational Medicine* 2017; 67: 601–608.
14. Woodman T, Hardy L. A Case Study of Organizational Stress in Elite Sport. 2010;13(2): 207-238.
15. Rice SM, Purcell R, De Silva S, Mawren D, McGorry PD, Parker AG. The Mental Health of Elite Athletes: A Narrative Systematic Review. *Sports Med.* 2016;46(9):1333-1353.
16. Bruner M, Munroe-Chandler K, Spink K. Entry into Elite Sport: A Preliminary Investigation into the Transition Experiences of Rookie Athletes. *J Appl Sport Psychol.* 2008;20(2):236-252.
17. Noblet A, Gifford S. The Sources of Stress Experienced by Professional Australian Footballers. *J Appl Sport Psychol.* 2007; 14(1): 1-13.
18. Birmaher, B, Brent, D.A., & Benson, R.S. (1998). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1234–1238.
19. Ivarsson A, Johnson U, Andersen MB, Traanaeus U, Stenling A, Lindwall M. Psychosocial Factors and Sport Injuries: Meta-analyses for Prediction and Prevention. *Sports Med.* 2017; 47: 353-356.
20. Williams JM, Andersen MB. Psychosocial antecedents of sport injury: review and critique of the stress and injury model. *J Appl Sport Psychol.* 1998;10(1):5–25.
21. Selzer M.L, Vinokur A. Life events, subjective stress, and traffic accidents. *American Journal of Psychiatry.* 1974; 131: 903-906.
22. Maddison R, Prapavessis H. A psychological approach to the prediction and prevention of athletic injury. *Journal of Sport & Exercise Psychology.* 2005; 27(3): sida 289–310.
23. Smith R.E, Smoll F.L, Ptacek J.T. Conjunctive moderator variables in vulnerability and resiliency research: Life stress, social support and coping skills, and adolescent sport injuries. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1990. 58 (2); sida 360-370.

24. Hardy CJ, Prentice WE, Kirsanoff MT, Richman JM, Rosenfeld LB. Life stress, social support, and athletic injury: In search of relationships. 1987.
25. Saragiotto BT, Di Pierro C, Lopes AD. Risk factors and injury prevention in elite athletes: a descriptive study of the opinions of physical therapists, doctors and trainers. *Braz J Phys Ther.* 2014; 18 (2): sida 137–143.
26. Folkhälsomyndigheten. Därför ökar psykisk ohälsa bland unga [Internet]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2014 [uppdaterad 2018-04-26; citerad 2019-09-10].
27. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009 [Internet]. Västerås: Socialstyrelsen; 2009. [citerad 2019-09-10].
28. Lager A. Psykisk ohälsa hos ungdomar [Internet]. Stockholm: Institutet för framtidsstudier; 2009. *Framtider*; 3.
29. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling: Årsrapport 2018 [Internet]. Folkhälsomyndigheten; 2018. [citerad 2019-09-10].
30. Hughes L, Leavey G. Setting the bar: athletes and vulnerability to mental illness. *BJ Psych.* 2012; 200: 95-96.
31. Cresswell LS, Eklund RC. Athlete Burnout: A Longitudinal Qualitative Study. *The Sport Psychologist.* 2007; 21; sida 1-20.
32. Green SL. Relationships among Athletic Identity, Coping Skills, Social Support, and the Psychological Impact of Injury in Recreational Participants. *J Appl Sport Psychol.* 2001; 13(1): 40–59.
33. Gulliver A, Griffiths KM, Mackinnon A, Batterham PJ, Stanimirovic R. The mental health of Australian elite athletes. *J Sci Med Sport.* 2015; 18(3): 255-261.
34. Reardon, C.L. & Factor, R.M. Sport Psychiatry. *Sports Med* (2010) 40: 961.
35. Anderson S, Waller E. Acceptance and commitment therapy: Att främja hälsa och minska grad av prestationsbaserad självkänsla hos läkarstudenter [examensarbete på internet]. Umeå: Umeå Universitet; 2011. [citerad 2019-09-23].
36. Sconfienza C. Mätning av psykiskt välbefinnande bland ungdomar i Sverige [Internet]. Solna: Arbetslivsinstitutet; 1998. 22. [citerad 2019-09-23].

