



HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

KANDIDATUPPSATS

Idrottsvetenskap - idrotts- och motionspsykologi 180hp



Var glad för att må bättre: En undersökning av sambandet mellan psykologiska responser och psykologiskt välbefinnande hos skadade idrottare

Emelle Elfsberg och Julia Zetterström

Psykologi inriktning idrott och motion, 15hp

Halmstad 2017-02-09

Elfsberg, E, & Zetterström, J. (2017). *Var glad för att må bättre: En undersökning av sambandet mellan psykologiska responser och psykologiskt välbefinnande hos skadade idrottare*. (Uppsats i Psykologi inriktning idrott och motion 61-90hp). Akademin för Hälsa och Välfärd: Högskolan i Halmstad.

Sammanfattning

Studiens syfte var att undersöka om det fanns någon förändring i psykologiskt välbefinnande under en 20 dagars period under rehabilitering från en idrottsskada. Ett ytterligare syfte var att undersöka hur affekter, socialt stöd samt följsamheten till rehabilitering, på inom-individnivå, var relaterade till psykologiskt välbefinnande under rehabilitering. Datainsamling skedde via kontakt med tre fysioterapeutkliniker där idrottare som drabbats av en idrottsskada som innebar rehabilitering på minst 30 dagar tillfrågades att delta. Totalt valde 81 av de tillfrågade idrottarna att delta i studien. De idrottare som valde att delta fick, vid tre tillfällen med 10 dagars intervall, fylla i ett frågeformulär. Resultatet visade att psykologiskt välbefinnande förändras över tid. Vidare visade resultatet att positiva- respektive negativa affekter var de psykologiska faktorerna som visade starkast samband till psykologiskt välbefinnande. Baserat på studiens resultat rekommenderas fysioterapeuter och andra viktiga personer i en skadad idrottares omgivning att främja positiva affekter för att öka psykologiskt välbefinnande hos skadade idrottare under en rehabiliteringsprocess.

Nyckelord: Affekter, Följsamhet till rehabilitering, Idrottsskada, Psykologiskt välbefinnande, Socialt stöd.

Elfsberg, E, & Zetterstrom, J. (2017). *Being happy makes you feel better: A study on the relationship between psychological responses and psychological well-being of injured athletes.* (Essay in sport and exercise psychology, 61-90hp). School of Health and Welfare: Halmstad University.

Abstract

The purpose was to investigate whether there was any change in psychological well-being during a 20 days period during rehabilitation from sport injuries. Also, one second purpose was to investigate the within-person relationship between affects, social support, adherence to rehabilitation and psychological well-being during rehabilitation. Data collection was conducted via contact with three physiotherapy clinics, where athletes who suffered a sports injury that needed rehabilitation of 30 days or more was asked to participate. In total 81 athletes decided to participate in the study. The athletes who decided to participate were, on three occasions at a 10 day intervals, asked to complete a questionnaire. The result showed that the psychological well-being changed between the three measurement occasions. Also, positive- as well as negative affects were the psychological factors that had the strongest relationship to psychological well-being. Based on the results of this study, further recommendations will be that physioterapists and significant others facilitates positive affective responses to improve the athletes psychological well-being during rehabilitation.

Keywords: Adherence to rehabilitation, Affects, Psychological well-being, Sports injuries, Social support.

Statens folkhälsoinstitut (2006) har rapporterat att fysisk aktivitet medför många hälsovinster, både fysiska, psykologiska och funktionella. De har också funnit att fysisk aktivitet medför en risk för skador, främst för individer som deltar i idrott och högintensiva motionsaktiviteter. *“Det känns oerhört tungt givetvis. Det här är den värsta motgången i min idrottskarriär”*, säger Carolina Klüft till Radiosporten (2009, 9 Juni) efter sin skada, som innebar en lång rehabilitering efter en operation av tre muskelfästen.

Vid hård träning är intensitet, frekvens och belastning betydligt högre för en idrottare än för motionsutövare, och därför är det inte heller förvånande att antalet skador är högre för den populationen (Statens folkhälsoinstitut, 2006). Hägglund, Waldén och Ekstrand (2009) fann, exempelvis, att 65-95% av elitfotbollsspelare i Sverige skadar sig minst en gång under en säsong vilket understryker att idrottsskador är ett stort problem hos idrottare.

