

# **En kvantitativ studie om hur kultur på recept påverkar hälsan**

**Maria Segerström/Matilda Karlsson**

Examensarbete, 15 hp, kandidatuppsats  
Arbetsterapi  
Jönköping, juni 2015

Handledare: Inger Jansson, legitimerad arbetsterapeut, lektor

Examinator: Ingrid Thyberg, legitimerad arbetsterapeut, docent

# Sammanfattning

**Bakgrund:** Psykisk ohälsa och stress är de vanligaste anledningarna till sjukskrivningar och aktivitetsersättning i Sverige idag. Kulturella aktiviteter kan hjälpa personer att finna mening i livet och påverka den psykiska hälsan på ett positivt sätt. Arbetsterapi skall vara till för personer vilka riskerar att få eller har fått nedsatt aktivitetsförmåga.

**Syfte:** Syftet med detta examensarbete är att beskriva hur kultur på recept kan påverka den upplevda arbetsförmågan, hälsorelaterad livskvalitet, en känsla av sammanhang och tilltron till sin egen förmåga hos personer med långvarig diffus smärta och/eller måttliga till medelsvåra ångestsyndrom, depression eller stress.

**Metod:** Designen var kvasiexperimentell med en kvantitativ metod och redan insamlade enkäter bearbetades. Urvalet för den ursprungliga studien var konsekutivt urval och respondenterna som deltog i examensarbetet var 45 stycken (43 kvinnor och 2 män) i arbetsför ålder. Materialet bearbetades genom statistikprogrammet SPSS (version 21).

**Resultat:** Resultatet visade att *Kulturella aktiviteter* har en signifikant påverkan på den upplevda arbetsförmågan. När det gäller hälsorelaterad livskvalitet, känslan av sammanhang och tron på den egna förmågan visar resultatet ingen signifikant skillnad och kan bero på slumpen.

**Slutsatser:** Fler studier behöver genomföras på samma område för att få mer kunskap om hur kultur på recept påverkar målgruppen, samt vilka aktiviteter personerna upplever meningsfulla utifrån etnicitet och genusperspektiv.

**Nyckelord:** Arbetsterapi, depression, gruppaktivitet, hälsa, kulturella aktiviteter, smärta, stress, ångest.

# **A quantitative study on how cultural activities on prescriptions affect health.**

## **Summary**

**Background:** Mental illness and stress is the most common reason for sick leave and reduced work ability in Sweden today. Cultural activities can help a person find meaning in life and affects the mental health in a positive way.

**Aim:** The aim of this thesis is to describe how culture on prescription can influence work ability, the health related quality of life, sense of coherence and self-efficacy in persons with unspecified pain and/or light to moderate anxiety disorders, depression or stress.

**Method:** A quantitative design was used and already collected surveys were analyzed. The sample of the original study was consecutive sample and the respondents who participated in this thesis were 45 (43 women and 2 men) in working age. The material was processed through the statistical program SPSS (version 21).

**Results:** The results showed that cultural activities have a significant impact on the perceived work ability. When it comes to health-related quality of life, sense of coherence and the belief in their own ability the results showed no significant difference and may be due to chance.

**Conclusions:** More studies need to be conducted in the same area to get more knowledge about the culture of recipes influence the target audience, and what activities people experiencing meaningful based on ethnicity and gender.

**Keywords:** Anxiety disorders, depression, group activities, health Occupational therapy, pain, stress.

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
Ångestsyndrom, depression och stress.....	1
Långvarig diffus smärta.....	2
Hälsa .....	2
Livskvalitet.....	2
Känsla av sammanhang .....	2
Tilltron till den egna förmågan .....	2
Kultur och hälsa.....	3
Kultur på recept i Region Jönköpings län.....	3
Arbetsterapi och teorier .....	4
Grupper i arbetsterapi .....	5
Skapande aktiviteter inom arbetsterapi .....	5
Nytta för individ, samhälle och profession.....	6
<b>Syfte</b> .....	<b>7</b>
Frågeställning.....	7
Hypoteser.....	7
<b>Material och metod</b> .....	<b>8</b>
Urval .....	8
Datainsamling .....	8
Bakgrundsfrågor .....	8
Instrument .....	8
Validitet och reliabilitet .....	9
Dataanalys .....	9
Etiska överväganden .....	10
<b>Resultat</b> .....	<b>11</b>
Respondenter .....	11
Arbetsförmåga och arbetets krav .....	12
Livskvalitet och upplevd hälsa .....	13
Känsla av sammanhang .....	13
Tilltron till den egna förmågan .....	14
<b>Diskussion</b> .....	<b>15</b>
Metoddiskussion .....	15
Datainsamling/Databearbetning.....	15
Resultatdiskussion .....	15
Respondenter .....	15
Instrumenten .....	17
Betydelse för arbetsterapi .....	18
Förslag på kommande undersökningar.....	18
<b>Slutsatser</b> .....	<b>19</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>20</b>

## **Bilagor**

# Inledning

Depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna och den växande psykiska ohälsan kan drabba personer i alla åldrar. Minst 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män kommer någon gång i livet att få en behandlingskrävande depression (Socialstyrelsen, 2010). Psykisk ohälsa och smärta är de vanligaste anledningarna till sjukskrivningar i Sverige idag (Socialstyrelsen, 2009). Kostnaderna för samhället ökar samt antalet långtids-sjukskrivna. År 2014 var sjukskrivningsandelen uppe i 35 procent. Hos kvinnor ökar psykiska sjukdomar mer än hos män. År 2014 hade 38 procent av de långtidssjukskrivna kvinnorna en psykisk diagnos varav 22 procent var stressreaktion eller ångestsyndrom (Försäkringskassan, 2015).

Rehabiliteringsgarantin infördes med syfte att personer vilka var sjukskrivna eller i riskzonen för att bli sjukskrivna med långvarig diffus smärta och/eller måttliga till medelsvåra ångestsyndrom, depression eller stress skulle få tillgång till behandling och/eller rehabilitering. Dessa diagnoser står för mer än hälften av alla sjukskrivningsfall i Sverige (Sveriges kommuner och landsting, 2013). Patienter med smärta och/eller stressrelaterade besvär har ökat och de löper risk att bli långvarigt sjukskrivna (Region Jönköping Län, 2009). Kulturella aktiviteter stimulerar anabolismen som syftar till processer i vår ämnesomsättning. Dessa processer kan öka motståndskraften mot stress (Sand, 2007).

Arbetsterapeuter ska aktivt försöka lösa samt mildra de aktivitetsproblem vilka uppstår vid en sjukdom eller skada (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter) [FSA], 2005). Gruppinterventioner används inom arbetsterapi för att människan i grunden är en social varelse och socialt samspel är en grundläggande aspekt. Intervention i grupp skapar delaktighet i samhället (Eklund, 2010 b; FSA, 2005).

## Bakgrund

### Ångestsyndrom, depression och stress

Ångestsyndrom innebär ett tillstånd med rädsla och ångest som är av sådan intensitet att personen upplever vanliga livsuppgifter svåra eller omöjliga att utföra. Det är en vanlig sjukdom vilken en av fyra personer någon gång drabbas av (Öhman & Ruck, 2009). Depression innebär att den drabbade personen är nedstämdhet och har en dyster sinnesstämning. Detta kan minska personens emotionella engagemang samt öka passivitet och oföretagsamhet vilket kan leda till minskat aktivitets utförande (Åsberg & Mårtensson, 2009).

Stress är en naturlig reaktion på yttre påfrestningar, vilket vid långvarig exponering kan leda till sjukdom och ohälsa både kroppsligt och psykiskt (Åsberg & Mårtensson, 2009). Har en person för mycket eller för lite sysselsättning kan det leda till stress. Även personens egna förväntningar och krav som inte kan följas kan orsaka stress (Lindfors, 2013). Det är viktigt att aktiviteter ger en lagom utmaning i proportion till personens färdigheter (Leufstadius & Argentzell, 2010).

## Långvarig diffus smärta

Diffus smärta innebär en smärta som inte kan kopplas till någon specifik vävnadsskada eller att någon sådan kan påvisas (Werner, Strang & Wilhelmsson, 2003). Långvarig smärta avser ett tillstånd vilket kvarstår längre än tre månader. Smärta är slutprodukten av omfattande och komplexa processer i centrala nervsystemet, vilka är förknippad med emotionella och psykologiska reaktioner. Det är en upplevelse som inte kan mätas objektivt (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2006).

## Hälsa

Det holistiska hälsoperspektivet utgår från att hälsa och sjukdom är fenomen som påverkar människans förmåga att handla i sociala miljöer. Detta perspektiv att se på hälsa är det mest naturliga för de flesta människor. Det finns ett tydligt samband mellan välbefinnande, lidande och handlingsförmåga. Dessa kan påverka varandra i olika riktningar. En känsla av välbefinnande påverkar personens handlingsförmåga på ett positivt sätt, medan smärta eller psykisk ohälsa ofta sänker handlingsförmågan. (Nordenfelt, 2004).

## Livskvalitet

Enligt Nordenfelt (2004) är livskvalitet ett välanvänt begrepp i dagens samhälle. Ohälsa, exempelvis sjukdom och skador, kan sänka livskvaliteten hos en person. Begreppet handlar både om personens hälsa och omgivningsfaktorer och en hög grad av livskvalitet kan endast uppnås om en person upplever sitt liv så som den önskar (Nordenfelt, 2004). Även om hälsan har en stor betydelse för upplevelsen av livskvalitet finns det andra delar som spelar roll, som exempelvis umgänge med andra människor, ekonomi, boende och så vidare. Den hälsorelaterade livskvaliteten är den del som påverkas av hälsan hos en människa (Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården [SBU], 2012).

