



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**

**INSTITUTIONEN FÖR NEUROVETENSKAP OCH  
FYSIOLOGI ARBETSTERAPI**

# **HUR ARBETSTERAPEUTISKA INTERVENTIONER MED BAS I REDO™ PÅVERKAR SYMPTOM VID STRESSRELATERAD OHÄLSA**

– en kvantitativ studie

**Författare Sara Olsen, Angelica Larsson**

---

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbets terapeutprogrammet
Kurs	ARB341 Självtändigt arbete inom arbets terapi
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2019
Handledare:	Susanne Gustafsson, Docent i arbets terapi, specialist arbets terapeut
Examinator:	Lisbeth Claesson, Med. Dr., leg. arbets terapeut

# Sammanfattning

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbets terapeutprogrammet 180 hp
Kurs:	ARB341 Självständigt arbete i arbetsterapi
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2019
Handledare:	Susanne Gustafsson, Docent i arbetsterapi, specialist arbetsterapeut
Examinator:	Lisbeth Claesson, Med. Dr., leg. arbetsterapeut

---

Bakgrund	Allt fler i Sverige drabbas av ohälsa orsakad av stress. Det finns många olika orsaker till att uppleva stress i livet, det kan bero på faktorer såsom att drabbas av förlust, traumatiska upplevelser, ekonomisk osäkerhet, ohälsa, brist på socialt stöd ensamhet, känslor av otillräcklighet och höga prestationskrav. Förekomsten och ökningen av stressrelaterad ohälsa samt dess påverkan på vardagens aktiviteter gör problematiken till ett angeläget område för arbetsterapeutiska interventioner. Att utveckla och utvärdera arbetsterapeutisk rehabilitering vid stressrelaterad ohälsa är därför av stor vikt.
Syfte	Studiens syfte är att undersöka deltagarnas självskattade stressrelaterade symptom före och efter stressrehabilitering genom individuell arbetsterapeutisk stressrehabilitering med bas i ReDo.
Metod	En kvantitativ retrospektiv studie där en enkät baserad på Stress and Crisis Inventory-93 har använts. 127 deltagare har skattat sina stressrelaterade symptom före och efter stressrehabilitering. Data har sedan analyserats genom Wilcoxon rangsummetest, Chi-två test och Parat T-test.
Resultat	Analyserna visar att det finns signifikanta skillnader mellan hur deltagarna skattar sina stresssymptom före- respektive efter avslutad stressrehabilitering och det går dessutom att påvisa att samtliga av stressrelaterade symptomen har minskat efter avslutad stressrehabilitering. En signifikant skillnad påvisas även för slutsumman av Stress and Crisis Inventory-93.
Slutsats	Studiens entydigt goda resultat tyder på att stressrehabilitering med bas i ReDo har god effekt på deltagarnas stresssymptom vilket indikerar att denna metod är lovande att använda vid rehabilitering av stressrelaterade symptom. Framtida studier skulle vara av intresse för även ha möjlighet att utvärdera demografiska faktorer i förhållande till stressrehabilitering med bas i ReDo.

## Abstract

Thesis:	15 hp
Program:	Occupational Therapy program 180 hp
Course:	ARB341 Bachelor thesis in Occupational therapy
Level:	First cycle
Semester/year:	ST 2019
Supervisor:	Susanne Gustafsson, Ass. Professor, Reg. occupational therapist, Specialist in occupational therapy
Examiner:	Lisbeth Claesson, Ass. Professor, Reg. occupational therapist
Keywords:	Stress-related symptoms, Every day balance, Occupational therapy rehabilitation, the Redesigning Daily Occupations Program (ReDo), Survey

---

Background	More and more people in Sweden are suffering from illness caused by stress. There are many different reasons for experiencing stress in life, it may be due to factors such as suffering from loss, traumatic experiences, financial uncertainty, ill health, lack of social support, loneliness, feelings of insufficiency and high performance requirements. The occurrence and increase of stress-related disorder and its impact on everyday activities make the problem an important area for occupational therapeutic interventions. Developing and evaluating occupational therapeutic intervention in stress-related disorder is therefore of great importance.
Aim	The aim of the study is to examine the participants' self-estimated stress symptoms before and after stress rehabilitation with individual occupational therapeutic intervention based on ReDo.
Method	A quantitative retrospective study based on Stress and Crisis Inventory-93 survey. 127 participants have estimated their stressrelated symptoms before and after stress rehabilitation based on ReDo. The data has then been analyzed by Wilcoxon Signed Rank Test, Chi-square test and Paired T-test.
Result	The analyzes show that there are significant differences between how the participants estimate their stress related symptoms before and after stress rehabilitation, and it is also possible to demonstrate that all of the stress symptoms have decreased after completion of stress rehabilitation. A significant difference is also shown for the total of Stress and Crisis Inventory-93.
Conclusion	The good results of this study indicate that stress rehabilitation with base on ReDo has a good effect on the participants' stress symptoms, which indicates that this method is promising to use in the rehabilitation of stress-related symptoms. Future studies could be of interest to also be able to evaluate demographic factors in relation to stress rehabilitation with a base in ReDo.

# Innehållsförteckning

<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>4</b>
Frågeställningar .....	4
<b>Metod</b> .....	<b>4</b>
Design .....	4
Urval .....	4
Procedur .....	4
Material .....	4
Analys .....	5
<b>Resultat</b> .....	<b>6</b>
Deltagare .....	6
Bortfall .....	6
Deltagarnas skattning av stressymptom före stressrehabilitering.....	6
Deltagarnas skattning av stressymptom efter stressrehabilitering.....	7
Stressrehabiliteringens effekt på deltagarnas skattade stressymptom .....	9
Förändring av deltagarnas totala poäng vid jämförelse före och efter stressrehabilitering .....	13
<b>Diskussion</b> .....	<b>16</b>
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion .....	17
<b>Slutsats</b> .....	<b>20</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>21</b>
<b>Bilagor</b> .....	
Bilaga 1 Innehåll individuell stresshantering	
Bilaga 2 Stress and crisis inventory -93	

## Bakgrund

Allt fler människor i Sverige drabbas idag av ohälsa på grund av stress. Stressrelaterad ohälsa är en av de främsta anledningarna till de växande sjukskrivningstalen i Sverige idag. Statistik från Folkhälsomyndigheten 2018 visar att 16 % av befolkningen mellan 16-84 år kände sig stressade eller mycket stressade, siffrorna innebär en ökning på 6 % sedan 2016 då förra mätningen gjordes (1). Enligt Försäkringskassan är anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress den vanligaste psykiatriska diagnos som ställdes under 2015 (2). Den utgjorde 49 % av alla påbörjade sjukdomsfall med psykiatrisk karaktär rapporterade under 2015 och var den diagnos som ökade mest under perioden 2010-2015, en ökning med 119 %. Diagnosen anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress är en sammanfattande diagnos som innefattar diagnoserna anpassningsstörning, akut stressreaktion till följd av traumatiska livshändelser, posttraumatiskt stressyndrom och utmattningssyndrom (2). Förekomsten och ökningen av stressrelaterad ohälsa i samhället samt dess påverkan på vardagens aktiviteter gör problematiken till ett angeläget område för arbetsterapeutiska interventioner som innefattar ett brett register av stödjande åtgärder för att främja balans i livet och för att få vardagen att fungera (3). Att utveckla och utvärdera arbetsterapeutisk intervention vid stressrelaterad ohälsa är därför av stor vikt. Föreliggande studie avser att bidra till kunskapsutvecklingen genom att undersöka om en individuell arbetsterapeutisk intervention har effekt på stressrelaterade symtom.

Stress är ett begrepp som är vanligt förekommande i många olika situationer och sammanhang. Ordets innebörd kan sägas vara upplevelser av situationer som ger frustration, tidspress och känsla av maktlöshet över en specifik situation eller händelse (4). Definitionen av begreppet stress är inte helt klarlagt, det används ofta för att ställa en diagnos för olika symtom men många gånger behöver begreppet stress användas tillsammans med andra begrepp såsom "utmattad" eller "utbränd", för att klargöra vad som avses (5). Det finns många olika orsaker till att uppleva stress i livet, det kan bero på yttre faktorer såsom att drabbas av förlust, traumatiska upplevelser, ekonomisk osäkerhet, ohälsa, brist på socialt stöd och att vistas i stökiga miljöer. Stress kan också orsakas av inre faktorer, de kan vara känslor av ensamhet, känslor av otillräcklighet och höga prestationskrav (4).

Upplevelse av stress kan ses som en naturlig reaktion vid faror, hot eller andra påfrestningar och det behöver inte vara något negativt med att ibland känna sig stressad (8). Vid en stressreaktion aktiveras hjärnan och kroppens nervsystem triggas igång vilket medför förstärkt vaksamhet och medvetenhet vilket kan vara till nytta för att öka prestationsförmågan och klara av svåra utmaningar i livet (3). Det är när stressen blir långvarig och det inte ges någon möjlighet till återhämtning som stressen kan leda till ohälsa (9). Stress utlöser ett flertal kroppsliga reaktioner med syfte att öka kroppens energitillgång, blodet pumpas snabbare, muskler blir spända, stresshormonet kortisol utsöndras i kroppen, ett flertal organ går ner på sparlåga och blodet blir mer trögflytande (9). När det sympatiska nervsystemet triggas medför detta att kortisol, noradrenalin och adrenalin frisätts i kroppen vilket påverkar binjurarna negativt. Det sympatiska nervsystemet är en del av det autonoma nervsystemet och vid stress påverkas de funktioner i kroppen som vi inte kan styra med automatik såsom blodtryck, andning, puls och matsmältning (9). Även hypotalamus aktiveras och detta påverkar kroppens ämnesomsättning, sömn, blodtryck och kroppstemperatur (3). Det parasympatiska nervsystemet är också en del av det autonoma nervsystemet och fungerar som en motvikt till det sympatiska nervsystemet. När det parasympatiska nervsystemet triggas går kroppen ner på sparlåga, pulsen och blodtrycket går ner, matsmältningen ökar och andningsfrekvensen minskar (9). Dessa två nervsystem samspekar och det är viktigt att det finns en balans mellan dessa för att undvika att drabbas av stresssymtom (9). Stresssymtom kan delas upp i fysiska

och kognitiva symptom. Till de fysiska symptomen hör bland annat huvudvärk, trötthet, yrsel, tryck över bröstet, svårt att andas, darrningar och skakningar, sömnstörningar, muskel- och ledvärk samt mag- och tarmproblem. Till de kognitiva stresssymptomen hör minnesproblematik, koncentrationssvårigheter, oro, ångest, nedstämdhet och depression (8). Vid stressrelaterad ohälsa ses risken för hjärt- och kärlsjukdomar öka (4). Långtidseffekten av stressrelaterad ohälsa är trötthet som inte går att sova bort, denna trötthet leder till känslomässigt instabilitet och en vilja att dra sig undan andra människor (5). Detta gör att individen inte kan fullgöra sina roller så att de stämmer med ens egna och andras förväntningar (10). Att drabbas av stressrelaterad ohälsa kan leda till problem att utföra och ha kvar tidigare roller som till exempel förälder, partner, arbetskamrat och vän. Enligt forskning är brist på roller skadligt och kan leda till brist på identitet och självkänsla (10).