37. Lesage F-X, Martens-Resende S, Deschamps F, Berjot S. Validation of the General Health Questionnaire (GHQ-12) adapted to a work-related context. *Open Journal of Preventive Medicine*. 2011 (1): sida 44-48.
38. GHQ-12: frågor och scoring. Livheim AB. [citerad 2019-09-23]. Hämtad från: <https://www.fbanken.se/form/227/the-general-health-questionnaire-12>
39. Medicinska forskningsrådet. Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning - Forskningsetisk policy och organisation i Sverige [Internet]. Medicinska forskningsrådets nämnd för forskningsetik. [citerad 2019-09-24]
40. Vetenskapsrådet. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning [Internet]. Vetenskapsrådet: 2002. [citerad 2019-09-24]
41. Snyder A. R, Parsons J. T, Valovich McLeod T. C, Curtis Bay R, Michener L. A, Sauers E. L. Using disablement models and clinical outcomes assessment to enable evidence-based athletic training practice, part I: disablement models. *J Athl Train*. 2008; 43: 428–436.
42. Valovich McLeod T. C, Snyder A. R, Parsons J. T, Curtis Bay R, Michener L. A, Sauers E. L. Using disablement models and clinical outcomes assessment to enable evidence-based athletic training practice, part II: clinical outcomes assessment. *J Athl Train*. 2008; 43: 437–445.
43. Putukian M. The psychological response to injury in student athletes: a narrative review with a focus on mental health. *British Journal of Sports Medicine*. 2015: 15 (3).
44. Leddy M. H, Lambert M. J, Olges B. M. Psychological consequences of athletic injury among high-level competitors. *Res Q Exerc Sport*. 1994: 65 (4); sida 347-354.
45. Houston M. N, Hoch J. M, Van Lunen B. L, Hoch M. C. The Impact of Injury on Health-Related Quality of Life in College Athletes. *J Sport Rehabil*. 2017: 26(5), sida 365-375.
46. McGuine T. A, Winterstein A. P, Carr K, Hetzel S. Changes in Health-Related Quality of Life and Knee Function After Knee Injury in Young Female Athletes. *Orthop J Sports Med*. 2014: 22 (4).

47. Gulliver A, Griffiths M. K, Christensen H. Barriers and facilitators to mental health help-seeking for young elite athletes: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2012.
48. Chang C, Putukian M, Aerni G, Diamond A, Hong G, Ingram Y. Mental health issues and psychological factors in athletes: detection, management, effect on performance and prevention: American Medical Society for Sports Medicine Position Statement—Executive Summary. *British Journal of Sports Medicine*. 2019.
49. Arvinen-Barrow M, Clement D, Hamson-Utley J. J, Zakrajsek R. A, Lee S. M, Kamphoff C, Lintunen T, Hemmings B, Martin S. B. Athletes' use of mental skills during sport injury rehabilitation. *J Sports Rehabil*. 2015; 24 (2); sida 189-197.

## **8. Bilagor**

### **Bilaga 1: Deltagarbrev**

#### **Skillnad i mentalt välbefinnande mellan skadade och icke skadade unga handbollsspelare - En tvärsnittsstudie**

Du tillfrågas att delta i ovanstående studie. Vi heter Elsa Persson och Louise Cronstedt och spelar handboll i OV Helsingborgs damlag och pluggar sista året på fysioterapeutprogrammet på Lund Universitet. För vårt examensarbete har vi valt att kartlägga det mentala välbefinnandet, stressnivån och skadeförekomst hos unga handbollsspelare samt att undersöka om det finns någon skillnad i mentalt välbefinnande och stressnivå mellan skadade och icke skadade spelare.

För att undersöka detta har vi valt att göra en enkätundersökning som vi hoppas att du vill svara på. Enkäten är anonym, det vill säga att ingen insamlad information kommer att kunna kopplas till dig som individ, och tar mellan 5-10 minuter att genomföra. Ditt deltagande är frivilligt och enkäterna kommer enbart användas i vårt examensarbete. Vill du inte delta behöver du inte förklara varför.

Enkäterna kommer hanteras med full konfidentialitet, det vill säga ingen obehörig kommer att ha tillgång till insamlad data. I examensarbetet kommer svaren endast redovisas på gruppnivå i form av tabeller och/eller diagram samt i text, där bland annat ålder och kön kommer presenteras.

Efter godkännande av examensarbetet kommer insamlad data att destrueras, det vill säga förstöras.

Studien ingår som ett examensarbete i fysioterapeutprogrammet.

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

Med vänliga hälsningar

Louise Cronstedt och Elsa Persson

## Bilaga 2



MEDICINSKA FAKULTETEN  
Lunds universitet

### Skillnad i mentalt välbefinnande mellan skadade och icke skadade unga handbollsspelare - En tvärsnittsstudie

Ifylld enkät innebär att du ger ditt samtycke att delta i studie.