## Känsla av sammanhang

Känslan av sammanhang (KASAM) har stor betydelse för hur en person klarar att hantera stressade situationer och på så sätt ha kvar sin hälsa. Enligt Antonovsky befinner sig alla människor någonstans mellan sjukdom och hälsa, ingen är helt sjuk eller helt frisk, och fokus ska alltid ligga på det friska och friskfaktorer. Känslan av sammanhang innehåller tre delar; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet, där det sistnämnda är den viktigaste delen. Samspelet mellan upplevelserna av dessa delar skapar KASAM. KASAM kan mätas och visar ett mått på förmågan att kunna hantera olika utmaningar och därmed få en bättre hälsa (Medin & Alexandersson, 2012; Hanson, 2004; Doctare, 2008; Antonovsky, 2005).

## Tilltron till den egna förmågan

Begreppet *Self-efficacy* innebär individens tilltro till den egna förmågan att planera och genomföra de handlingar som krävs för att klara av uppgifter som hon eller han tar sig an. Detta påverkar personens förmåga att känna, tänka och agera (Avey, Wernsing & Mhatre, 2011). Att personen tror på sin egen förmåga är viktigt både för att klara utmaningar i livet och i ett rehabiliteringssammanhang. Att ha dålig tilltro till sin egen förmåga kan kopplas samman med depression, ångest och nedvärderande tankar om sig själv vilket kan hämma en persons utveckling. Att se andra med liknande svårigheter lyckas och att få positiv uppmuntran och socialt stöd från personer i omgivningen ökar tilltron på den egna förmågan (Thomeé et al., 2009). Ju högre grad av *self-efficacy* personen har ju starkare är tron på den egna förmågan

vilket underlättar då man vill uppnå mål i livet (Avey, Wernsing & Mhatre, 2011). *Generell self-efficacy* speglar en generaliserad bild över hur en person fungerar i olika situationer beträffande tilltro till den egna förmåga. Detta kan förklara personens resultat och effekter av dennes copingförmåga (Luszczynska, Scholz & Schwarzer, 2005) som betyder förmågan att hantera stressiga och känslomässigt krävande situationer i livet (Medin & Alexanderson, 2000).

## **Kultur och hälsa**

Kulturens betydelse för hälsan är en process från det omedvetna till det medvetna och ger förutsättningar att finna mening och uppleva en känsla av sammanhang (Doctare, 2008).

Tidigare studier har visat att kulturella aktiviteter påverkar den psykiska hälsan på ett positivt sätt (Cohen et al., 2006; Theorell et al., 2013; Cuypers et al., 2012). Personer som deltar i kulturaktiviteter skattar sin hälsa högre än personer som inte deltar (Wilkinson, Waters, Bygren & Tarlov, 2007; Cuypers et al., 2012). Personerna uppger en minskad grad av ångest och depression samt får en ökad livstillfredsställelse i livet (Cuypers et al., 2012). En studie visar att musik kan lindra lidandet vid kronisk smärta (Siedliecki & Good, 2006).

I flera projekt runt om i landet har det tydliggjorts att kulturella aktiviteter har en viktig roll i skapandet av hälsa och deltagarna upplevde aktiviteterna som meningsfulla (Augustinsson, 2011). Kulturella aktiviteter kan öka personens motivation, bidra till glädje, öka välbefinnandet samt ge livslust vilket är viktiga faktorer för en lyckad rehabilitering (Norrbottens läns landsting, u.å.). Kulturella aktiviteter kan stimulera hjärnan och minskar risken för depression och stress. De har visat sig leda till bättre självbild och större förmåga att hantera påfrestningar i livet. Regelbundet deltagande i kulturupplevelser gör att kroppen går ner i varv samt att effekten kan vara långvarig (Theorell, 2008).

## **Kultur på recept i Region Jönköpings län**

Kultur är ett brett ord som sträcker sig från eget skapande till natur och miljö och har många olika inriktningar. Med det estetiska kulturbegreppet menas framför allt eget skapande som bland annat musik, konst, teater, litteratur och dans (Statens folkhälsoinstitut, 2005). Kultur har olika namn i studier men i detta examensarbete används *kulturella aktiviteter* som definition.

På flera platser i Sverige finns olika projekt vilka pågår eller har pågått för att se hur kulturella aktiviteter påverkar hälsan hos personer, oftast under benämningen Kultur på recept, KUR (Augustinsson, 2011). Kultur på recept i Region Jönköpings län innebär olika kulturella upplevelser och gruppaktiviteter för personer i arbetsför ålder med risk för eller pågående sjukskrivning för långvarig diffus smärta och/eller måttliga till medelsvåra ångestsyndrom, depression eller stress. Dessa personer behandlas främst inom primärvården. Målet är att förbättra välbefinnandet både fysiskt och psykiskt samt att personerna efter avslutad rehabilitering kunna återgå till någon form av arbete, arbetsträning eller studier. Aktiviteterna exempelvis målning sömnad, träslöjd, körsång, dans, konserter, teaterföreställningar och biblioteksaktiviteter. Deltagarna kan ägna sig åt eget skapande och har möjlighet att gå på konserter, teater, konstutställningar och biblioteksaktiviteter (Region Jönköpings län, 2015).



Interventionen pågår under tio veckor med två strukturerade aktiviteter i veckan. Rehabsamordnaren eller annan personal på vårdcentralen remitterar en person till Kultur på recept. Remissen skickas vidare till kulturkoordinatören som bjuder in till informationsträff och har löpande kontakt med rehabamordnare eller annan ansvarig person på vårdcentralen (Region Jönköping Län, 2015).

*Kultur på recept* i Region Jönköpings län har samlat in material i form av enkäter före och efter interventionen (Region Jönköping län, 2015). Enkäten består av bakgrundsfrågor samt instrument vilka mäter upplevd arbetsförmåga (WAI, Work Ability Index), bedömning av depression och ångest (HADS, Hospital Anxiety and Depression scale), livskvalitet (EQ-5D) funktionsnivå och smärta (FRI, Functional Rating Index), känsla av sammanhang (SOC, Sense of Coherence), tilltro till egen förmåga (GSE, General Selfefficacy Scale), svårigheter vid insomning (KSQ, Karolinska Sleep Questionnaire), stress och verifierar autonom dysfunktion och krisreaktioner (SCI 93, Stress and Crisis Inventory – 93) samt frågor angående upplevelsen av projektet.

## Arbetsterapi och teori

Model of Human Occupation [MoHO] (Kielhofner, 2012) har ett dynamiskt synsätt som innebär att personen genom sitt eget agerande kan påverka sitt hälsotillstånd. Enligt MOHO är en person uppbyggd av tre komponenter *vilja*, *vanor* och *utförandekapacitet*. Till *vilja* hör värderingar, både den egna och samhällets, motivation, intresse samt uppfattning om den egna förmågan. *Vanor* är det som vår vardag består av tillsammans med de roller vi har i vårt liv. *Utförandekapacitet* innebär de fysiska och kognitiva förutsättningar som finns för att klara av olika aktiviteter. Om det sker förändringar i komponenterna påverkas hela personen. När en person råkar ut för skada eller sjukdom som leder till sjukskrivning kan viljan förändras genom att personen kan se annorlunda på den egna förmågan. Personen kan tappa motivation och intresse för att tillfriskna, få begränsade fysiska eller psykiska förutsättningar, förlorar rollen som arbetstagare samt måste förändra sina vanor (Kielhofner, 2012).

Begreppet *occupation* innebär utförandet av meningsfulla och betydelsefulla aktiviteter. Mänsklig aktivitet är utförandet av arbete, lek och dagliga aktiviteter i en fysisk och sociokulturell *miljö*. Arbetsterapi bygger på att människan är en aktiv varelse vilken mår bra av att vara aktiv samt har en inneboende kraft att kunna påverka sin hälsa och sitt välbefinnande. Aktiviteter är viktiga komponenter i personens vardagsliv för att känna delaktighet, välbefinnande och främjande av hälsa (Kielhofner, 2012).

*Occupational deprivation* (aktivitetsförlust) är en situation som skapas av en krock mellan den enskilde och den omgivande miljön, exempelvis vid sjukskrivning. Yttre faktorer, exempelvis sociala, kulturella eller strukturella, som personen inte har kontroll över, leder till att han eller hon inte kan vara delaktig i samhället fullt ut. *Belonging* (tillhörighet) är en känsla av delaktig, tillhörighet och gemenskap i samhället genom aktivitetsutförande och socialt samspel med andra människor. *Becoming* (blivandet) beskrivs som en resa mot den vi vill vara och de aktiviteter som leder oss mot den bilden är de som är meningsfulla. Detta är viktigt för att en person ska kunna uppleva hälsa, kunna utveckla sin fulla kapacitet och förverkliga sig själv (Wilcock, 2006).

Synsättet inom arbetsterapi har förändrats och i början betonades betydelsen av bland annat hantverk som ett terapeutiskt medel vilket innebär hantverks- och delaktighetsaktiviteter. Därefter fördjupades yrket i kunskaper om människans inre strukturer, muskelsystemet och positionering och fokus hamnade på mer renodlad funktionsträning. I dag handlar arbetsterapi om aktivitetens betydelse, dess positiva inverkan på hälsa och välbefinnande samt vilka faktorer som påverkar aktivitetsutförandet (Kielhofner, 2009).

Sedan början av arbetsterapeutyrket har kreativiteten varit i fokus. I en studie med syfte att få fram personens subjektiva uppfattning om vad kreativitet är delades den in i dessa fem olika områden; att kreativitet behöver en stödjande miljö, är en del av vardagen, används som en medveten strategi, att kreativitet innebär risktagande och att det kan vara konst i terapiform. Studien har visat att kreativitet kan innebära många olika aktiviteter och verkar i praktiken på ett rikare sätt än vad som framgår av arbetsterapi litteratur (Schmid, 2004).

Arbetsterapi är till för personer vilka riskerar att få eller har fått nedsatt aktivitetsförmåga och som är i behov av stöd för att själva skapa förutsättningar för ett värdefullt liv. Arbetsterapeutens uppgift är att genomföra åtgärder vilka avser aktiviteter, individ eller miljö i det dagliga livet samt se till att aktivitetsförmågan förebyggs, bibehålls eller förbättras. Hon eller han ska även tillsammans med individen aktivt försöka lösa eller mildra de aktivitetsproblem som uppstår vid en sjukdom eller skada med hjälp av evidensbaserade metoder (FSA, 2005).