Stress som en del i ohälsa kan inom arbetsterapi förklaras ur ett aktivitetsperspektiv. Att ha för många aktiviteter eller för få aktiviteter och att ha för mycket att göra på kort tid kan enligt Wilcock (6) skapa aktivitetsobalans som ger problem med aktivitetsutförande och skapar ohälsa. Aktivitetsbalans är ett centralt begrepp inom arbetsterapi och innebär att uppleva sig ha ett lagom antal aktiviteter i vardagen och att ha en bra variation som fördelar sig mellan olika aktivitetskategorier (3). Att inte uppleva detta skapar aktivitetsobalans.

Personer som drabbas av stressrelaterad ohälsa beskriver ofta att de inte längre kan utföra de aktiviteter som de tidigare utfört, de orkar inte längre umgås i sociala sammanhang och inte heller fortsätta med aktiviteter som tidigare upplevts som lustfyllda och meningsfulla (7). Kielhofner (10) beskriver i the Model of Human Occupation (MoHO) det komplexa samspelet mellan person, miljö och aktivitet och hur de påverkar människors delaktighet i aktivitet när det kommer till aktivitetsanpassning, aktivitetsidentitet och aktivitetskompetens. Begreppet aktivitetsanpassning innebär att personen har uppnått aktivitetskompetens i de aktiviteter som finns i den egna miljökontexten och har en positiv aktivitetsidentitet. Aktivitetsidentitet är den uppfattning som personen har om sig själv och önskan om att vara när det kommer till att vara delaktig i aktivitet. Aktivitetskompetens skapas genom att vara delaktig i aktivitet, begreppet definieras av hur aktivitetsmönstret upprätthålls och speglar individens aktivitetsidentitet (10). Vid stressrelaterad ohälsa kan det uppstå hot mot en persons aktivitetsanpassning, då kan det komma att krävas en omstrukturering av aktivitetsidentiteten och aktivitetskompetensen. Att drabbas av stressrelaterad ohälsa kan leda till svårigheter att utföra aktiviteter och de dagliga aktiviteter som tidigare gått på rutin kan upplevas som ansträngande att utföra. Enligt MoHO (10) påverkas en persons aktivitetsutförande av tre komponenter. Kielhofner (10) beskriver begreppet utförandekapacitet som förmågan att utföra aktiviteter baserat på personens objektiva fysiska och mentala faktorer och personens subjektiva upplevelse. Viljekraft handlar om motivationen till aktivitet och vanebildning om halvautonoma beteendemönster som styrs av roller och vanor (10). Vid stressrelaterad ohälsa kan dessa tre komponenter påverkas negativt vilket kan leda nedsatt aktivitetsutförande.

Inom sjukvården idag erbjuds många olika rehabiliteringsåtgärder till personer med stressrelaterad ohälsa. Tidigare gjorda studier (11,12,13) visar bland annat på att rehabilitering där fysisk aktivitet ingår såsom regelbunden träning ger en positiv effekt och också hjälper till att förebygga stressrelaterad ohälsa. Eriksson et al. (14) beskriver i sin studie om mindfulness påverkan vid stressrehabilitering och hur den hjälper deltagaren att få kontroll i sitt vardagsliv. I samma studie beskrivs även innebörden i att känna igen sina stressrelaterade symptom för att kunna ändra sin inställning till dem och ändra sitt aktivitetsutförande och lägga till aktiviteter som ger glädje i vardagen.

I den stressrehabilitering som ligger till grund för föreliggande studie har en legitimerad arbetsterapeut vid en av Närhälsans Rehamottagningar i Västsverige använt sig av the Redesigning Daily Occupations vardagsrevidering (ReDO) (3) som en bas för den arbetsterapeutiska behandlingen. ReDO är ett gruppbehandlingsprogram som syftar till att ge personer med behov av stöd hjälp för att förändra och återställa sin balans i vardagen. Metoden är från början framtagen för målgruppen långtidssjukskrivna kvinnor med stressproblematik och lättare psykisk ohälsa. Arbetsterapeuten i föreliggande studie har anpassat programmet genom att utföra interventionen på individuell basis men har utgått från ReDO i de olika stegen i rehabiliteringen. Rehabiliteringens olika steg handlar om att identifiera problemområden när det kommer till aktivitetsfördelning i vardagen, aktiviteternas värde och meningsfullhet, utvärdering av roller, fysisk aktivitet, mindfulness, avslappning och att omstrukturera aktivitetsmönster (bilaga 1). Arbetsterapeuten följer en tydlig struktur under var och ett av dessa möten. Under rehabiliteringsperioden får deltagarna träffa arbetsterapeuten vid fem tillfällen, varje möte pågår en timma. ReDO bygger på forskning om att alla aktiviteter som utförs, och fördelningen av dessa under dygnets timmar, har påverkan på personens välmående (3). Genom att arbeta rehabiliterande med bas i ReDO vill arbetsterapeuten på Närhälsans Rehamottagning ge deltagaren verktyg till att själv kunna analysera och åtgärda problem i sin vardagssituation. Till hjälp att kartlägga deltagarnas stresssymptom och för att göra en uppföljning används självskattningsinstrumentet Stress and Crisis Inventory 93 (SCI-93) (15) (Bilaga 2). SCI-93 bygger på enkäter där deltagarna får skatta sin upplevelse av 35 olika stresssymptom på en skala i fem nivåer. Den teoretiska modell som ligger till grund för ReDO är the Value and Meaning in Occupations (ValMo-modellen) (16). Enligt ValMo-modellen kan man kategorisera sina dagliga aktiviteter enligt följande: skötselaktiviteter som innebär att underhålla sina dagliga rutiner vad det gäller omsorg; arbetsaktiviteter som innefattar arbete och studier; lekaktiviteter som handlar om intressen och att utföra meningsfulla aktiviteter och rekreativa aktiviteter som innebär att inneha förmågan att vara här och nu och uppleva flow. Inom ValMo ser man till värdet i aktiviteten. Genom modellen resoneras kring vad som skapar ohälsa respektive god hälsa, modellen lyfter begreppet aktivitetsbalans som högst relevant för att skapa en hållbar vardagssituation (16). Erlandsson (17) skriver om hur människor som upplever obalans i sin vardagssituation behöver professionell hjälp för att få eller återfå rutiner och balans i det dagliga livet. Arbetsterapeuten kan med sin unika kompetens inom aktivitet och aktivitetsbalans ge deltagaren förutsättningar att skapa struktur i sin vardag och därmed förebygga och rehabilitera stressrelaterad ohälsa.

Då symptomen vid stressrelaterad ohälsa är många och påverkar individens livskvalitet i hög grad är det av stor betydelse att få ökad kunskap kring hur rehabiliterande insatser påverkar stresssymptomen. Arbetsterapeuter arbetar ofta med stressrehabilitering och det finns inom yrkeskåren kunskap om den effekt som arbetsterapeutisk rehabilitering har på återhämtningsprocessen vid stressrelaterad ohälsa (3), dock saknas det studier kring stressrehabiliteringens effekt på stresssymptomen. Efter att ha identifierat dessa kunskapsgap anses det relevant att genomföra föreliggande studie för att undersöka hur stresssymptomen påverkas efter individuell stressrehabilitering med arbetsterapeutisk intervention baserad i ReDO.

## Syfte

Studiens syfte var att undersöka deltagarnas självskattade stressymptom före och efter stressrehabilitering genom individuell arbetsterapeutisk intervention med bas i ReDO.

Frågeställningar:

- Hur skattar deltagarna stressymptomen före respektive efter stressrehabilitering?
- Vilken betydelse har stressrehabiliteringen haft på deltagarnas skattade stressymptom?
- Vilken förändring har skett av den totala poängen hos deltagarna enligt SCI-93 vid jämförelse före och efter stressrehabilitering?

## Metod

### Design

För att svara på syftet och besvara frågeställningarna valdes en kvantitativ ansats. Detta är lämpligt då data ska kartläggas, jämföras och analyseras. Studien är retrospektiv (18) och bygger på redan ifyllda enkäter som inhämtats från en av Närhälsans Rehabmottagningar i Västsverige. Enkätens frågor bygger på skattningsskalan the Stress and Crisis Inventory 93 (SCI-93) (15) (Bilaga 2).

### Urval

Under en period av tre år, 2015-2017, har arbetsterapeuten på en av Närhälsans Rehabmottagningar i Västsverige arbetat med stressrehabilitering baserad på ReDo. Under denna period har totalt 132 deltagare fått fylla i enkäten både före och efter stressrehabiliteringen. Samtliga insamlade enkäter inkluderades i föreliggande studie. Deltagarna har inkluderats konsekutivt i den arbetsterapeutiska interventionen. Då stressrehabiliteringen som ligger till grund för studien har pågått under en begränsad tid och varit likvärdig utan förändringar under åren som den pågått ansåg författarna att det vara relevant att inkludera samtliga enkäter för att ge ett rättvisande resultat. Ingen demografisk data har ingått i enkäten varför någon sådan inte har kunnat inkluderas i föreliggande studie.