Ett antal studier har funnit att en idrottsskada är en stressfull händelse som kan vara relaterad till en rad negativa konsekvenser (Wiese-Bjornstal, 2010). Exempel på negativa konsekvenser är försämrad idrottsprestation (Miranda-Viela, 2012), samt en ökad risk för ett framtvingat karriäravslut (Stambulova, Alfermann, Statler, & Côté, 2009). Det har även framkommit att negativt psykologiskt välbefinnande är ett vanligt förekommande utfall efter en skada (Roessler, Andersen, Lohmander, & Roos, 2015). Mer specifikt rapporterade Roessler et al. (2015) att individer upplevde höga nivåer av negativt psykologiskt välbefinnande, en sämre prestationsförmåga, samt brist på glädje till sin idrott efter skada på grund av att de funktionella begränsningar som skadan medfört.

Flertalet studier har belyst att psykologiska faktorer har en viktig roll i rehabiliteringsprocessen efter en idrottsskada (Brewer, 2010; Masten et al., 2014). Exempelvis har tidigare studier rapporterat samband mellan idrottarens affekter och individens följsamhet till rehabilitering (Wiese-Bjornstal, Smith, Shafer, & Morrey, 1998), samt mellan affekter och den fysiska återhämtningen efter en idrottsskada (Sáez de Heredia, Muños, & Artaza, 2004). En ytterligare psykologisk faktor som kan vara betydande för rehabiliteringsutfallet är socialt stöd (Bianco, 2001). Mer specifikt är stöd under rehabiliteringen viktigt för att idrottaren på ett bra sätt ska kunna fullfölja rehabiliteringsprocessen, återhämta sig från skadan och samtidigt må bra under rehabiliteringsperioden (Brewer, 2010; Christakou & Lavallee, 2009; Podlog, Dimmock, & Miller, 2011).

Idrottsskador är ett stort problem för många idrottare och det finns många psykologiska faktorer som kan predicera utfallet av en rehabilitering. Det är viktigt att dessa psykologiska faktorer identifieras så att kunskapen kring rehabilitering vid en inträffad idrottsskada ökar. Med ökad kunskap och förståelse kan fler skadade idrottare ha möjligheten att återgå till sin idrott mentalt och fysiskt återhämtade. Föreliggande studie kommer att fokusera på hur de psykologiska faktorerna, affekter, socialt stöd och följsamhet till rehabilitering är relaterade till rehabiliteringsutfallet psykologiskt välbefinnande under en rehabiliteringsprocess efter en idrottsskada.

Dynamic biopsychosocial cycles of post-sport injury response and recovery

När en idrottsskada inträffar måste idrottaren hantera ett flertal stressorer (Wiese-Bjornstal, 2010). Idrottaren måste genomgå rehabilitering och anstränga sig för att öka möjligheten att komma tillbaka till idrotten (Kvist, 2004). Under rehabiliteringstiden kan idrottaren uppvisa ett flertal kognitiva, emotionella och beteendemässiga responser (Wiese-Bjornstal, 2010). Det finns ett flertal modeller som beskriver de psykologiska responser som uppstår i relation till en idrottsskada, samt hur dessa responser är relaterade till rehabiliteringsutfall (för en sammanställning av dessa studier se Santi & Pietrantonio, 2013). En modell som utvecklades för

att förklara de responser som uppstår och hur de kan påverka rehabiliteringsutfall är *Dynamic biopsychosocial cycles of post-sport injury response and recovery* (Wiese-Bjornstal, 2010). I modellen föreslår författaren att psykologiska responser efter en skada kan delas in i tre kategorier, kognitioner, emotionella responser, samt beteendemässiga responser. Dessa tre kategorier är relaterade till varandra och kan, enligt modellen, influera lång- och kortsiktiga rehabiliteringsutfall såsom exempelvis hälsostatus, rehabiliteringsresultat, och återgång till idrott (se bilaga 1).

Kognitiva bedömningar innebär de medvetna bedömningar som idrottaren gör efter skadan (Smith et al., 1993). Exempel på kognitiv bedömning kan vara upplevelse av förlust, individens resurser av kognitiva hanteringsstrategier samt upplevelse av stress och press samt huruvida individen har en optimistisk eller pessimistisk syn på situationen (Wiese-Bjornstal et al., 1998). De kognitiva bedömningarna influerar emotionsmässiga och beteendemässiga responser, samt även den fysiska såväl som psykologiska återhämtningen efter skada (Wiese-Bjornstal, 2010).

Den emotionella responsen inkluderar affekter, känslor och humör. Exempel på dessa kan vara spänningar, ilska, depression, och frustration men även positiv attityd och utstrålning (Wiese-Bjornstal et al., 1998). Affekter kan delas in i fyra olika dimensioner enligt *The Circumplex model of affect* (Posner, Russell, & Peterson, 2005). De fyra dimensionerna är: nöje (eng. pleasure) och missnöje (eng. displeasure) och hög nivå av aktivering (eng. high arousal) samt trötthet (eng. sleepiness). Resterande affekter är olika kombinationer av höga eller låga aktivitetsnivåer av nöje och missnöje (Russell, 1980).