## Grupper i arbetsterapi

Gruppinterventioner används inom arbetsterapi då människan är en social varelse och att socialt samspel är en grundläggande aspekt av vardagslivet och delaktigheten i samhället (Eklund, 2010 b, FSA, 2005). Genom att organisera arbetsterapeutisk rehabilitering i mindre miljöer där olika typer av sociala sammanhang kan speglas, ges tillfälle att delge upplevelser till andra. I gruppen finns en *förståelsefaktor* som gör att personen inser att hon eller han inte är ensam samt kan identifiera sig med andra. *Gruppsammanhållningen* får personer att bli mer närvarande, delaktiga och mottagliga för gruppens mål. Genom *aktivitetsfaktorn* lär sig personen något och kan överträffa sig själv. *Känslofaktorn* innebär att personen känna sig accepterad och att få ge utlopp för sina känslor och tankar. I gruppen kan *handlingsfaktorer* uppstå vilket innebär att ventileras, integreras och ge och få stöd från andra. Fler personer rehabiliteras i en grupp än ett enskilt möte men det är inget terapeutiskt syfte (Eklund, 2010a). Tillsammans med andra i en grupp kan personen förvärva och prova nya färdigheter under avspända och roliga förhållanden. Hänsyn måste tas till att gruppaktiviteter kan kännas pressande och hotande för personen (Griffiths & Corr, 2007).

## Skapande aktiviteter inom arbetsterapi

Ett tidigt grundantagande inom arbetsterapi är att livet blir mer hälsosamt då personer får skapa och vara aktiva i dagliga aktiviteter (Leufstadius, Gunnarsson & Tjörnstrand, 2010). Aktivitet inom arbetsterapi har tidigare ofta varit förknippat med skapande aktiviteter och hantverk. Hantverk kan användas inom både den somatiska och psykiatriska vården med syfte att återfå förmågor och få personen att utföra sina livsroller och vardagliga aktiviteter. Skapande aktiviteter kan användas för att förvärva nya färdigheter vilka i förlängningen kan leda till deltagande i en social aktivitet. Detta kan ge personen stöd och arbetsterapeuten kan använda skapande aktiviteten som ett medel för bedömning och resultatmätning (Holder, 2001).

Arbetsterapeuter använder sig av många olika skapande aktiviteter som exempelvis målning, musik, keramik, sömnad och drama. Dessa anpassas efter personens specifika intressen och färdigheter. Skapande aktiviteter kan användas för att öka personens självförtroende, självkänsla och självmedvetenhet. Både skapandeprocessen och slutprodukten kan leda till en känsla av framgång och välmående och hjälpa personen att uppnå sina mål (Griffiths & Corr, 2007). Oavsett om det personen skapar ska vara användbart, vackert eller ett sätt att uttrycka sig på kan det vara hälsofrämjande (Leufstadius, Gunnarsson & Tjörnstrand, 2010). I en studie av Griffiths och Corr (2007) framkom att drygt 80 % av arbetsterapeuterna använder sig av skapande aktiviteter som en intervention inom psykiatrin. De som inte använde skapande aktiviteter angav att främsta anledningen var brist på resurser både beträffande tid och pengar till material och utrustning.

## **Nytan för individ, samhälle och profession**

Detta examensarbete är till nytta för individen som kan få en ökad upplevd hälsa (Wilkinson, Waters, Bygren & Tarlov, 2007; Cuypers et al., 2012). Målet med behandling av depression och ångestsyndrom är tillfrisknande, återgång till tidigare funktionsnivå, återfå social funktion och livskvalitet samt minska risken för återinsjuknande. Dessa mål kan uppnås för flertalet personer om de tillgängliga behandlingsmöjligheterna utnyttjas konsekvent (Socialstyrelsen, 2010).

Om kulturella aktiviteter visar sig ha effekt på personer vilka är eller riskerar att bli sjuk-skrivna för långvarig diffus smärta och/eller måttliga till medelsvåra ångestsyndrom, depression eller stress kan det användas som en behandlingsmetod för att de ska kunna återgå i arbete eller sysselsättning. Detta minskar i sin tur kostnaderna för samhället (Försäkringskassan, 2015).

Fördel för professionen arbetsterapeut är att stärka rollen inom arbetsrehabilitering samt att fokus är på aktivitet vilket är arbetsterapeuters ledord. Professionen får kunskap om hur kultur påverkar individen och hälsan och kan arbeta mer klientcentrerat med nya lösningar och samarbeten vilket ökar professionens bredd och ger nya kunskaper (FSA, 2005).

Examensarbetet är en uppföljning av interventionen Kultur på recept i Region Jönköpings län med före och efter mätning av redan insamlat material. Målet är att personerna ska kunna återgå till någon form av arbete, arbetsträning eller studier. Forskning visar att kulturella upplevelser stimulerar sinnena och kan bidra till en ökad hälsa (Region Jönköpings län, 2015).

# Syfte

Syftet med detta examensarbete är att jämföra hur interventionen kultur på recept kan påverka upplevd arbetsförmåga, hälsorelaterad livskvalitet, en känsla av sammanhang och tilltron till den egna förmågan hos personer med långvarig diffus smärta och/eller måttliga till medelsvåra ångestsyndrom, depression eller stress före och direkt efter intervention.

## Frågeställning

Kan kulturella aktiviteter påverka den upplevda arbetsförmågan, hälsorelaterad livskvalitet, en känsla av sammanhang och tilltron till den egna förmågan målgruppen?

## Hypoteser

Nollhypotes (H<sub>0</sub>): Kulturella aktiviteter påverkar inte upplevd arbetsförmåga, hälsorelaterad livskvalitet, en känsla av sammanhang och tilltron till den egna förmågan hos personer i arbetsförålder med långvarig diffus smärta och/eller måttliga till medelsvåra ångestsyndrom, depression eller stress direkt efter intervention.

Alternativhypotes (H<sub>A</sub>): Kulturella aktiviteter påverkar upplevd arbetsförmåga, hälsorelaterad livskvalitet, en känsla av sammanhang och tilltro till den egna förmågan hos personer i arbetsförålder med långvarig diffus smärta och/eller måttliga till medelsvåra ångestsyndrom, depression eller stress direkt efter intervention.

## Material och metod

Den ursprungliga studien av Kultur på recept i Region Jönköpings län (2015) är en kvasiexperimentell studie (Kristensson, 2014). Författarna har använt sig av den kvantitativa delen av denna studie för att göra en uppföljning av delar av interventionen Kultur på recept. Det finns även en del med kvalitativ design. Författarna har valt ut och sammanställt vissa bakgrundfrågor och instrument av det kvantitativa materialet för att besvara syftet med examensarbetet. Samtliga instrument är självskattningsinstrument.

### Urval

Det konsekutiva urvalet i den ursprungliga studien bestod av det totala antalet på 57 respondenter, 54 kvinnor och 3 män. Ett konsekutivt urval innebär att personer väljs ut inom en viss tid till dess att tillräckligt många rekryterats (Kristensson, 2014). Respondenterna rekryterades till kultur på recept på vårdcentraler i primärvården, antingen av personal som såg behovet eller efter eget önskemål. Respondenterna delades in i åtta grupper. Innan databearbetning var bortfallet 11 respondenter beroende på att det fattades antingen före- eller efter mätning. *Inklusionskriterierna* var personer i arbetsförålder med diffus smärta och/eller måttliga till medelsvåra ångestsyndrom, depression eller stress.

### Datainsamling

Datan i den ursprungliga studien av Kultur på recept samlades in mellan mars 2014 till januari 2015 (I. Jansson, personligkommunikation, 31mars, 2015). I detta examensarbete ingår ett antal bakgrundsfrågor (bilaga 1) samt fyra utvalda instrument WAI (Work Ability Index), EQ-5D, SOC (Sense of Coherence) och GSE (General Selfefficacy Scale) (bilaga 2,3,4,5). Enligt handledare Inger Jansson (I. Jansson, personligkommunikation, 31mars, 2015) har respondenterna i de tre första grupperna fått de avslutande enkäter hemskickade. De fem senare grupperna fyllde i den avslutande enkäten på plats. Utifrån högskolans direktiv har ett följebrev med information om examensarbetets syfte och genomförande skrivits (bilaga 6). Enkäterna har förvarats på ett säkert sätt så att endast handledare och författare till detta examensarbete har haft tillgång till dem.

### Bakgrundsfrågor

Ur det ursprungliga materialet valdes följande bakgrundsfakta om respondenterna; kön, ålder, etnicitet samt vilken är din nuvarande sysselsättning? (bilaga 1).

### Instrument

WAI (bilaga 2) är ett självskattningsinstrument om upplevd arbetsförmåga och författarna har valt ut de frågor som är med i den ursprungliga studien; ”Vilka är de huvudsakliga kraven i ditt arbete?” Den andra frågan var ”Vi antar att din arbetsförmåga, då den var som bäst, värderas med 10 poäng. Vilket poängtal skulle du ge din nuvarande arbetsförmåga?” (Arbets- och miljömedicin Uppsala, 2012). WAI är ett validerat och väl etablerat instrument som identifierar hinder och personliga riskfaktorer vilka finns vid nedsatt arbetsförmåga. Detta instrument används regelbundet vid olika typer av granskningar av hälsan relaterat till arbete (De Zwart, Frings-Dresen, & Van Duivenbooden, 2002).

EQ-5D är ett livskvalitetsinstrument (se bilaga 3) som består av två delar. Första delen är ett frågeformulär och innehåller fem dimensioner: fysisk funktionsförmåga, huvudsakliga aktiviteter, social förmåga, smärta och psykiska besvär. Ett exempel på en fråga är ”vilket påstående beskriver bäst ditt hälsotillstånd idag angående smärtor/besvär? Andra delen består av EQ- VAS (vertical visual analogue scale) som är en skala graderad från 0 till 100, där 0 är sämsta tänkbara hälsa och 100 är bästa tänkbara hälsa (Landstinget i Uppsala län, 2014). EQ-5D har evidens för reliabilitet, validitet och förmåga att mäta förändring (Haywood, Garratt & Fitzpatrick, 2005).