### Procedur

Deltagarna har efter samtycke fått fylla i en SCI-93 enkät före påbörjad stressrehabilitering samt två månader efter avslutad rehabilitering. Samma arbetsterapeut som ansvarade för stressrehabiliteringen ansvarade även för datainsamlingen. De insamlade enkäterna har därefter förvarats på aktuell Rehabmottagning. Författarna har varit i kontakt med ansvarig arbetsterapeut för stressrehabiliteringen och fått ta del av enkäterna. Utifrån den ansvarigas önskan och enkätens utformning har författarna planerat och genomfört studien. Insamlad data från enkäterna har registrerats i dataprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (IBM SPSS Statistics version 24,2016) (19).

### Material

Materialet består av 254 enkäter, 127 före och 127 efter stressrehabiliteringen, insamlade på en av Närhälsans Rehabmottagningar i Västsverige, (bilaga 1). Enkäter bygger på SCI-93 och innehåller 35 olika stressymptom som deltagaren skattar utifrån sin upplevelse. Skattningen av stressymptomen räknas därefter ihop till ett samlat poängresultat. Frågorna svarar på hur deltagarna skattar sina stressrelaterade symptom på en femgradig skala med svarsalternativen "Inte alls" (nivå 0), "Lite grann" (nivå 1), "Måttligt" (nivå 2), "Ganska mycket" (nivå 3) och



“Väldigt mycket” (nivå 4). Den totala poängen på SCI-93 kan variera mellan 0-140 där lågt värde indikerar ingen eller liten stressnivå och höga värden indikerar hög stressnivå. Utifrån det sammanräknade resultatet kan sedan utläsas vilka poäng deltagarna har och då utmäta grad och art av autonom dysfunktion. Autonom dysfunktion yttrar sig enligt SCI-93 i fysiska, motoriska och psykiska besvär till följd av en kris-/stressreaktion, exempel på dessa är muskelvärk, sömnsvårigheter, huvudvärk, hjärtklappning, sämre minne och nedsatt koncentration. Nedan anges poängskala enligt SCI-93.

- Ingen dysfunktion <25 poäng är förenlig med normal stressreaktion.
- Stressnivå 26-50 poäng medför en viss begränsning av förmåga.
- Stressnivå 51-75 poäng betydande begränsning av förmåga.
- Stressnivå 76-100 poäng medför stor begränsning av förmåga.
- Vid stressnivå 101-140 poäng medför en mycket stor begränsning av förmåga.

SCI-93 är utvecklad av de svenska psykiatrerna Curt Nyström, Leg läkare, Med dr, Specialist i allmänpsykiatri och Orvar Nyström, Leg läkare, Specialist i invärtesmedicin och reumatologi. Instrumentet används av olika professioner såsom psykiater, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och läkare (15). Som helhet innehåller SCI-93 sex olika områden för att kartlägga stress- och/eller krisreaktionens totala påverkan på individen, dessa områden är autonoma symptom; sjukdom; hälsa, funktion och förmåga; arbete; sjuk -aktivitetsersättning och belastande händelser/perioder (15). Enkäten i denna studie innefattar det första området, autonoma symptom. Instrumentet kartlägger förekomst och svårighetsgrad på dysfunktionell stressreaktion, autonom dysfunktion, och är till hjälp för bedöma vilka fortsatta behandlingsåtgärder som ska sättas in (15).

## Analys

För analys av data användes Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (IBM SPSS Statistics version 24, 2016) (19). Data som analyserades i studien var i form av ordinaldata. Sammanställd data redovisas både med deskriptiv- och analytisk statistik. Analys har genomförts genom att sammanställa all insamlad data till diagram som visar procentuell fördelning över svaren för varje enskilt stresssymptom. Vidare analyser har skett på så kallat complete cases som är ett sätt att hantera saknade svarsvärden, där deltagare som missat att fylla i ett svarsalternativ på enkäten exkluderas. Totalt exkluderades 27 deltagare vilket innebar att 100 deltagare ingick vid complete cases.

Skattning av stresssymptom har jämförts före respektive efter stressrehabilitering med Wilcoxon rangsummetest (20). För att tydliggöra resultatet och utföra en sensitivetsanalys gjordes en dikotomisering av svarsalternativen till “Inte alls” (nivå 0) och “Påverkat” (nivå 1-4). Ett Chi-två test (20) utfördes därefter på dikotomiserade värden för att beräkna signifikantnivån. För att undersöka om det fanns skillnad på resultat beroende på om analysen utfördes på complete cases eller imputerad data jämfördes deltagarnas totala poäng i ett Parat T-test. (20). Vid imputerad data har saknade värden ersatts med ett medelvärde för varje stresssymptom. Signifikansgräns bestämdes till  $p \leq 0,05$ .

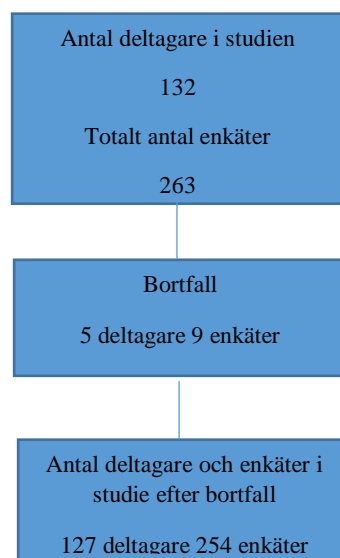
## Resultat

### Deltagare

Deltagarna i studien är män och kvinnor mellan åldrarna 18-65 år. Samtliga deltagare har genomgått stressrehabilitering med bas i ReDO på en av Närhälsans Rehabmottagningar i Västsverige.

### Bortfall

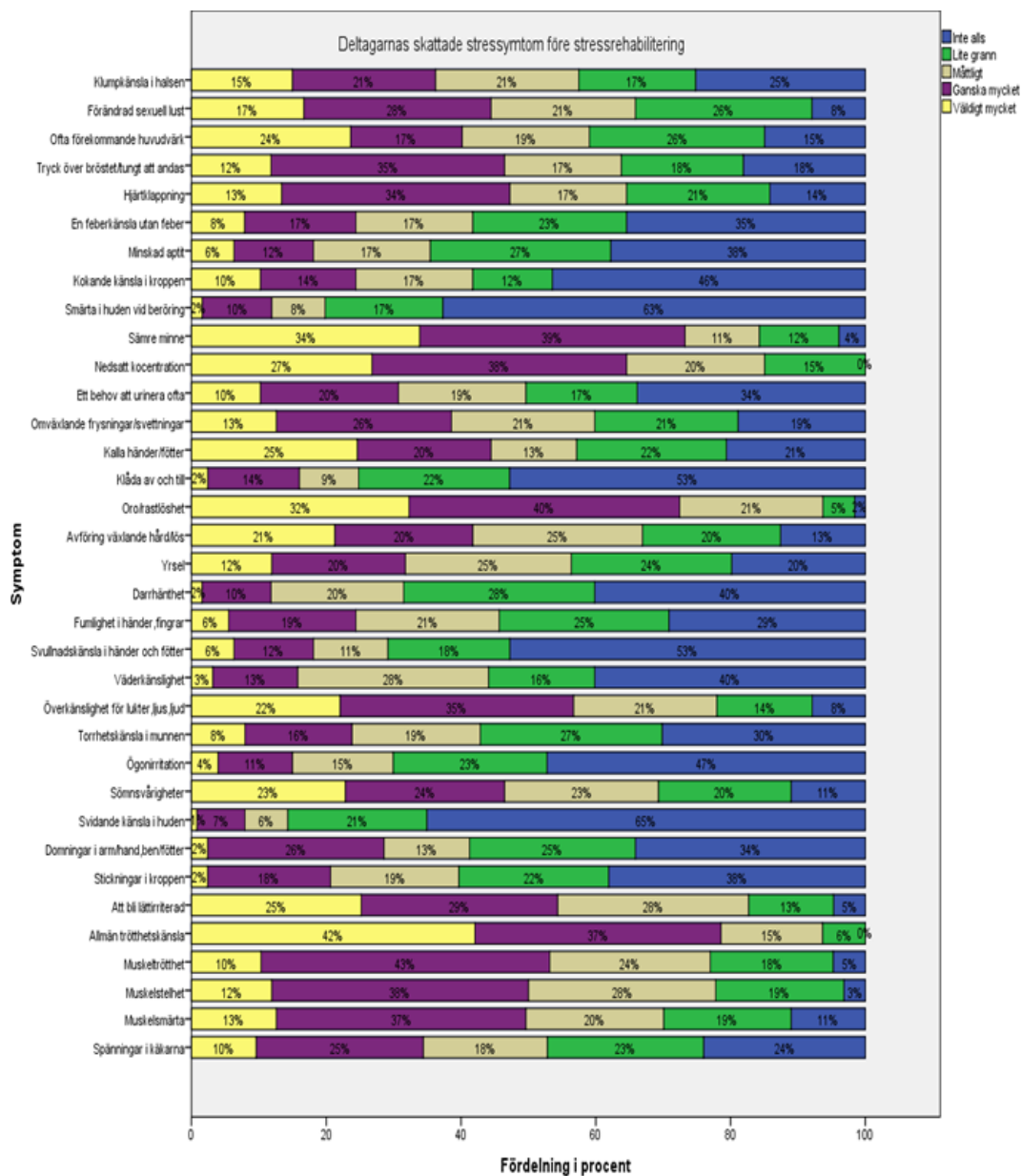
Totalt antal insamlade enkäter var 263 varav underlaget till föreliggande studie utgörs av 254 enkäter. I studien består det externa bortfallet av totalt nio enkäter, åtta av dem exkluderades då det inte gick att utläsa vilken av enkäterna som avsågs gälla före respektive efter avslutad stressrehabilitering. En enkät exkluderades på grund av att enkäten för uppföljning av stressrehabilitering saknades. Internt bortfall presenteras i anslutning till varje analys.