Välj *ett* av svarsalternativen

\* = obligatorisk fråga

1. Biologiskt kön \*

Man

Kvinna

2. Ålder \*

‘skrivs’

3. Sysselsättning \*

Skola

Arbete

Arbetslös / Annat

4. Om du valde skola, vilken nivå pluggar du på?

Gymnasie

Högskola / Universitet

Komvux

Idrottsskada definieras som en händelse, under utövande av träning, som resulterar i att idrottaren i längre än 24 timmar blir frånvarande/inte kan delta i träning eller tävling/match som planerat.

5. Har du under det senaste året varit skadad eller är skadad nu? \*

Ja, jag är skadad just nu

Ja, men jag är inte skadad just nu

Nej

Om du svarade ja svara även på fråga 6-8, om inte gå vidare till fråga 9.

6. Om du är skadad just nu: Ungefär hur länge tror du att du sammanlagt kommer vara borta från fullt handbollsdeltagande (den totala tiden du förväntas vara frånvarande)?

Mindre än 1 vecka

Ungefär 1 vecka

Ungefär 2 veckor

Ungefär 3 veckor

Ungefär 1 månad

Mellan 1-3 månader

Mellan 4-6 månader

Mer än 6 månader



7. Om du tidigare varit skadad: Hur länge var du frånvarande från fullt handbollsdeltagande?

Mindre än 1 vecka

Ungefär 1 vecka

Ungefär 2 veckor

Ungefär 3 veckor

Ungefär 1 månad

Mellan 1-3 månader

Mellan 4-6 månader

Mer än 6 månader

8. Har du haft smärta/symtom som inte förhindrat dig helt från att träna/tävla, men som påverkat din prestationsförmåga under träning och/eller match det senaste året?

Ja, just nu

Ja, tidigare

Nej

Kryssa i det svarsalternativ som stämmer in bäst på dig

9. Med stress menas en situation då man känner sig spänd, rastlös, nervös eller orolig. Har du känt dig stressad de senaste 2 veckorna? \*

Inte alls

Bara lite

I viss mån

Ganska mycket

Väldigt mycket

## GHQ-12

Här följer några frågor om ditt allmänna hälsotillstånd och välbefinnande. Vi skulle vilja veta hur din allmänna hälsa och ditt välbefinnande har varit de senaste veckorna. Tänk tillbaka på de senaste 2 veckorna och välj det svarsalternativ som stämmer in bäst på dig.

10. Jag kan koncentrera mig på det jag gör \*

Stämmer helt

Stämmer bra

Stämmer delvis

Stämmer inte alls

11. Jag har svårt att sova pga problem och svårigheter \*

Stämmer helt

Stämmer bra

Stämmer delvis

Stämmer inte alls

12. Jag känner att jag spelar en betydelsefull roll för andra \*

Stämmer helt

Stämmer bra

Stämmer delvis

Stämmer inte alls

13. Jag känner mig kapabel att fatta beslut \*

Stämmer helt

Stämmer bra

Stämmer delvis

Stämmer inte alls

14. Jag känner mig pressad \*

Stämmer helt

Stämmer bra

Stämmer delvis

Stämmer inte alls

15. Jag kan inte klara av de dagliga problemen \*

Stämmer helt

Stämmer bra

Stämmer delvis

Stämmer inte alls

16. Jag uppskattar det positiva i tillvaron \*

Stämmer helt

Stämmer bra

Stämmer delvis

Stämmer inte alls

17. Jag kan ta itu med svårigheter \*

Stämmer helt

Stämmer bra

Stämmer delvis

Stämmer inte alls

18. Jag känner mig nedstämd \*

Stämmer helt

Stämmer bra

Stämmer delvis

Stämmer inte alls

19. Jag känner att mitt självförtroende de senaste 2 veckorna har varit sämre än tidigare \*

Stämmer helt

Stämmer bra

Stämmer delvis

Stämmer inte alls

20. Jag tänker på mig själv som en betydelselös person \*

Stämmer helt

Stämmer bra

Stämmer delvis

Stämmer inte alls

21. Jag känner mig ganska lycklig på det hela taget \*

Stämmer helt

Stämmer bra

Stämmer delvis

Stämmer inte alls

Tack för din medverkan!

Har du frågor eller funderingar kan du kontakta oss eller vår handledare.

Louise Cronstedt

[lo6745cr-s@student.lu.se](mailto:lo6745cr-s@student.lu.se)

Elsa Persson

[el4848pe-s@student.lu.se](mailto:el4848pe-s@student.lu.se)

Handledare:

Frida Eek

Docent, Leg. Sjukgymnast

0736-744834

[frida.eek@med.lu.se](mailto:frida.eek@med.lu.se)