SOC (bilaga 4) är ett självskattningsinstrument vilket mäter känslan av sammanhang (Antonovsky, 2005) och personen uppger sin upplevelse av olika känslotillstånd och händelser. Personen skattar hur meningsfullt han/hon upplever sitt liv vara, hur begriplig han/hon tycker att tillvaron är och hur han/hon upplever sina möjligheter att kunna påverka (Antonovsky, 2005). Ett exempel på en fråga är “ Har du en känsla av att du inte riktigt bryr dig om vad som händer runt omkring dig?”, där svaren ges utifrån en sjugradig skala. I examensarbetet används instrument SOC-13 vilket är en förkortad variant av SOC-29. I en studie med tidigare material från 20 länder gällande genomförbarhet, reliabilitet och validitet av skalan, liksom normativa data. Det omfattade 26 studier med SOC-29 och 16 studier med SOC-13 vilka visade hög validitet (Antonovsky, 1993). Känslan av sammanhang har en betydande roll i förklaringen till hälsa och utveckling samt underhåll av personers hälsa. Detta gäller oavsett ålder, kön, etnicitet, nationalitet och studiedesign. Det finns evidens för SOC (Sense of Coherence,) och är starkt relaterad till upplevd hälsa (Eriksson & Lindström(2005).

GSE (bilaga 5) skattar tron på den egna förmågan att hantera dagliga problem och stressade situationer. Skalan består av 10 påståenden vilka värderas på en fyrgradig skala. Ett exempel på ett påstående är: “Jag lyckas alltid lösa svåra problem om jag bara anstränger mig tillräckligt” (Koskinen-Hagman, Schwarzer & Jerusalem, 1999). Resultatet från skattningen speglar en generaliserad bild över hur individen fungerar i olika situationer och individens tilltro till den egna förmågan och individens copingförmåga (Luszczynska, Scholz & Schwarzer, 2005).

Om majoriteten av svaren för respondent på ett instrument var bortfall valde författarna att ta bort hela instrumentet. Var majoriteten av svaren ifyllda men några enstaka bortfall förekom togs ett medelvärde fram genom att addera de befintliga värdena delat på antalet befintliga värden, och förde in det där resultat fattades. Detta gjorde att det inte blev samma antal respondenter i alla instrumentvariabler.

### **Validitet och reliabilitet**

Den interna validiteten stärks av att de instrument som användes i enkäterna har validitet (De Zwart, Frings-Dresen, & Van Duivenbooden, 2002; Haywood , Garratt & Fitzpatrick 2005; Eriksson & Lindström, 2005; Löve, Moore & Hensing, 2012; Luszczynska, Scholz & Schwarzer, 2005). Den interna validiteten stärktes också av syftet som är tydligt och avgränsat. Författarnas egen uppfattning är att resultatets reliabilitet är hög, vilket innebär att samma resultat skulle uppnås vid ett annat testtillfälle i liknande förhållanden (Kristensson, 2014).

### **Dataanalys**

För statistisk analys matades materialet in i dataprogrammet *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, version 21) (Wahlgren, 2008). Enkät svar från 45 respondenter, 43 kvinnor (96 %) och 2 män (4 %) från sammanlagt 8 kultur på recept- grupper analyserades.

WAI (Work Ability Index), EQ-5D, SOC (Sense of Coherence) samt GSE (General Selfefficacy Scale) är kvalitativa variabler i ordinalskala (Ejlertsson, 2012) och resultatet kommer att bearbetas som icke parametrisk statistik (Wahlgren, 2008) i SPSS. EQ-VAS, visuell analog skala är en kvantitativ variabel i ordinalskala och bearbetas som icke parametrisk statistik (Ejlertsson, 2012) i SPSS (Wahlgren, 2008). Då författarna förde in materialet från SOC (Sense of Coherence) i SPSS valde de att vända på fråga 1,2,3, 7 och 10 enligt metodanvisning så att alla frågor var åt ett håll för att det skulle bli lättare att läsa av resultaten. Efter ändringen var 1 ett negativt svar och 7 ett positivt svar på alla 13 frågor.

Vid bearbetning inom en och samma grupp vid två tillfällen, vilket i examensarbetet innebär att se om något förändrats mellan före och eftermätningar vid icke-parametrisk statistik, används Wilcoxon signed-rang test. I tabellerna visas median, min-max mått samt p-värde på samtliga instrumentresultat (Kristensson, 2014).

## **Etiska överväganden**

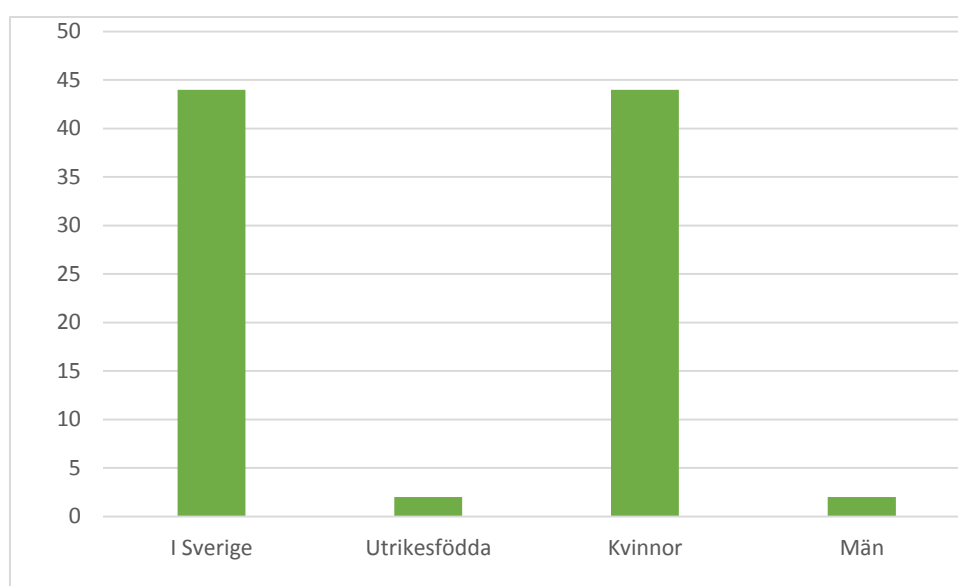
Respondenterna i detta examensarbete är informerade om de forskningsetiska regler som gäller genom ett följebrev som de fick i samband med datainsamlingen i den ursprungliga studien. Det följebrev som finns som bilaga till detta examensarbete har utformats i utbildnings-syfte och har aldrig skickats till respondenterna (bilaga 6). Med *Informationskravet* menas att respondenterna informeras om syftet med studien och vad medverkan i studien innebär. *Samtyckeskravet* innebär att deltagare i undersökningen har rätt att själva bestämma över sin medverkan och de informeras om att det är frivilligt att delta. De bestämmer även själva om hur länge och på vilka villkor de skall delta och de kan avbryta sin medverkan när som helst utan att detta medför negativa följder. *Konfidentialitetskravet* innebär att personer som ingår i undersökningen ges konfidentialitet och datamaterialet skall förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av det. *Nyttjandekravet* innebär att uppgifter som samlas in om enskilda personer endast får användas forsknings- eller studiesyfte (Vetenskapsrådet, 2002). En etisk egengranskning enligt Hälsohögskolans anvisningar har genomförts (Högskolan i Jönköping, 2015). Den ursprungliga studien *Kultur på recept* (Region Jönköping Län, 2015) omfattar även en etisk prövning som är godkänd av Etikprövningsnämnden (u.å.).

# Resultat

Resultatet i följande avsnitt presenteras utifrån bakgrundsfrågorna och uppföljning. Svarsfrekvensen i de olika delarna ligger mellan 91 % och 100 %.

## Respondenter

Det totala antalet respondenter i det insamlade materialet är 45 personer, 43 kvinnor och 2 män och det stora flertalet var födda i Sverige (figur I). Den äldsta respondenten var 60 år, den yngsta 20 år och medianåldern var 45 år. Fördelningen av respondenternas sysselsättning visas i tabell I (bilaga 1).



Figur I. Fördelning av utrikes födda samt män och kvinnor bland respondenterna före intervention (n=45).

Det stora flertalet respondenter var sjukskrivna både vid interventionsstart och direkt efter interventionen. Antalet respondenter som svarade att de var sjukskrivna eller hade sjuk- eller aktivitetsnedsättning hade minskat från 39 i föremätningen till 37 i eftermätningen. Antalet som svarat förvärvsarbete eller studier har ökat från 1 före till 3 efter intervention. En sammanställning av respondenternas svar på sysselsättning visas i tabell I

Tabell I. Sammanställning över sysselsättning före respektive efter intervention (n=44)

	Sysselsättning	
	Före	Efter
<b>Förvärvsarbete/Studier</b>	1	3
<b>Praktik/arbetsträna/arbetsökande</b>	2	3
<b>Sjukskriven/Sjuk eller aktivitetsersättning</b>	39	37
<b>Annat</b>	2	1



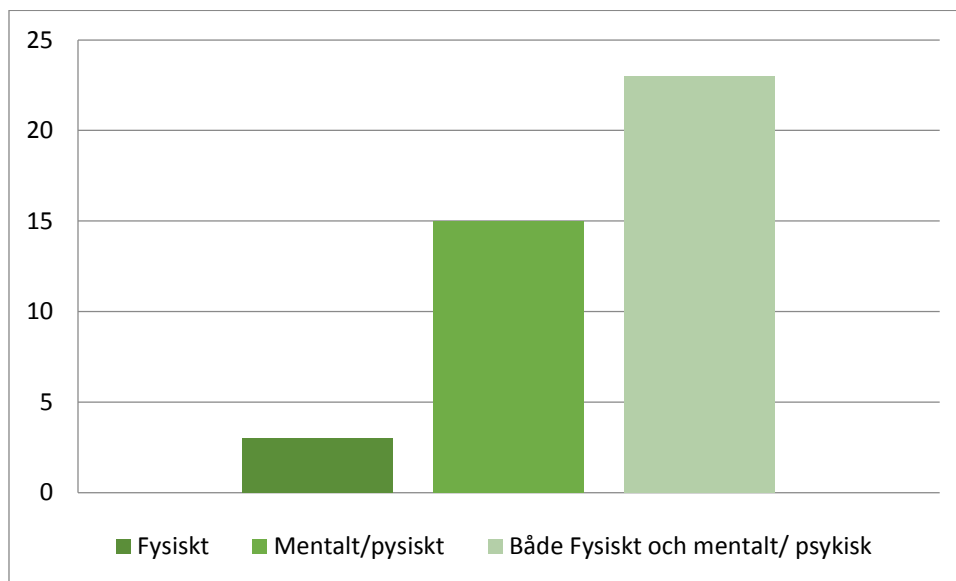
## Arbetsförmåga och arbetets krav

Skattning av arbetsförmågan och arbetets krav gjordes med hjälp av WAI (Work ability index) (bilaga 2). Före intervention hade 53 % av alla respondenter uppgett att de inte alls kunde arbeta. Efter interventionen hade denna andel sjunkit till 36 %.