**Figur 1.** Flödesschema över studiens bortfall av deltagare och enkäter.

### Deltagarnas självskattade stresssymptom före stressrehabilitering

Allmän trötthetskänsla var det symptom som deltagarna skattade högst före stressrehabiliteringen, där 79 % av deltagarna skattade att de upplevde "Ganska mycket" eller "Väldigt mycket" besvär. Andra högt skattade stresssymptom var sämre minne (73 %), oro/rastlöshet (72 %) och nedsatt koncentration (65 %). Att uppleva överkänslighet för ljud, ljus och lukter skattade 57 % av deltagarna som "Ganska mycket" eller "Väldigt mycket". Samtliga deltagare hade skattat nedsatt koncentration och allmän trötthetskänsla till nivå 1-4, det vill säga "Lite grann" till "Väldigt mycket". Muskulära stresssymptom såsom muskeltrötthet skattade 53 % av deltagarna att de upplevde "Ganska mycket" eller "Väldigt mycket" besvär av, muskelsmärta och muskelstelhet upplevde 50 % av deltagarna som "Ganska mycket" eller "Väldigt mycket" besvärande. Svidande känsla i huden var det stresssymptom som deltagarna skattade lägst, 65 % uppgav att de "Inte alls" upplevde några besvär. Andra stresssymptom som deltagarna skattade till "Inte alls" var smärta i huden vid beröring (63 %), klåda av och till (53 %) och svullnadskänsla i händer och fötter (53 %) samt ögonirritation (47 %) (Figur 2).

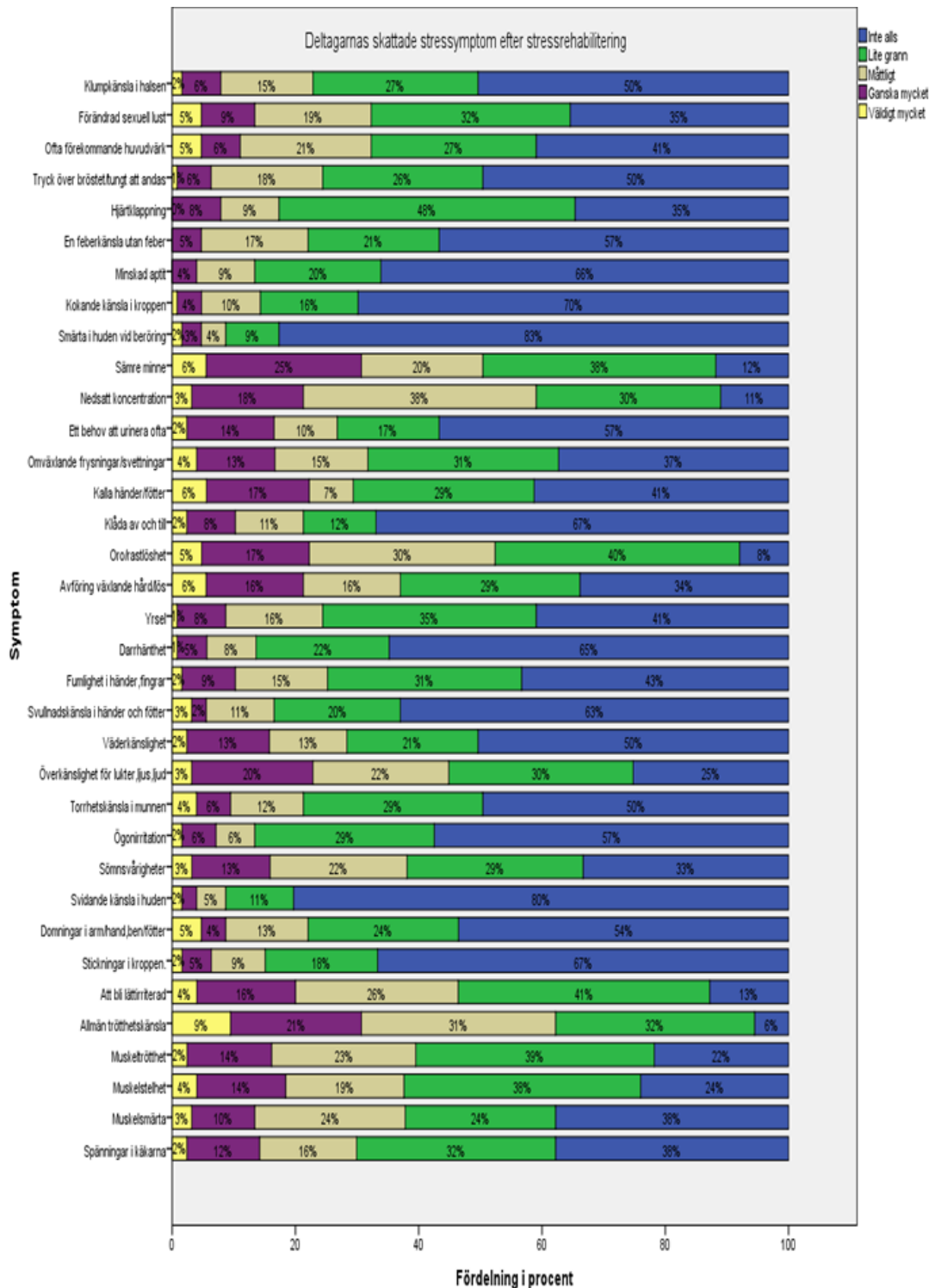


**Figur 2.** Översikt över hur deltagarna n=127 har skattat sina upplevda stresssymptom före stressrehabilitering. Ej kompletta enkätsvar vid följande symptom: spänningar i käken n=125, muskelstelhet n=126, muskeltrötthet n=126, trötthetskänsla n=126, stickningar i kroppen n= 126, domningar i arm/hand/ben/fötter n=126, svidande känsla i huden n=126, torrhetskänsla i munnen n=126, yrsel n=126, klåda av och till n=125, kalla händer och fötter n=126, smärta i huden vid beröring n=126, förändrad sexuell lust n=126.

## Deltagarnas skattade stresssymptom efter stressrehabilitering

Sämre minne var det stresssymptom som skattades högst av deltagarna efter stressrehabiliteringen där 31 % upplevde “Ganska mycket” eller “Väldigt mycket” besvär. Andra symptom som skattades högst var allmän trötthetskänsla (30 %), överkänslighet för lukter, ljus och ljud (23 %) och kalla händer/fötter (23 %), oro/rastlöshet (22 %) och avföring växlande hård/lös (22 %). Muskulära symptom såsom muskelstelhet skattades med 18 %,

muskeltrötthet 16 %, och muskelsmärta 13 % på svarsalternativen “Ganska mycket” och “Väldigt mycket”. Smärta i huden vid beröring var det symptom som skattades lägst med 83 % som “Inte alls” upplevde några besvär. Svidande känsla i huden hade 80 % skattat som “Inte alls”, kokande känsla i kroppen 70 % och klåda av och till 67 % (Figur 3).



**Figur 3.** Översikt över hur deltagarna n=127 har skattat sina upplevda stresssymptom efter stressrehabilitering. Ej kompletta enkätsvar vid följande symptom muskelstelhet n=125, muskeltrötthet n=125, lättirriterad n=125, stickningar i kroppen n=126, sömnsvårigheter n=126, darrhänthet n=125, oro/rastlöshet n=126, kalla händer/fötter n=126, omväxlande frysningar/svetningar n=126, kokande känsla i kroppen n=126.

En jämförelse av de stressymptom som deltagarna skattat högst före stressrehabiliteringen med hur dessa skattats efter stressrehabiliteringen visar på en markant skillnad. Allmän trötthetskänsla som 79 % av deltagarna skattat till “Ganska mycket” eller “Väldigt mycket” före stressrehabiliteringen är det till 30 % som skattat på “Ganska mycket” och “Väldigt mycket” efter rehabiliteringen. Samma jämförelse före och efter stressrehabiliteringen ser ut som följer: Sämre minne 73 % före och 31 % efter, oro/rastlöshet 72 % före och 22 % efter, nedsatt koncentration 65 % före och 21 % efter, överkänslighet för ljud, ljus och lukter 57 % före och 23 % efter. Även muskelrelaterade besvär visar på skillnad i resultat med muskelstelhet 50 % före och 18 % efter, muskelsmärta 50 % före och 13 % efter, muskeltrötthet 53 % före och 13 % efter.

### Stressrehabiliteringens effekt på deltagarnas skattade stressymptom

Wilcoxon rangsummetest visar median före och efter stressrehabiliteringen och hur många av deltagarna som fått högre (ranks +), lägre (ranks -) och oförändrad (ties) skattning på varje stressymptom. Resultatet visar att 34 av de 35 stressymptomen har en förändring som kan statistiskt säkerställas. Stressymptomet Klåda av och till har ett P-värde på 0,052 vilket innebär att värdet överstiger signifikansnivån (Tabell 1).

**Tabell 1.** Översikt över resultat efter genomfört Wilcoxon Signed Ranks Test på deltagarnas complete cases (n=100) skattade stressymptom.

Stressymptom	Median före	Median efter	Ranks -	Ranks +	Ties	P-värde
Spänningar i käkarna	1	1	46	15	39	0,00*
Muskelsmärta	2	1	68	10	22	0,00*
Muskelstelhet	2	1	68	11	21	0,00*
Muskeltrötthet	3	1	72	6	22	0,00*
Allmän trötthetskänsla	3	2	74	7	19	0,00*
Att bli lättirriterad	3	1	64	10	26	0,00*
Stickningar i kroppen	1	0	50	8	42	0,00*
Domningar i arm/hand,ben/fötter	1	0	44	13	43	0,00*
Svidande känsla i huden	0	0	29	6	65	0,00*
Sömnsvårigheter	2	1	60	10	30	0,00*

Ögonirritation	1	0	37	21	42	0,01*
Torrhetskänsla i munnen	1	1	41	14	45	0,00*
Överkänslighet för lukter,ljus,ljud	3	1	62	10	28	0,00*
Väderkänslighet	1	0	34	13	53	0,01*
Svullnadskänsla i händer och fötter	0	0	32	10	58	0,00*
Fumlighet i händer,fingrar	1	1	46	12	42	0,00*
Darrhänthet	1	0	43	8	49	0,00*
Yrsel	2	1	58	8	34	0,00*
Avföring växlande hård/lös	2	1	59	9	32	0,00*
Oro/rastlöshet	3	2	78	10	12	0,00*
Klåda av och till	0	0	31	14	55	0,052
Kalla händer/fötter	2	1	61	9	30	0,00*
Omväxlande frysningar/svettningar	2	1	54	15	31	0,00*
Ett behov att urinera ofta	1	0	44	10	46	0,00*
Nedsatt koncentration	3	2	74	8	18	0,00*
Sämre minne	3	2	64	5	31	0,00*
Smärta i huden vid beröring	0	0	31	5	64	0,00*
Kokande känsla i kroppen	1	0	42	6	52	0,00*
Minskad aptit	1	0	48	5	47	0,00*

En feberkänsla utan feber	1	0	49	12	39	0,00*
Hjärtklappning	2	1	68	5	27	0,00*
Tryck över bröstet/tungt att andas	2	1	67	6	27	0,00*
Ofta förekommande huvudvärk	2	1	61	6	33	0,00*
Förändrad sexuell lust	2	1	68	3	29	0,00*
Klumpkänsla i halsen	2	0	64	8	28	0,02*

\*Statistisk signifikans

Resultatet från Chi-två testet visar på statistisk signifikant skillnad vid 27 av 35 stressymptom. Vid sex av stressymptomen var p-värdet inte signifikant. Detta gäller för stressymptomen muskelsmärta, muskelstelhet, muskeltrötthet, ögonirritation, oro/rastlöshet och sämre minne. Vid två av stressymptomen var det inte möjligt att genomföra Chi-två test då en av variablerna var konstant, detta gällde för stressymptomen allmän trötthetskänsla och nedsatt koncentration (Tabell 2). Enligt tabell över chi-två fördelningen var det kritiska värdet 3,84 bilaga 3. Chi-två värden över det kritiska värdet visar på signifikant skillnad.

**Tabell 2.** Jämförelse av dikotomiserade variabler med Chi-två för deltagarnas (n=100) skattade stressymptom före och efter stressrehabilitering. Uträknat på complete cases.

Stressymptom	Före		Efter		Chi-två	P-värde
	Inte alls	Påverkat	Inte alls	Påverkat		
Spänningar i käkarna	23	77	37	63	21,82	0,00*
Muskelsmärta	11	89	38	62	0,29	0,59
Muskelstelhet	4	96	21	79	2,11	0,15
Muskeltrötthet	4	96	25	75	1,39	0,24
Allmän trötthetskänsla	0	100	6	94	Ingen statistik**	

Att bli lättirriterad	4	96	13	87	14,16	0,00*
Stickningar i kroppen.	38	62	70	30	14,26	0,00*
Domningar i arm/hand,ben/fötter	33	67	52	48	21,29	0,00*
Svidande känsla i huden	63	37	80	20	19,83	0,00*
Sömnsvårigheter	13	87	35	65	11,54	0,00*
Ögonirritation	48	52	56	44	2,76	0,10
Torrhetskänsla i munnen	34	65	50	50	23,25	0,00*
Överkänslighet för lukter,ljus,ljud	9	91	25	75	9,16	0,00*
Väderkänslighet	39	61	55	45	26,75	0,00*
Svullnadskänsla i händer och fötter	57	43	65	35	30,08	0,00*
Fumlighet i händer, fingrar	27	73	44	56	17,13	0,00*
Darrhänthet	39	61	63	37	16,04	0,00*
Yrsel	20	80	40	60	37,50	0,00*
Avföring växlande hård/lös	14	86	35	65	23,95	0,00*
Oro/rastlöshet	2	98	6	94	0,13	0,72
Klåda av och till	55	45	68	32	17,11	0,00*
Kalla händer/fötter	22	78	42	58	10,13	0,00*
Omväxlande frysningar/svetningar	17	83	37	63	13,69	0,00*
Ett behov att urinera ofta	35	65	58	42	16,98	0,00*
Nedsatt koncentration	0	100	11	89	Ingen statistik**	



Sämre minne	3	97	8	92	0,27	0,60
Smärta i huden vid beröring	60	40	87	17	19,86	0,00*
Kokande känsla i kroppen	46	54	71	29	25,14	0,00*
Minskad aptit	39	61	69	31	16,24	0,00*
En feberkänsla utan feber	35	65	57	43	11,62	0,00*
Hjärtklappning	13	87	31	69	14,73	0,00*
Tryck över bröstet/tungt att andas	20	80	47	53	7,87	0,01*
Ofta förekommande huvudvärk	17	83	42	58	17,97	0,00*
Förändrad sexuell lust	5	95	35	65	9,77	0,00*
Klumpkänsla i halsen	22	78	52	48	4,86	0,03*

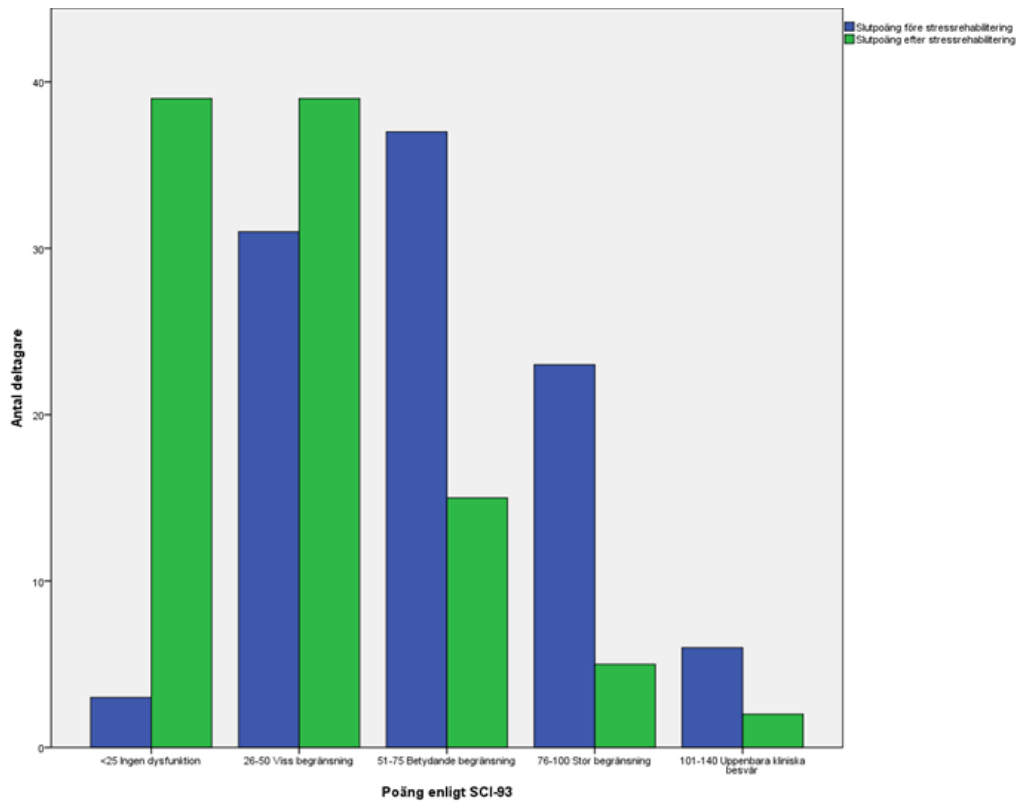
\*Statistisk signifikans

\*\* En variabel är konstant, ingen statistik redovisas

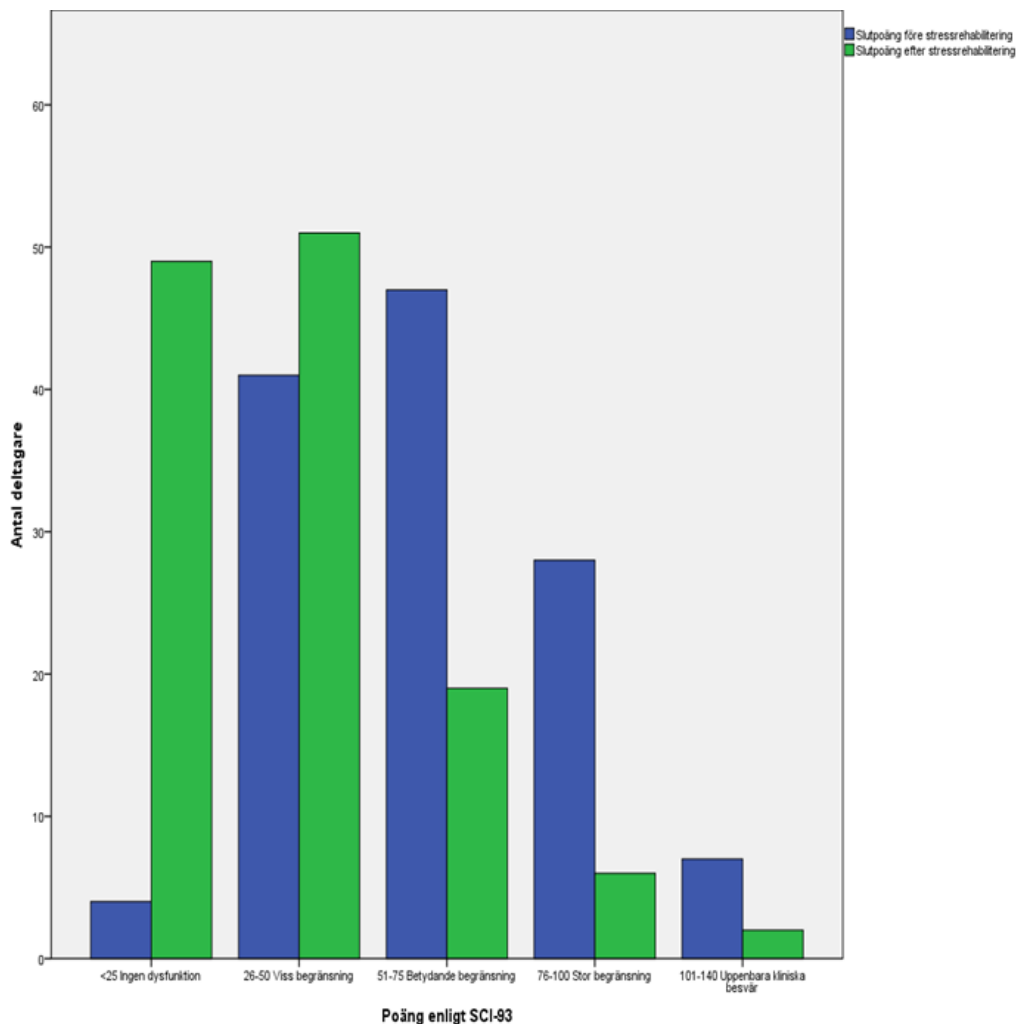
En jämförelse av resultaten mellan Wilcoxon rangsummetest och Chi-två visar att det finns skillnad på uträknade p-värden för de olika stressymptomen beroende på vilken data och test som använts. Resultatet från Wilcoxon rangsummetest visade ett stressymptom som inte var signifikant medan Chi-två visade sex stressymptom som inte var signifikanta. De stressymptom som inte var signifikanta skiljde sig mellan de två olika testen. Vid Chi-två testet var det dessutom inte möjligt att genomföra analys på två av stressymptomen. (Tabell 1 och tabell 2).