Tabell II. En jämförelse av den totala upplevda arbetsförmågan (n = 43) samt de lägsta skattningarna (n = 30) före och direkt efter intervention enligt WAI.

	Före		Efter		P-värde
	Median	Min-Max mått	Median	Min-Max mått	
<b>WAI - arbetsförmåga totalt</b>	1,0	1-8	2,0	1-8	0,005

Resultatet av den upplevda arbetsförmågan (tabell II) visade att medianen hade ökat i eftermätningen, vilket visar på en förbättring efter intervention. Spridningen på respondenternas skattningar skilde sig inte i de båda mätningarna. Skillnaden var signifikant. Svansfrekvensen på arbetsförmåga var 96 %.



Figur II. Fördelningen av skattningarna av arbetets krav hos respondenterna före intervention (n=41).

## Livskvalitet och upplevd hälsa

Skattning av livskvalitet gjordes med hjälp av Livskvalitetinstrumentet EQ-5D och vid skattning av upplevd hälsa användes EQ-VAS (bilaga 3).

Tabell III. Sammanställning av resultatet av livskvalitet (n=42) samt upplevd hälsa (n=43) hos respondenterna före respektive efter intervention.

	Före		Efter		P-värde
	Median	Min-Max mått	Median	Min-Max mått	
<b>EQ-5D – Livskvalitet</b>	8,5	6-11	8,0	5-12	0,197
<b>EQ-VAS – Upplevd hälsa</b>	32,0	9-80	40,0	0-80	0,294

Resultatet av livskvaliteten visade att medianen hade sjunkit i eftermätningen, vilket innebar att respondenterna skattade en förbättring efter intervention. Spridningen på respondenternas skattningar hade ökat vid eftermätningen. Resultatet av respondenternas upplevda hälsa visade att medianen hade ökat i eftermätningen, vilket visar på en förbättring, och min-måttet hade sjunkit. Skillnaderna när det gällde livskvalitet och upplevd hälsa var inte signifikanta. Svarsfrekvensen på livskvalitet var 93 % och på upplevd hälsa var den 96 % (tabell III).

## Känsla av sammanhang

Skattning av känsla av sammanhang gjordes med hjälp av SOC (bilaga 4).

Tabell IV. Sammanställning av Känsla av sammanhang hos respondenterna före respektive efter intervention (n=43)

	Före		Efter		P-värde
	Median	Min-Max mått	Median	Min-Max mått	
<b>SOC – Känslan av sammanhang</b>	49,0	25-79	52,0	22-85	0,418

Resultatet av känslan av sammanhang (tabell IV) visade att medianen hade ökat i eftermätningen vilket visar på en förbättring. Även spridningen av respondenternas skattningar har ökat efter interventionen. Skillnaden var inte signifikant. Svarsfrekvensen på arbetsförmåga var 96 %.

## Tilltron till den egna förmågan

Skattning av tilltron på den egna förmågan gjordes med hjälp av GSE (General Selfefficacy Scale) (bilaga 5).

Tabell V. Sammanställning av tilltron på den egna förmågan hos respondenterna före respektive efter intervention (n=43)

	Före		Efter		P-värde
	Median	Min-Max mått	Median	Min-Max mått	
<b>GSE – Tilltron till den egna förmågan</b>	25,0	10-38	25,0	10-35	0,682

Resultatet av tilltron till den egna förmågan (tabell V) visade att medianen är oförändrad. Det finns alltså ingen skillnad i hur respondenterna skattade innan och efter interventionen. Måttet har sjunkit i eftermätningen och skillnaden var inte signifikant. Svarefrekvensen på arbetsförmåga var 96 %.

# Diskussion

## Metoddiskussion

Båda författarna var delaktiga i inmatningen av data i Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 21.

### Datainsamling/Databearbetning

Data från personerna som deltog i Kultur p årecept (Region Jönköping Län, 2015) har använts vid databearbetningen. Efter det interna bortfallet blev antalet respondenter 45. I det insamlade materialet valdes de bakgrundsfrågor och instrument som motsvarade examensarbetets syfte. Bortfallet i det granskade materialet var litet sett utifrån storleken på materialet. Enligt Ejlertsson (2012) minskar felaktiga generaliseringar av respondenterna då bortfallet är litet. De instrument vilka valdes ut till examensarbetet är validitets- och reliabilitetstestade. Validiteten av de analyser som genomförts i detta examensarbete visas genom att resultatet leder fram till svar på frågeställningarna, då validitet visar att man undersökt det man avsett att undersöka (Kristensson, 2014). Examensarbetets reliabilitet kan testas genom att någon annan genomför beräkningar på materialet och kan få samma resultat. Reliabilitet visar på tillförlitlighet i material och samma resultat ska kunna fås vid flera olika mätningar (Kristensson, 2014).

Författarna upptäckte några skillnader mellan de tre första grupperna och de övriga. Exempelvis frågan om respondenten hade någon tidigare erfarenhet inom kultur som endast fanns med i de tidiga enkäterna. Enligt handledare Inger Jansson (I. Jansson, personligkommunikation, 31mars, 2015) beror detta på att de tidigare grupperna i projektet fungerade som en pilotstudie och frågorna justerades därefter. Även frågan "Var är du född?" varierade i de två enkätvarianterna. I den senare fanns alternativen "I Sverige", "I annat land inom EU" och "I annat land utanför EU" medan den tidigare enkätvarianten endast hade alternativen "I Sverige" och "I annat land". Detta innebar att författarna var tvungna att använda varianten med endast två alternativ.

## Resultatdiskussion

Vid beräkning av resultatet arbetade författarna utifrån syftet och de frågeställningar som ställts för att kunna besvara dessa. Författarna anser att det resultat som framkom besvarar frågeställningarna. Författarna har valt att först diskutera de oväntade resultaten som framkom om etnicitet och kön vilket inte var med i syftet men är relaterat till målgruppen för Kultur på recept. Efter det diskuterar författarna samtliga instrument.

### Respondenter

Författarna finner att enbart två av respondenterna är utrikesfödda vilket kan ses som anmärkningsvärt. Är de kulturella aktiviteter som erbjuds motiverande för alla, även från andra kulturer? Skulle man kunna fokusera på andra aktiviteter som tilltalar utrikesfödda personer i högre utsträckning? Sverige har utvecklats från ett homogent till ett mångkulturellt samhälle med personer med olika kulturella bakgrunder och etnicitet (Allen, 2006). Andelen utrikesfödda i befolkningen var drygt 12 procent år 2004. De hade i genomsnitt 31 procent högre sjukfrånvaro än inrikes födda år 2002. De två viktigaste orsakerna till att personer födda utan-

för Norden har högre sjukfrånvaro är en svårare arbetsmarknadssituation och en sämre hälsa än inrikes födda. Dessa personer bedömer både sin nuvarande och framtida hälsa som betydligt sämre jämfört med inrikes födda sjukskrivna. De har i högre grad besvär i rörelseorganen, men inga skillnader när det gäller diagnosen psykiska besvär vid sjukskrivning (Försäkringskassan, 2005). Att komma till ett nytt land innebär en ny miljö och kultur. Den kulturella miljön och hur den påverkar olika aktiviteter har betydelse för personens aktivitetsutförande (Kielhofner, 2012). Det är viktigt att arbetsterapeuten kan anpassa aktiviteterna till olika personer för att öka delaktigheten vid aktivitet (FSA, 2005). Grunden i arbetsterapin bygger på att hitta meningsfulla aktiviteter och att dessa formas med tanke på klientens kulturella bakgrund (Christiansen & Townsend, 2010; Kielhofner, 2012).

Antal män bland respondenterna var endast två stycken vilket också är ett anmärkningsvärt resultat. Det låga antalet män i materialet kan bero på att det i dag är färre män än kvinnor som är sjukskrivna för diagnoserna långvarig diffus smärta och/eller måttliga till medelsvåra ångestsyndrom, depression eller stress (Socialstyrelsen, 2010). Arbetsmiljön för kvinnor och anställda inom kvinnodominerade yrken är sämre än vad som är fallet för män, vilket kan ge sömnproblem, nedstämdhet och ledvärk. Detta ökar risken att lämna arbetslivet i förtid (Arbetsmiljöverket, 2014). En annan aspekt beträffande det låga antalet män i Kultur på recept kan enligt författarna ha med själva aktiviteterna att göra. Är utbudet av aktiviteter som finns i dag meningsfulla (FSA, 2005) för män? En tidigare studie visar att mäns hälsa påverkas positivt i större utsträckning av att gå på kulturella aktiviteter som observatörer (sportevenemang, museum, konsert, teater, film och gå i kyrkan) än aktiviteter som kräver kreativitet medens kvinnors hälsa istället påverkas positivt av kreativa kulturella aktiviteter (utomhusaktivitet, fysisk träning, sång, spelas teater, dans, göra musik och gå på klubbmöte) (Cuypers et al., 2012).