### Förändring av deltagarnas totala poäng enligt SCI-93

I jämförelse mellan statistisk testning av slutpoäng enligt SCI-93 på complete cases och imputerad data är resultatet likvärdigt i hur deltagarna skattat stressymptomen före respektive efter stressrehabilitering. Ingen procentuell skillnad går att utläsa. (Figur 4 och figur 5).



**Figur 4.** Översikt över hur deltagarnas totala skattade poäng har fördelats enligt SCI-93 före och efter stressrehabilitering. (n=100) uträknat på complete cases.



**Figur 5.** Översikt över hur deltagarnas totala skattade poäng har fördelats enligt SCI-93 före och efter stressrehabilitering vid imputerad data. (n=127).

Ett Parat-T test utfördes för att göra ett sensitivitetstest och för att jämföra medelvärdet av slutpoängen mellan de olika analyserna på complete cases och imputerad data. Jämförelsen visar att medelvärdet innan stressrehabiliteringen är 62 före stressrehabiliteringen och 35 efter i båda testerna och att deltagarna skattar signifikant högre före stressrehabiliteringen än efter i båda testerna då båda analyserna visar  $P > 0,000$  (Tabell 3).

**Tabell 3.** Översikt av resultat efter genomfört Parat T-test på deltagarnas (n=100) totala poäng. Uträknat på complete cases.

Parat T-test
Complete Cases $t(99)=15,07$ $P= 0,000$ Medelvärdet för slutpoängen var 62,95 (SD=22,31) före stressrehabiliteringen och 35,59 (SD=22,75) efter.
Imputerad data $t(126)=16,77$ $P= 0,000$ Medelvärdet var 62,86 (SD=22,28) före stressrehabiliteringen och 35,32 (SD=22,00) efter.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Material till studien var i form av enkäter med skattningsskalor som skulle kartläggas och analyseras och därför valdes en kvantitativ metodansats. Studien är retrospektiv då författarna valde att arbeta med redan insamlad material (20), vilket gjorde att författarna på ett tidigt stadium kunde sätta sig in i data och påbörja analyserna. Nackdelen är att författarna inte kunde utforma enkätens innehåll vilket inte gav studien det djup som var önskvärt. Enkätens utformning inbjöd enbart till svar på skattning av enskilda stressymptom, det fanns på grund av detta ingen demografisk data att tillgå. Detta sågs av författarna som en brist i materialet och begränsade möjligheten till vidare analyser och jämförelser vilket kan ses som en svaghet i studien.

En styrka var dock mängden enkäter som låg till grund för studien, då ett större material ger en större tillförlitlighet till resultatet. Ytterligare en styrka i studien var instrumentet SCI-93 som låg till grund för enkäterna. Detta är ett instrument som används av flertalet olika professioner inom hälso- och sjukvården och har i studier med test-retest visat på god reliabilitet och validitet (15).

För att få en mer trovärdig grund i resultatet och för att lättare kunna tyda deltagarnas upplevelse av stressrelaterade symptom kunde enkäten utformas med färre svarsalternativ såsom "Inte alls", "Måttligt" och "Väldigt mycket". Detta då de olika svarsalternativen på enkäten kan ha olika betydelse för olika deltagare och ord som "Lite grann" och "Ganska mycket" kan vara diffusa. En svårighet med att tyda ordinaldata är att skattningen är subjektiv och betydelsen av de olika skattningsnivåerna inte är samma för alla deltagarna. Detta är något som kan ha påverkat resultatet med både högre och lägre skattningspoäng.

I första analysen (Figur 2 och 3) över hur deltagarna skattat stressymptomen inkluderades samtliga enkäter för att få så stort utslag som möjligt. Denna analys var relevant för att få en överblick över resultatet vilket visade en tydlig förändring av stressymptomen före respektive efter stressrehabiliteringen. Författarna valde sedan att arbeta med complete cases vid fortsatta analyser (20). Complete cases är ett sätt att hantera saknade svarsvärden, de deltagare som missat att fylla i ett svarsalternativ på enkäten exkluderas. Ett annat alternativ hade varit att använda imputerad data där ett uträknat medelvärde utifrån de svaren som framkommit på enkäterna för varje enskilt stressymptom ersätter det missade svaret (20). Författarna ansåg det mest tillförlitligt att basera testerna på complete cases, detta då inga imputerade värden har lagts till och det saknas heller inga svarsvärden för någon av deltagarna som är inkluderade.

För vidare kartläggning av materialet utfördes sensitivitetsanalys i form av ett Wilcoxon rangsummetest och ett Chi-två test på dikotomiserades data. Sensitivitetsanalysen utfördes för att undersöka resultatets tillförlitlighet och känslighet för variationer i den bakomliggande datan. Dikotomiserad data sammanställdes genom att de fem skattnings alternativen (15) blev till två, "Inte alls" och "Påverkat". Författarna såg en risk med att dikotomisera på imputerade värden då resultatet kunde bli missvisande, författarna valde därför att dikotomisera på complete cases. Ett imputerat värde som visar antingen "Inte alls" eller "Påverkat" felaktigt ger då ett större utslag när man dikotomiserar. De två testerna jämfördes sedan för att undersöka om resultaten skilde sig åt. Vid Wilcoxon rangsummetest så kunde 34 av 35 stressymptom påvisa en signifikant skillnad, vid Chi-två visade signifikant skillnad på 27 av 35 stressymptom i jämförelse före och efter stressrehabiliteringen. Skillnaden beror på att vid dikotomiserad data har de fem skattningsnivåerna blivit indelade i två variabler, "Inte alls" och "Påverkat", detta gör att alla som upplever någon påverkan på symptom mellan skattningsnivå 1-4 hamnar på samma nivå "Påverkat". Det blir ett robustare resultat men det

går inte att utläsa några nyanser från resultatet. Wilcoxon rangsummetest som är baserat på fullständig data, där alla nivåer av skattningsskalan finns med visar resultatet på ett mer nyanserat sätt och kan uppfattas som mest rättvisande.

En sensitivitetsanalys utfördes med Parat T-test, detta för att se om medelvärdet av slutpoängen skiljer sig åt mellan de olika analyserna med complete cases och den imputerade datan. Testet är baserat på slutpoängen utifrån SCI-93 (15). Resultatet visar att medelvärden är likvärdiga och påvisar i båda fall att det är signifikant skillnad på slutpoängen före respektive efter stressrehabiliteringen. Detta talar för att i test som det här går det att lägga in medelvärde vid ofullständiga enkätsvar utan att resultatet blir missvisande. Vilket styrker resultatet som helhet då samtliga test som utförts i studien visar på att deltagarna skattat stressymptom lägre efter stressrehabilitering. Fördelen med att utföra analys på slutpoäng är att det tydligt visar skillnader mellan de olika nivåerna i poängskalan före och efter stressrehabilitering. Nackdelen är att det inte går att urskilja skillnaderna mellan de olika stressymptomen.

I studien togs hänsyn till forskningsetiska aspekter och risker kontra nytta togs i beaktning. Samtliga enkäter i studien var oidentifierade och deltagarna är skyddade enligt sekretesslagen samt dataskyddsförordningen (21,22). Då föreliggande studie kan anses vara ett led i den fortlöpande kvalitetssäkringen på aktuell verksamhet så behövdes inget godkännande från Etikprövningsmyndigheten (23). En identifierbar risk är att grunden till studien var redan insamlade enkäter. Det är av vikt att den ansvariga arbetsterapeuten har följt de anvisningar som finns vad gäller hanteringen av materialet och vad deltagarna har gett sitt samtycke till. Andra risker som togs hänsyn till var att samma arbetsterapeut som var ansvarig för stressrehabilitering även ansvarade för att få enkäterna ifyllda. Detta kan ha påverkat deltagarna direkt eller indirekt när de skattat sina stressymptom så att de antingen har skattat högre eller lägre på de fem skattningsnivåerna, vilket kan ge utslag på studiens resultat med värden som inte stämmer med verkligheten. Stressrelaterad ohälsa och dess symptom påverkar allt fler individers livskvalitet vilket gör att det är av stor betydelse att få ökad kunskap kring stressrehabiliteringens effekt på stressymptom vilket är syftet med föreliggande studie. Efter övervägande över de risker och den nytta som studien innefattar togs beslutet att nytta överväger riskerna med föreliggande studie.