Författarna ställer sig frågan om män och kvinnor behandlas jämställt. Genushanden är en metod som går ut på att man som vårdpersonal ska tänka utifrån det motsatta könsperspektivet, tänka tvärtom, då man behandlar en patient. De frågor som vanligtvis ställs till kvinnor ska man lyfta och ställa även till män och tvärtom. Män får oftare en somatisk inriktning på diagnosen medan kvinnor oftare får en psykosomatisk diagnos. En slentrianmässig uppdelning i manligt och kvinnligt ökar risken för felbedömningar. Män får tidigare specialistremisser och större stöd av arbetsgivaren. Män rehabiliteras utifrån arbete, medan kvinnor rehabiliteras utifrån sin sociala situation (Region Skåne, u.å.).

Författarna tycker att bakgrundsfrågor om tidigare intresse inom natur och kultur och vad respondenterna tycker om att testa olika kulturella aktiviteter hade vart intressanta att ha med. Med dessa frågor framgår om personen har intresse av kulturella aktiviteter och upplevelsen av att delta i *Kultur på recept* (Region Jönköping Län, 2015). Frågorna skapar en bra utgångspunkt för respondenten samt för arbetsterapeuten att arbeta klientcentrerat (FSA, 2005). Det kan vara så att personen testat något vilket den aldrig gjort tidigare men uppskattar det och får nya vanor och roller och kan därmed ha ökat sin utförandekapacitet (Kielhofner, 2012). Med delaktighet, gemenskap i samhället och sociala samspelet med andra människor ger Beloning vilket är viktigt för att en person ska kunna uppleva hälsa samt kunna utveckla sin kapacitet (Wilcock, 2006).

## Instrumenten

Resultatet av respondenternas upplevda arbetsförmåga (WAI) visar att resultatet är signifikant. Detta innebär att författarna dra slutsatsen att kulturella aktiviteter påverkar arbetsförmågan på ett positivt sätt och därför anta HA-hypotesen. De respondenter som innan intervention har skattat att de inte alls kan arbeta har blivit mer optimistiska. Målet med behandling är enligt Socialstyrelsen (2010) återfå tidigare funktioner vilket kan innebära att återgå till någon form av arbete eller studier. Det stora flertalet respondenter upplever psykiska/mentala krav (WAI) i sitt arbete. Det gör att den psykiskosociala arbetsmiljön kan vara ett hinder och är viktig att se över och lägga fokus på. Förväntningar och krav som personen inte kan leva upp till kan orsaka stress (Lindfors, 2013) och aktiviteternas kravnivå ska vara i proportion till personens färdigheter (Leufstadius & Argentzell, 2010).

Respondenterna har skattat en förbättring av den upplevda livskvaliteten (EQ-5D) efter intervention. Målet med behandling av personer med depression eller ångest är enligt Socialstyrelsen (2010) att återfå livskvalitén och kunna återgå till exempelvis arbete eller studier. Den svaga minskningen som kunde ses var dock inte signifikant. I resultat av det upplevda hälsotillståndet (EQ-VAS) före respektive efter kultur på recept syns en marginell ökning. Det framkom dock ingen signifikans på detta resultat vilket gör att författarna måste anta 0-hypotesen.

Resultatet av känslan av sammanhang (SOC) visar att respondenterna skattar en förbättring eftermätningen. Trots att en svag ökning av känslan av sammanhang kan ses är det inte signifikant vilket innebär att författarna förkastar HA-hypotesen. Känslan av sammanhang har betydelse för hur en person klarar att hantera stressade situationer och hantera olika utmaningar ser sina friskfaktorer trots nedsättningar (Medin & Alexandersson, 2012; Hanson, 2004; Doctare, 2008; Antonovsky, 2005).

Resultatet av tilltron till den egna förmågan (GSE) visar ingen förändring i respondenternas skattningar. Resultatet och effekter av respondenternas copingförmåga (Luszczynska, Scholz & Schwarzer, 2005) och möjlighet att uppnå mål i livet (Avey, Wernsing & Mhatre, 2011) har inte ökat så mycket.

Beträffande sysselsättningen bland respondenterna är fortfarande en hög andel sjukskrivna eller har aktivitetsersättning efter intervention. Det kan bero på att det tar tid att få jobb, påbörja studier och få fram praktikplatser. Detta gör att det även vara en uppföljning efter 6 månader för att kunna få fram ett mer rättvist resultat. Genom att få personer i sysselsättning minskar kostnaderna för samhället (Försäkringskassan, 2015).

Man kan fråga sig varför man inte kan se tydligare förbättringar då tidigare studier (Augustinsson, 2011; Norrbottens läns landsting, u.å.) har visat detta mer tydligt. Detta menar författarna kan bero på att utvärderingen i detta examensarbete skedde direkt efter kultur på recept och att förbättringen kanske inte märks så snabbt. Smärta eller depression sänker ofta handlingsförmågan (Nordenfelt, 2004), vilket innebär att respondenterna skulle kunna bli mer handlingskraftiga i ett längre perspektiv. Resultatet hade troligtvis blivit högre än som visas i detta examensarbete. Författarna ställer sig frågan om resultatet skulle kunna vara ännu bättre om interventionen med de kulturella aktiviteterna hade varat under en längre period än 10 veckor (Region Jönköping Län, 2015). Vidare kan man diskutera fördelar och nackdelar med att utföra kulturella aktiviteter tillsammans med andra personer med liknande problematik. En person med ångest eller depression kan smitta av sig sina negativa eller bräckliga känslor på en annan person (Ollmark, 2011). Samtidigt kan personer påverkas positivt om någon med liknande svårighet lyckas och mår bättre (Thomeé et al., 2009).

## **Betydelse för arbetsterapi**

Arbetsterapiyrket är ett legitimerat yrke och står under samhällets tillsyn, vilket skapar patientsäkerhet (Jacobson, 2014). Om en arbetsterapeut ansvarar för projekt med kulturella aktiviteter skapar det en säkerhet även för personerna som deltar (Jacobson, 2014).

Enligt författarna skulle det kunna vara en arbetsterapeut vilket arbetade med denna målgrupp för att få mer kunskap och arbeta klientcentrerat för att uppnå ett ökat aktivitetsutförande (FSA, 2005). Schmid (2004) framhåller kreativitet inom arbetsterapi och att den är rikt nyanserad samt kan handla om att våga ta risker, förändra samt anpassa. Studier visar att en arbetsterapeut som gruppleddare har en mer aktiv och delaktig roll än andra yrkeskategorier (Eklund, 2010b)

Skapande aktiviteter kan användas som bedömningsredskap inom vuxenpsykiatri. Arbetsterapeuten kan via observationer bedöma sinnesstämning, beteende, fysisk och psykisk funktion samt kognition och sociala färdigheter. Bedömningarna kan även ske i grupp. Några speciella checklistor eller standardiserade bedömningar används dock inte. Detta gör det möjligt för arbetsterapeuten att även använda kulturella aktiviteter inte bara som en åtgärd likt Kultur på recept utan även i utredningssyfte (Griffiths & Corr 2007).

Enligt Holder (2001) har arbetsterapeuter ett motstånd till att använda hantverk som en intervention och tendenser finns att andra professioner upptäcker kopplingen mellan kreativa aktiviteter och välmående. Författarna vidhåller att det är viktigt att inte glömma bort vår historia (Kielhofner, 2009) samt att personer i dag fortfarande tycker att dessa former av aktivitet är meningsfulla (FSA, 2005). Detta skulle kunna förändra förhållningssättet inom arbetsterapi och utföra dessa aktiviteter i intervention.

Detta examensarbete ihop med andra studier med material om kulturella aktiviteter (Augustinsson, 2011; Norrbottens läns landsting, u.å.) är viktigt för utvecklingen av arbetsterapi. Detta kan underlätta förståelsen för respondenterna och effekten av de kulturella interventionerna vilka verkar positivt för personer med nedsatt arbetsförmåga (FSA, 2005). Detta examensarbete kan vara till hjälp för arbetsterapeuter då de ska arbeta med denna målgrupp i framtiden. Det kan ta längre tid att se ett resultat hos personer med den problematik författarna tar upp, eller så har interventionen ingen effekt. Det kan även visa att en längre uppföljningstid behövs.

## **Förslag på kommande undersökningar**

Författarna menar att fler undersökningar behöver göras inom det valda problemområdet. Dels att undersöka vilka kulturella aktiviteter som är meningsfulla för alla oavsett genus, etnicitet eller vilken yrkesgrupp deltagarna i projektet har, detta för att kunna nå ut till alla. Vidare behöver arbetsterapeutens roll definieras vid kulturella aktiviteter.

## Slutsatser

De slutsatser som kan dras efter det resultat som presenteras är att kultur på recept har en signifikant positiv påverkan på arbetsförmågan direkt efter intervention. När det gäller livskvalitet, känslan av sammanhang och tron på den egna förmågan visas en liten positiv förändring direkt efter intervention men att den inte är signifikant och kan bero på slumpen. Fler studier behöver genomföras på samma material för att få mer kunskap om hur kulturella aktiviteter påverkar personer med långvarig diffus smärta och/eller måttliga till medelsvåra ångestsyndrom, depression eller stress. Förslag på vad som kan studeras är hur kultur på recept påverkar dessa personer en längre tid efter intervention, samt vilka aktiviteter vilka upplevs meningsfulla utifrån etnicitet och genus perspektiv.