## Resultatdiskussion

Resultatet i föreliggande studie påvisar signifikanta skillnader mellan hur deltagarna skattar sina stressymptom före- respektive efter avslutad stressrehabilitering med bas i ReDO och det går dessutom att påvisa att samtliga av stressymptomen skattats lägre av deltagarna efter avslutad stressrehabilitering. De stressymptom som påvisar störst signifikant skillnad är både fysiska som kognitiva, däribland ingår symptomen allmän trötthetskänsla, oro/rastlöshet, tryck över bröstet/tungt att andas, sämre minne och muskelsmärta. En studie (24) finns som visar på att ju fler stressrelaterade symptom personen har desto svårare upplever personen sig ha med kognitiva funktioner såsom uppmärksamhet och koncentration, dessa funktioner ligger till grund till hur väl de exekutiva funktionerna fungerar. I vetenskaplig litteratur går att läsa om vilka stressymptom som en person främst riskerar att drabbas av vid stressrelaterad ohälsa, föreliggande studie bekräftar den vetenskapliga kunskap som finns om dessa symptom och hur de på sikt leder till inskränkt utförandekapacitet hos den drabbade personen (8).

Resultat enligt SCI-93 poängskala uträknat på complete cases (Figur 4) visar på att det var 3 % av deltagarna som hade poäng under 25 före påbörjad stressrehabilitering, efter genomförd rehabilitering var den siffran 39 %. Det innebär att 36 % av deltagarna efter

stressrehabilitering inte upplever dysfunktion då poäng under 25 är förenliga med normal stressreaktion och man kan då förvänta sig en normal aktivitetsförmåga (25). Poängresultatet visar också på att deltagare som fått högre poäng än 105 minskat från 6 % till 2 % efter stressrehabilitering. Enligt skalan innebär poäng över 105 att personen upplever en stor begränsning av sin förmåga. Det kan medföra att personen har uppenbara kliniska besvär vilket kan försvåra rehabilitering. I dessa fall kan det vara aktuellt att först behandla psykiatriskt eller medicinskt. En studie (25) visar på att det finns en stark korrelation mellan att skatta sina symptom högt och tro på sin förmåga till att komma ut i arbete efter en sjukskrivning. För varje högre poängintervall på skalan minskar tron på återgång i arbete och personens kraft att ta sig tillbaka (25). Genom att analysera studiens totala poängskala före respektive efter utförd stressrehabilitering kan vi utläsa att det var 66 % av deltagarna som skattade sig på poängnivå 51-75, 76-100 och över 105 före stressrehabilitering, efter rehabilitering var denna siffra 22 %. Detta resultat innebär att 44 % av deltagarna har kommit ner till poängnivåerna 0-25 Ingen dysfunktion eller 26-50 Viss påverkan. Detta resultat kan tyda på att flertalet av deltagarna har återfått sin förmåga att vara aktiva i sin vardag och återgått/ påbörjat arbete/skola efter stressrehabilitering.

Av resultatet går att utläsa att stressrehabiliteringen har minskat stresssymptomen för deltagarna i studien. Det går dock inte att uttala sig om att orsaken till detta resultat endast beror på den stressrehabilitering som de genomgått eller om deltagarna varit delaktiga i andra samtidiga rehabiliterande åtgärder. Exempel på sådan samtidig åtgärd skulle kunna vara samtalsterapi, läkemedelsbehandling eller aktivitet där det ingår fysisk träning. Data om samtidig behandling har inte samlats in men kan ha påverkat resultatet.

Genom den stressrehabilitering med bas i ReDO som deltagarna genomgått har de fått stöd i att göra förändringar med syfte till att återfå sin balans i vardagen. De har genom denna stressrehabilitering startat en process där målet var att få en bättre hälsa med färre eller inga stresssymptom. ReDO brukar vanligtvis implementeras på gruppnivå, i föreliggande studie har rehabiliteringen med bas i ReDO genomförts på individuell basis vilket skulle kunna ha påverkan på studiens resultat. Fördelen med att stressrehabiliteringen är individuell är att deltagaren ges möjlighet till mer individanpassad åtgärder samt att individuell stressrehabilitering kan passa bättre för de deltagarna tycker att gruppterapi kan vara en utmaning. En teoretisk bakgrund till grupprehabilitering som går förlorad är så kallad peer-learning (26), där deltagarna lär av varandra, samt att deltagarna kan ge varandra stöd i rehabiliteringsprocessen (3). Då ingen jämförelse kan göras i denna studie mellan individuell stressrehabilitering och stressrehabilitering i grupp över hur stresssymptomen förändrats efter rehabilitering, så går det inte att påvisa hur de olika rehabiliteringsformerna skiljer sig i resultat. Det vore intressant att i framtiden göra en liknande studie på gruppnivå för att sedan jämföra resultaten och om det skulle medföra någon skillnad.

Kielhofner (10) tar upp de tre komponenterna vanebildning, viljekraft och utförandekapacitet till grund för valet av aktiviteter och hur väl dessa utförs. Genom föreliggande studie går det inte att utläsa hur stor effekt de lägre skattade stresssymptomen har på dessa komponenter. Stresssymptomen har både fysisk och kognitiv påverkan på den som drabbas vilket leder till nedsatt förmåga och motivation till att utföra aktiviteter (6). Det går också att se sambandet mellan stressrelaterad ohälsa och negativa påverkan på de aktiviteter som ingår rutinemässigt i vardagen (6). Vid kognitiv påverkan blir det svårare att utföra de aktiviteter som tidigare skett per automatik, kognitiv påverkan kan till exempel minnesproblematik eller nedsatt koncentration (27). Kanske går det att anta att komponenterna vanebildning, viljekraft och utförande kapacitet har förbättrats genom att stresssymptomen minskat i omfattning för

deltagarna efter avslutad stressrehabiliteringen. Detta då de stressrelaterade symptomen som ligger till hinder för att uppleva tillfredsställelse inom dessa tre komponenter minskat.

Att drabbas av stressrelaterad ohälsa kan leda till försämrad aktivitetsförmåga, detta medför att individens aktivitetsanpassning rubbas. Tidigare lustfyllda aktiviteter känns inte längre meningsfulla och aktiviteter upplevs som svårare att utföra (7). För att åter stärka individens aktivitetsidentitet och aktivitetskompetens behövs det sättas in rehabiliterande åtgärder. Enligt Kielhofner (10) sker förändring under en arbetsterapeutisk rehabilitering genom nio olika dimensioner av aktivitetsengagemang som deltagaren själv driver framåt i processen. Dessa nio dimensioner innefattas av: Välja eller fatta beslut; Göra åtaganden; Utforska; Identifiera; Förhandla; Planera; Träna; Ompröva och upprätthålla. Alla åtgärder vad gäller aktivitet och uppgifter som ingår i den arbetsterapeutiska rehabiliteringen innefattar viljekraft, vanebildning och utförandekapacitet (10). Detta går att koppla till arbetsterapeutisk stressrehabilitering med bas i ReDo i föreliggande studie där fokus ligger på att få deltagarna själva aktivt involverade och drivande för att hitta och använda redskapen som krävs för att identifiera och åtgärda obalansen i sina vardagliga aktiviteter (3). Studier visar på att stressrehabilitering med ReDo har effekt på hur en person upplever aktivitetsbalans. Genom rehabilitering med ReDo lär sig personen att analysera sin situation, värdera sina aktiviteter, aktiviteternas meningsfullhet, sin roll vid delaktighet i aktivitet och på så sätt själv hitta verktygen till att påverka sin situation. På så sätt kan personen hitta balans i sitt dagliga livs aktivitetsmönster, detta kan ses ha långtgående effekt (28).

Deltagarna i den arbetsterapeutiska stressrehabiliteringen har varit av olika kön och i olika åldrar enligt den ansvariga arbetsterapeuten. Även om det inte har gått att urskilja mer information om deltagarna så visar resultatet att stressrehabiliteringen gör skillnad på hela gruppen deltagare oberoende av kön eller ålder. Detta ses som en styrka och påverkar den hållbara utvecklingen positivt. Tyvärr fanns ingen information om ursprung på deltagarna och det går därför inte att påvisa om stressrehabiliteringen ger skillnad på symptom beroende på etnisk och kulturell bakgrund vilket skulle vara av relevans att ta hänsyn till vid fortsatta studier.

Studiens entydiga resultat ses som en styrka som ger positiva indikationer på den individuella arbetsterapeutiska stressrehabiliteringens påverkan på stresssymptom. Vid framtida studier inom området skulle ett resultat förstärkas genom att inkludera demografisk data och därmed ge möjlighet att kunna särskilja resultat vad gäller kön, ålder, etnicitet och andra faktorer som kan påverka resultatet. Det är också av intresse att särskilja om deltagarna får annan samtidig behandling vad gäller stressrehabilitering. Detta skulle kunna visa på skillnader på stressrehabiliteringens effekt på olika målgrupper och ge mer tyngd till denna anpassade form av stressrehabilitering. Det skulle också vara av intresse i framtida studier inom arbetsterapeutisk stressrehabilitering att inkludera skattning av stresssymptomens påverkan på deltagarnas aktiviteter i vardagen före- och efter stressrehabiliteringen.

Bedömningsinstrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (29) skulle kunna användas, med hjälp av instrumentet skattar deltagaren själv sin förmåga vid ett aktivitetsutförande. Ytterligare studier i framtiden kan göras för att studera om individuell stressrehabilitering med bas i ReDo har mer långsiktig effekt på stresssymptomen, detta kan göras genom att göra en uppföljning av en studie likt föreliggande men med längre uppföljningstid. Dessa framtida studier skulle kunna tillföra ytterligare kunskap om aktivitetsvetenskap och arbetsterapeutiska teorier kopplat till stresssymptom och rehabilitering vid stressrelaterad ohälsa.