## Referenser

- Allen, D. G. (2006). Whiteness and difference in nursing. *Nursing Philosophy*, 27(2), 65-78.
- Antonovsky, A. (2005) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36, 725-733.
- Arbets och miljö medicin Uppsala. (2012). *Work Ability Index (WAI)*. Hämtad 28 april, 2015, från <http://www.ammuppsala.se/work-ability-index-wai>
- Arbetsmiljöverket. (2014). *Projektrapport – Inspektioner av kvinno- och mansdominerad kommunal verksamhet, hemtjänst och tekniskförvaltning. Rapport 2014:3* Hämtad 22 april, 2015 från: [http://www.av.se/dokument/publikationer/rapporter/RAP2014\\_03.pdf](http://www.av.se/dokument/publikationer/rapporter/RAP2014_03.pdf)
- Argentzell, E., & Leufstadius, C. (2010). Teoretiska grunder inom psykosocial arbetsterapi. M. Eklund., B. Gunnarsson & C. Leufstadius (Red.), *Aktivitet & relation. Mål och medel inom psykosocial rehabilitering* (s. 41-71). Lund: Studentlitteratur AB.
- Augustinsson, S. (2011). *Kultur på recept utvärderingsrapport*. Region Skåne: Koncernkontoret.
- Avey, J. B., Wernsing, T. S., & Mhatre, K. H. (2011). A longitudinal analysis of positive psychological constructs and emotions on stress, anxiety, and well-being. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 18, 216-228. doi:10.1177/1548051810397368
- Christiansen, C. & Townsend, E. A. (2010). *Introduction to occupation. The art and science of living* (2nd ed.). New Jersey: Pearson.
- Cohen. G. D., Perlstein. S., Chapline. J., Kelly. J., Firth. K. M & Simmens. S. (2006). The Impact of Professionally Conducted Cultural Programs on the Physical Health, Mental Health, and Social Functioning of Older Adults. *The Gerontologist*, 46, (6), 726–734.
- Cuyper, K., Krokstad, S., Lingaas Holmen, T., Skjei Knudtsen, M., Bygren, L-O., & Holmen, J. (2012). Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the hunt study, Norway. *J Epidemiol Community Health*, 66, 698-703. Doi:10.1136
- De Zwart, B., Frings-Dresen, M., & Van Duivenbooden, J. (2002). Test-retest reliability of the Work Ability Index questionnaire. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 52(4), 177-81.
- Doctare, C. (2008). Nämndens ord kultur handlande det om bakterier, aldrig om människor och värdegrund. G. Bjursell & L. Vahlne Westerhäll (Red.), *Kulturen och hälsan: Essäer om sambandet mellan kulturens yttringar och hälsans tillstånd* (s. 61-74). Stockholm: Santéus.
- Ejlertsson, G. (2012). *Övningsbok i statistik för hälsovetenskaperna* (2uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Eklund, M. (2010 a.). Arbetsterapeutiska gruppmodeller. M. Ekelund, B. Gunnarson & C. Leufstadius (Red.), *Aktivitet & relation. Mål och medel inom psykosocial rehabilitering* (s. 87-97). Lund: Studentlitteratur AB.

Eklund, M. (2010 b.) Grupper i arbetsterapi. M. Eklund., B. Gunnarsson & C. Leufstadius (Red.), *Aktivitet & relation. Mål och medel inom psykosocial rehabilitering* (s. 175-200). Lund: Studentlitteratur AB.

Eriksson M, Lindström B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal Of Epidemiology And Community Health*, 59, (6), 460-466. doi:10.1136/jech.2003.018085

Etikprövningsnämnden. (u.å.) *Etikprövning som avser forskning på människor*. Hämtad 16 maj, 2015, från: <http://www.epn.se/sv/start/startside/>

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2005). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. (2 uppl.). Nacka: Ljungbergs tryckeri.

Försäkringskassan. (2005). *ANALYSERAR 2005:24. Utrikesfödd och sjukskriven – en framtid med förhinder*. Hämtad 16 maj, 2015, från [https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/6d957289-5c8e-45ba-9280-2c707b39588d/analyserar\\_2005\\_24.pdf?MOD=AJPERES](https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/6d957289-5c8e-45ba-9280-2c707b39588d/analyserar_2005_24.pdf?MOD=AJPERES)

Försäkringskassan. (2015). *Socialförsäkringsrapport 2015:1 En beskrivning av sjukskrivna åren 1999–2014 efter kön, ålder, arbetsmarknadsstatus, yrke, sjukskrivningslängd och diagnospanorama*. Hämtad 6 februari, 2015, från <https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/statistik/publikationer/socialforsakringsrapporter>

Griffiths, S & Corr, S. 2007. The Use of Creative Activities with People with Mental Health Problems: a Survey of Occupational Therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 70 (3) 107-114.

Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.

Haywood KL, Garratt AM, Fitzpatrick R.(2005). Quality of life in older people: a structured review of generic self-assessed health instruments. *Qual Life Res*, 14(7), 1651-1668. doi: 10.1007/s11136-005-1743-0

Holder, V., (2001). The use of Creative Activities within Occupational Therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(2), 103-105.

Högskolan i Jönköping. (2015). Egengranskning vid examensarbete. Hämtad 5 mars, 2015, från <http://hj.se/student/studier/blanketter--dokument/halshogskolan.html>

Jacobson, D.(2014). *Juridik för legitimerade arbetsterapeuter* (2.uppl.). Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter.

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

Kielhofner, G. (2012). *Model of Human Occupation. Teori och tillämpning*. Lund: Studentlitteratur.

Koskinen-Hagman, M., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1999). *Swedish version of the general self-efficacy scale*. Retrieved October 22: 2007

Hämtad 8 April, 2015, från <http://userpage.fu-berlin.de/~health/swedish.htm>

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

Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården. (2012). *Viktigt men svårt mäta livskvalitet*. Hämtad 18 Maj, 2015, från <http://www.sbu.se/sv/Vetenskap--Praxis/Vetenskap-och-praxis/Viktigt-men-svart-mata-livskvalitet/>

Landstinget i Uppsala län. (2014). *EQ-5D Hälsoenkät*. Hämtad 17 mars, 2015, från [http://www.lul.se/sv/Extranat/For\\_vardgivare/MOT-PATIENTEN/Sjukvard1/HalsoarbeteLivsstil-2/EQ-5Dformular/](http://www.lul.se/sv/Extranat/For_vardgivare/MOT-PATIENTEN/Sjukvard1/HalsoarbeteLivsstil-2/EQ-5Dformular/)

Leufstadius, C., & Argentzell, E. (2010). Meningsfull aktivitet och psykiskt funktionshinder. M. Eklund., B. Gunnarsson & C. Leufstadius (Red.), *Aktivitet & relation. Mål och medel inom psykosocial rehabilitering* (s. 175-200). Lund: Studentlitteratur AB.

Leufstadius, C., Gunnarsson, B., & Tjörnstrand, C. (2010). Skapande aktivitet. M. Eklund., B. Gunnarsson & C. Leufstadius (Red.), *Aktivitet & relation. Mål och medel inom psykosocial rehabilitering* (s. 175-200). Lund: Studentlitteratur AB.

Lindfors, P. (2013). Stress hos yrkesarbetande kvinnor och män - perspektiv och insatser. I R. Ekman & B. B. Arnetz (Red.), *Stress : gen, individ, samhälle*. Stockholm: Liber.

Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. *The Journal of Psychology*, 139(5), 439-457.

Löve, J., Moore, C., & Hensing, D. (2012). Validation of the Swedish translation of the general self-efficacy scale. *Quality of Life Research*, 21(7), 1249-1253.

Medin, J., & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande: En litteraturstudie* (13.uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Nordenfelt, L. (2004). *Livskvalitet och hälsa - teori och kritik* (2:a uppl). Linköping: Institutionen för hälsa och samhälle. Linköpings universitet.

Norrbottnens läns landsting. (u.å.). *Projekt FärgRik att söka den läkande kraften i kulturen*. Hämtad 24 januari, 2015, från

<http://www.nll.se/upload/ku/stku/kultur%20och%20h%C3%A4lsa/FargRik-rapporten.pdf>

Ollmark, L. (2011). *När en vän mår dåligt – vad kan man göra?* Hämtad 19 maj, 2015, från [http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?ID=175&hjalp\\_en\\_kompis](http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?ID=175&hjalp_en_kompis)

Region Jönköping Län, (2009). *Arbetsprogram riktat till patienter med smärta och/eller stressrelaterade besvär*. Hämtad 25 januari, 2015, från

<http://plus.lj.se/index.jsf?nodeId=31387&childId=3096&nodeType=12>

Region Jönköping Län. (2015). *Försäkringsmedicin- kultur på recept*. Hämtad 6 februari, 2015, från <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=41530>

Region Skåne. (u.å.). *Genushanden*. Hämtad 16 maj, 2015, från [https://www.skane.se/upload/Webbplatser/priva/Sjukskrivningsprojektet/Genushanden\\_5ord.pdf](https://www.skane.se/upload/Webbplatser/priva/Sjukskrivningsprojektet/Genushanden_5ord.pdf)

Sand, O. (2007). *Människokroppen: Fysiologi och anatomi* (2. uppl.). Stockholm: Liber.  
Schmid, T. (2004). Meanings of creativity within occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 51(2), 80-88.

Siedliecki, S.L., & Good, M. (2006). Effect of music on power, pain, depression and disability. *Journal of Advanced Nursing*, 54(5), 553-562.

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapporten psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär*. Hämtad 25 januari, 2015, från [http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/6\\_Psykosociala.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/6_Psykosociala.pdf)

Socialstyrelsen.(2010). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010-stöd för styrning och ledning. Västerås: Edita Västra Aros.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2006). *Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt*. Hämtad 3 februari, 2015, från [http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/smarta\\_fulltext.pdf](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/smarta_fulltext.pdf)

Statens folkhälsoinstitut. (2005). *Kultur för hälsa. En exempelsamling från forskning och praktik*. Hämtad 26 januari, 2015, från [http://www.lul.se/Global/Kultur/Kulturenheten/Kultur%20i%20v%C3%A5rden/Dokument/Kultur\\_for\\_halsa\\_Exempelsamling\\_FHI.pdf](http://www.lul.se/Global/Kultur/Kulturenheten/Kultur%20i%20v%C3%A5rden/Dokument/Kultur_for_halsa_Exempelsamling_FHI.pdf)

Sveriges kommuner och landsting.(2013). *Rehabiliteringsgarantin 2013. Erfarenheter och resultat efter två första kvartalen*. Hämtad 25 januari, 2015, från <http://skl.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/rehabiliteringsgarantin/resultat.1004.html>

Theorell, T. (2008). Kultur och folkhälsa. G. Bjursell & L. Vahlne Westerhäll (Red.), *Kulturen och hälsan: Essäer om sambandet mellan kulturens yttringar och hälsans tillstånd* (s. 119-138). Stockholm: Santérus.

Theorell, T., Osika, W., Leineweber, C., Magnusson Hanson, L. L., Bojner Horwitz, E & Westerlund, H. (2013). Is cultural activity at work related to mental health in employees? *Int Arch Occup Environ Health*, 86 (281–288). Doi:10,1007/s00420-012-0762-8

Thomeé, P., Währborg, P., Börjesson, M., Thomeé, R., Eriksson, B.I., & Karlsson, J. (2009) Att tro på sig själv – grund för lyckad rehabilitering. *Läkartidningen*, 32, 1975-1977. Hämtad 2 februari, 2014, från [http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/12469/LKT0932s1975\\_1977.pdf](http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/12469/LKT0932s1975_1977.pdf)

Wahlgren, L. (2008). *SPSS steg för steg* (2:8 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 2 februari, 2014, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Werner, M., Strang, P. & Wilhelmsson, J. (2003). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber.

Wilcock, A. (2006). *An occupational perspective of health*. 2. ed. USA: Slack incorporated

Wilkinson, A., Waters, A., Bygren, L., & Tarlov, A. (2007). Are variations in rates of attending cultural activities associated with population health in the United States? *Bmc Public Health*, 7. Doi:10.1186/1471-2458-7-226

Zigmond A. S., Snaith RP. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scand*, 67(6). 361–370.

Åsberg, M & Mårtensson, B. (2009). Förstämningssyndrom. J. Herlofson, L. Ekselius, L.G. Lund, A. Lundin, B. Mårtensson & M. Åsberg (Red.), *Psykiatri* (s.305-334). Lund: Studentlitteratur.

Öhman, A & Ruck, C. (2009). Ångestsyndrom. J. Herlofson, L. Ekselius, L.G. Lund, A. Lundin, B. Mårtensson & M. Åsberg (Red.), *Psykiatri* (s.335-355). Lund: Studentlitteratur.

# Bilagor

## Bilaga 1

### Bakgrundsfrågor

1. Kön  
 man  kvinna
2. Din ålder \_\_\_\_\_
3. Var är du född?  
 i Sverige  utanför Sverige
4. Vilken är din nuvarande sysselsättning?  
 Förvärvsarbetar  Studier  Praktik  Arbetstränar  Sjukskriven  Sjuk/aktivitetsersättning  Arbetsökande  Annat

## Bilaga 2

### WAI (Work Ability Index)

1. Vi antar att din arbetsförmåga, då den är som bäst, värderas 10 poäng. Viket poäng skulle du då ge din nuvarande arbetsförmåga?

1 Kan inte arbeta alls  10 Arbetsförmågan är som bäst.

2. Vilka är de huvudsakliga kraven i ditt arbete?

Mentalt/ psykiskt  Fysiskt  Mentalt/ psykiskt/Fysiskt

## Bilaga 3

### Hälsoenkät EQ5D

Markera, genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp, vilket påstående som bäst beskriver Ditt hälsotillstånd idag.

#### Rörlighet

- Jag går utan svårigheter
- Jag kan gå men med viss svårighet
- Jag är sängliggande

#### Hygien

- Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning
- Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv
- Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

Huvudsakliga aktiviteter (till exempel arbete, studier hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter)

- Jag klarar av min huvudsakliga sysselsättning
- Jag har vissa problem med att klara av min huvudsakliga sysselsättning
- Jag klarar inte av min huvudsakliga sysselsättning

#### Smärtor/besvär

- Jag har varken smärtor eller besvär
- Jag har måttliga smärtor eller besvär
- Jag har svåra smärtor eller besvär

#### Rädsla/nedstämdhet

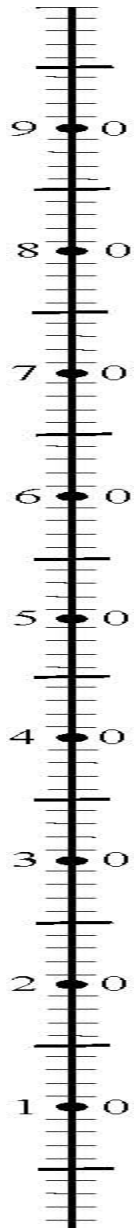
- Jag är inte orolig eller nedstämd
- Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning
- Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd

### EQ- VAS (vertical visual analogue scale)

Till hjälp för att avgöra hur bra eller dåligt ett hälsotillstånd är, finns den termometer-liknande skalan till höger. På denna har Ditt bästa tänkbara hälsotillstånd markerats med 100 och Ditt sämsta tänkbara hälsotillstånd med 0. Vi vill att Du på denna skala markerar hur bra eller dåligt Ditt hälsotillstånd är, som Du bedömer det. Gör detta genom att dra en linje från nedanstående ruta till den punkt på skalan som markerar hur bra eller dåligt Ditt nuvarande hälsotillstånd är.



Bästa  
tänkbara  
tillstånd



Sämsta  
tänkbara  
tillstånd

Ditt nuvarande  
hälsotillstånd

## Bilaga 4

### SOC (KASAM) 13 frågor

Ringa in den siffran du tycker stämmer bäst av svarsalternativen.

1. Har du en känsla av att du inte riktigt bryr dig om vad som händer runt omkring dig?  
Mycket sällan    1 2 3 4 5 6 7    Mycket ofta
2. Har det hänt att du blev överraskad av beteendet hos personer som du trodde du kände väl?  
Mycket sällan    1 2 3 4 5 6 7    Mycket ofta
3. Har det hänt att människor som du litade på har gjort dig besviken?  
Mycket sällan    1 2 3 4 5 6 7    Mycket ofta
4. Hittills har ditt liv:  
Helt saknat mål och mening    1 2 3 4 5 6 7    Genomgående haft mål och mening
5. Känner du dig orättvist behandlad?  
Mycket ofta    1 2 3 4 5 6 7    Mycket sällan/aldrig
6. Har du en känsla av att du befinner dig i en obekant situation och inte vet vad du skall göra?  
Mycket ofta    1 2 3 4 5 6 7    Mycket sällan/aldrig
7. Är dina dagliga sysslor en källa till:  
Glädje och djup tillfredsställelse    1 2 3 4 5 6 7    Smärta och leda
8. Har du mycket motstridiga känslor och tankar?  
Mycket ofta    1 2 3 4 5 6 7    Mycket sällan/aldrig
9. Händer det att du har känslor inom dig som du helst inte vill känna?  
Mycket ofta    1 2 3 4 5 6 7    Mycket sällan/aldrig
10. Även en människa med stark självkänsla kan ibland känna sig som en "olycksfågel".  
Aldrig    1 2 3 4 5 6 7    Mycket ofta
11. När något har hänt, har du vanligtvis funnit att du  
Över undervärderat dess betydelse    1 2 3 4 5 6 7    Sett realistiskt på saken
12. Hur ofta känner du att det inte är någon mening med de saker du gör i ditt dagliga liv?  
Mycket ofta    1 2 3 4 5 6 7    Mycket sällan/aldrig

13. Hur ofta har du känslor som du inte är säker på att du kan kontrollera?  
Mycket ofta      1 2 3 4 5 6 7      Mycket sällan/ aldrig

## Bilaga 5

### General Self-Efficacy Scale

Fråga	Instämmer inte alls	Instämmer inte	Instämmer	Instämmer helt
Jag lyckas alltid lösa svåra problem om jag anstränger mig tillräckligt				
Även om någon motarbetar mig hittar jag ändå utvägar att nå mina mål.				
Jag har inga svårigheter att hålla fast vid mina målsättningar och förverkliga mina mål.				
I oväntade situationer vet jag alltid hur jag skall agera.				
Till och med överraskande situationer tror jag mig klara av bra.				
Tack vare min egen förmåga känner jag mig lugn även när jag ställs inför svårigheter.				
Vad som än händer klarar jag mig alltid.				
Vilket problem jag än ställs inför kan jag hitta en lösning.				
Om jag ställs inför nya utmaningar vet jag hur jag skall ta mig an dem.				
När problem uppstår kan jag vanligtvis hantera dem av egen kraft.				

## Bilaga 6

# Följebrev

## Hej!

Vi är två studenter som studerar sista terminen på arbetsterapeutprogrammet på Hälsohögskolan i Jönköping. Vi vill fråga dig om vi får ta del av tidigare insamlat material om *Kultur på recept*. Under våren 2015 kommer vi arbeta med ett examensarbete där vi sammanställer insamlat material från deltagare i *Kultur på recept* i Region Jönköping. Syftet med examensarbetet är att identifiera om kultur påverka hälsan för patienter med långvarig diffus smärta och/eller måttliga till medelsvåra ångestsyndrom, depression eller stress. Det kommer att ske med ett förutbestämt antal frågor ur det sedan tidigare insamlade materialet från deltagare i *Kultur på recept*.

En enkätundersökning är alltid frivillig, vilket innebär att du som deltagare kan välja att avstå helt från undersökningen eller avsluta ditt deltagande under tiden undersökningen genomförs utan att det blir några negativa följder. Deltagandet är anonymt, och den besvarade enkäten kommer endast att användas i studiesyfte och behandlas konfidentiellt.

Efter slutförd enkätundersökning kommer resultaten analyseras och sammanställas i ett examensarbete, och detta examensarbete kommer ni som deltagare kunna ta del så fort det har blivit godkänt.

Kontakta gärna oss om ni undrar över något.

Med vänliga hälsningar

Maria och Matilda

Handledare: Inger Jansson.

Maria Segerström

E-mejl: mariasegerstrom88@gmail.com

Matilda Karlsson

E-mejl: karlsson.matilda1986@gmail.com