## **Slutsats**

Studiens entydigt goda resultat tyder på att stressrehabilitering med bas i ReDo har god effekt på deltagarnas stresssymptom vilket indikerar att denna metod är lovande att använda vid rehabilitering av stressrelaterade symptom. Det som stärker studiens reliabilitet är det stora antalet deltagare som ligger till grund för studien men också att resultatet analyserats via olika sensitivitetstest till syfte att stärka och tydliggöra studiens resultat. Vid framtida studier skulle hänsyn kunna tas till samtidigt rehabiliterande åtgärder samt att demografisk data som kön och ålder inkluderas. Framtida studier skulle också kunna göras med en jämförande kontrollgrupp. Det skulle också vara av intresse att studera hur stor påverkan det faktum att stressrehabiliteringen utförts på individuell basis har på utfallet, det vill säga att jämförelse görs med gruppbehandling.



## Referenser:

1. Folkhälsomyndigheten. Statistik över vuxnas psykiska hälsa [Internet]. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2019 [ Uppdaterad 2019-01-07 citerad 2018-12-09]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/vuxnas-psykiska-halsa/>
2. Försäkringskassan. Sjukskrivning för reaktioner på svår stress ökar mest [Internet]. Stockholm: 2016 [ citerad 2018-12-09]. Hämtad från: [https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/41903408-e87d-4e5e-8f7f-90275d4fe6ad/korta\\_analyser\\_2016\\_2.pdf?MOD=AJPERES&CVID=/](https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/41903408-e87d-4e5e-8f7f-90275d4fe6ad/korta_analyser_2016_2.pdf?MOD=AJPERES&CVID=/)
3. Kroksmark U. Hälsa och aktivitet i vardagen - ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv. Nacka; Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter; 2014.
4. Arnetz B. Ekman R. Stress - Gen, Individ, Samhälle. Stockholm: Liber AB; 2013.
5. Währeborg P. Stress och den nya ohälsan. Stockholm: Peter Währeborg och Natur och Kultur; 2009.
6. Wilcock A, Hocking C. An occupational perspective of health. 3: dje upplagan. Thorofare: SLACK Incorporated; 2014.
7. Björkegren B. Fröde K. Handbok för stressade. 4:e upplagan. Finland Ws Bookwell; 2002.
8. Institutet för stressmedicin. Vad är stress. [Internet]. Göteborg. Institutet för stressmedicin; 2018 [Uppdaterad 2018-05-31 citerad datum 2019-03-29]. Hämtad från: <https://www.vgregion.se/ov/ism/stress--rad-och-behandling/vad-ar-stress/>
9. Hjärt och lungfonden. Stress som riskfaktor. [Internet]. Stockholm. Hjärt och lungfonden; 2018 [Uppdaterad datum 2018-05-08 citerad datum 2019-03-29]. Hämtad från: [https://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Halsa/Stress/?gclid=EAAlaIQobChMIyMXh16uT4QIV0KSACh03zQY7EAAAYASAAEgIxRPD\\_BwE/](https://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Halsa/Stress/?gclid=EAAlaIQobChMIyMXh16uT4QIV0KSACh03zQY7EAAAYASAAEgIxRPD_BwE/)
10. Kielhofner G. Model Of Human Occupation- Teori och tillämpning. Lund: Studentlitteratur; 2012.
11. Lindegård A, Jonsdottir IH, Börjesson M, Lindwall M, Gerber M. Changes in mental health in compliers and noncompliers with physical activity recommendations in patients with stress-related exhaustion. BMC Psychiatry 15. November 4, 2015; 15:272.
12. Jonsdottir IH, Rödger L, Hadzibajramovic E, Börjesson M, Ahlborg G Jr. A prospective study of leisure-time physical activity and mental health in Swedish health care workers and social insurance officers. Prev Med Community Health. Aug 5. 2010.51 (5), 373-377.
13. Gerber M, Jonsdottir IH, Lindwall M, Ahlborg G Jr. Physical activity in employees with differing occupational stress and mental health profiles: A latent profile analysis. Psychol Sport Exerc. November 6, 2014.
14. Eriksson T, Karlström E, Jonsson H, Tham K. An exploratory study of the rehabilitation process of people with stress-related disorders. Scand J Occup Ther. Mars 1, 2010; 17: 29-39.
15. Nyström C. Nyström O. Stress and Crisis Inventory – SCI-93. Skattad stress verifierar autonom dysfunktion, Läkartidningen; 1996 93 (28-29, 2583 –2584.)
16. Erlandsson L-K, Persson D. ValMO-Modellen - Ett redskap för aktivitetsbaserad arbetsterapi. Lund: Studentlitteratur; 2014.

17. Erlandsson L-K. Fresh perspectives on occupation: Creating health in everyday patterns of doing. *N Z J Occup Ther.* April 1 2013 60(1), 16–23.
18. Henricson M. Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad. Upplaga 2. Lund: Studentlitteratur; 2012.
19. Wahlgren L. SPSS steg för steg. Lund: studentlitteratur; 2012.
20. Björk J. Praktisk statistik för medicin och hälsa. Stockholm: Liber; 2011.
21. Sveriges Riksdag. Offentlighets- och sekretesslagen [Internet]. Stockholm: Sveriges Riksdag; 2009 [citerad datum 2019-03-29]. Hämtad från: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400\\_sfs-2009-400](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400)
22. Datainspektionen. Dataskyddsförordningen. [Internet]. Stockholm: Datainspektionen; [okänt år/date unknown]. [citerad datum 2019-03-22]. Hämtad från: <https://www.datainspektionen.se/lagar--regler/dataskyddsförordningen/>
23. Etikprövningsmyndigheten. Vad säger lagen [Internet]. Uppsala: Etikprövningsmyndigheten; [okänt år/date unknown] [citerad 2019-02-15]. Hämtad från: <https://etikprovning.se/for-forskare/vad-sager-lagen/>
24. van der Linden D, Keijsers PJ G, Eling P, van Schaijk R. Work stress and attentional difficulties: An initial study on burnout and cognitive failure. *Nijmegen: Radboud University Nijmegen; 2005. Jan;19(1): 23-36.*
25. Nyström C. Nyström O. Autonoma symtom - diagnosövergripande hälsostörning. [Internet]. Stockholm: Socialmedicinsk Tidskrift. Vol 86, Nr 1 2009. Hämtad från: <http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/search/search>
26. Topping J. Trends in Peer learning. *Educational Psychology.* 2005;25(6):631-645.
27. Jonsdottir IH. Nordlund A. Ellbin S. Ljung T. Glise K. Währborg P. Wallin A. Cognitive impairment in patients with stress-related exhaustion. *Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2013. Mar;16(2):181-90.*
28. Eklund M. Minor long-term effects 3-4 years after the ReDO™ intervention for women with stress-related disorders:A focus on sick leave rate, every day occupations and well-being. Lund: Department of Health Sciences; 2017. 58 (2017) 527–536.
29. Law M. Baptiste S. Carswell A. McColl MA. Polatajko H. Pollock N, redaktörer. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA). COPM Canadian Occupational Performance Measure. Svensk version. 5:e upplagan. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter; 2016.

## **Innehåll individuell stresshantering**

Vid behov sömnrådgivning vid lämpligt tillfälle. Patienten kan boka själv, eller skicka meddelande till mig i AV så kontaktar jag.

### **Träff 1:** Anamnes

Genomgång stressreaktioner

Avspänning/andning

Fysisk aktivitet

### **Träff 2:** Arbeta i hela streck/ en sak i taget

Avbrott/störningar

Lämna aktivitetslogg

### **Träff 3:** Genomgång logg/analys

Marginaltid/ställtid. Tempo.

Mindfulness i vardagsaktivitet. Träna på det hemma

### **Träff 4:** Uppmuntringar/störningar. Hushålla med energi

Uppföljning motion. Gör uppmuntrande aktivitet, fyll på listan med vad

Som ger uppmuntran

### **Träff 5:** Vila i aktivitet, roller

Aktivitetens värde/ Meningsfullhet/Roller. Hämta energi ur aktivitet.

Avsluta om det går. Mål? Vad är viktigast?

Uppföljning om två månader.

## Bilaga 2

Namn \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

### Stress and Crisis Inventory – 93; Del 1; SYMTOMSKATTNING

Namn/Pnr: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

#### I MITT VARDAGSLIV STÖRS JAG AV

Markera med ett kryss i den ruta som stämmer bäst för Dig

		Inte alls	Lite grann	Mått- ligt	Ganska mycket	Väldigt mycket
1	Spänningar i käkarna					
2	Muskelsmärta					
3	Muskelstelhet					
4	Muskeltrott					
5	Allmän trötthetskänsla					
6	Att bli lättirriterad					
7	Stickningar i kroppen					
8	Dorningar i armar/händer eller ben/fötter					
9	Svidande känsla i huden					
10	Sömnsvårigheter					
11	Ögonirritation					
12	Torrhetskänsla i munnen					
13	Överkänslighet för lukter, ljus, ljud					
14	Väderkänslighet					
15	Svullnadskänsla i händer/fötter					
16	Fumlighet i händer/fingrar					
17	Darrhänthet					
18	Yrsel					
19	Avföring växlande trög/lös					
20	Oro/rastlöshet					
21	Klåda av och till					
22	Kalla händer/fötter					
23	Omväxlande frysningar/svetningar					
24	Ett behov att urinera ofta					
25	Nedsatt koncentration					
26	Sämre minne					
27	Smärta i huden vid beröring					
28	Kokande känsla i kroppen					
29	Minskad aptit					
30	En feberkänsla utan feber					
31	Hjärtklappning					
32	Tryck över bröstet/tungt att andas					
33	Ofra förekommande huvudvärk					
34	Förändrad sexuell lust					
35	Klumpkänsla i halsen					
	Summa markeringar i kolumn					
	Multiplitera	x 0	x 1	x 2	x 3	x 4
	Produkt					

Summa av produkter .....

(0 – 25) Normal autonom funktion

Copyright © 1995 Orvar Nyström and Curt Nyström Medendus AB - www.medendus.se - E-mail orvar.n@telia.com