En av de emotionella responser som forskning fokuserat på i relation till rehabilitering efter idrottsskada är rädsla för att skada sig på nytt (Arden, Taylor, Feller, & Webster, 2012). Enligt modellen påverkar kognitioner och affekter den beteendemässiga responsen (Hagger, Chatzisarantis, Griffin, & Thatcher, 2005) som kan innefatta följsamhet till rehabiliteringsplanen och i vilken utsträckning individen aktivt söker efter socialt stöd (Wiese-Bjornstal et al., 1998). Faktorernas samverkan leder sedan till ett utfall med resultat och konsekvenser som exempelvis kan vara individens hälsostatus eller framsteg i återhämtningen (Wiese-Bjornstal, 2010).

Psykologiska responserns inverkan på rehabiliteringsprocessen efter skada

Flera studier har påvisat hur den kognitiva, emotionella och beteendemässiga faktorer är relaterade till rehabiliteringsutfallet efter en skada (ex. Sáez de Heredia et al., 2004; Wiese-Bjornstal et al., 1998). Exempelvis fann Sáez de Heredia et al. (2004) att återhämtningen efter en idrottsskada påverkades av individens affekter. Studiens resultat visade att idrottare med en kortare fysiologisk återhämtningsperiod uppvisade lägre nivåer av spänningar och trötthet (Sáez de Heredia et al., 2004). Efter en idrottsskada är det vanligt förekommande att idrottare upplever negativa affekter såsom ilska, sorg, förvirring, fientlighet, rädsla och irritation (Ivarsson, Stambulova, & Johnson, 2016; Podlog & Eklund, 2007). Även Smith (1996) fann att idrottsskador är relaterade till negativa psykologiska responser såsom låg självkänsla och ångslan. Rädsla är en annan negativ affekt som många idrottare upplever när det är dags för återgång till sin idrott (Podlog & Eklund, 2007). Däremot understryker Podlog och Eklund (2007) att idrottare även kan uppleva affekter av lättnad och iver i samband med en idrottsskada.

Det har tidigare uppmärksamats att det inte är ovanligt att den skadade individens affekter förändras och är dynamiska under skadeperioden, särskilt om skadan kräver en lång återhämtning (Wiese-Bjornstal et al., 1998). Responsen som uppstår efter en idrottsskada, under rehabiliteringsfasen, kan liknas med ett U, där de negativa affekterna är dominerade i starten på rehabiliteringen. När idrottaren upplever kontroll över sin rehab ökar de positiva affekterna och idrottaren ser möjligheten till en successiv återgång av idrotten igen (Morrey, Stuart, Smith, &

Wiese-Bjornstal, 1999). Även Ardern et al. (2012) diskuterar att positiva affekter såsom förtroende och villighet blir mer dominant desto längre rehabiliteringen fortlöper. Allt eftersom idrottarna tar sig igenom rehabiliteringsprocessen mot en återgång till sin idrott uppstår en minskning av de negativa affekterna som de associerat med att upprätthålla skadan, exempelvis depression, ilska och ångest (Sáez de Heredia et al., 2004). Brewer (2010) konstaterar att det är viktigt med positiva affekter då exempelvis affekter av energi och kraft (eng. vigor) har visats vara associerat med ett positivt rehabiliteringsresultat och negativa affekter som rädsla, anspänning, ilska och trötthet har associerat till ett negativt resultat av rehabiliteringen. Positiva emotionella responser har även visats vara viktiga för att det ska vara möjligt för idrottaren att återgå till sin idrott på samma nivå som innan skadan uppkom, samt för att korta ner tiden av återgång till idrotten efter skadan (Ardern et al., 2012).

Som tidigare nämnts är den emotionella responsen relaterad till den beteendemässiga responsen efter skadan, exempelvis följsamheten till rehabiliteringsplanen (Podlog & Eklund, 2007). Till exempel har studier funnit att negativa affekter är relaterat med en dålig följsamhet till rehabilitering (Brewer, Cornelius, & Van Raalte, 2013).

Följsamhet till rehabilitering är det beteende som i störst utsträckning undersökts i relation till rehabilitering efter en idrottsskada (Brewer, 2010). Följsamhet till rehabilitering kan definieras som den utsträckning som idrottaren följer läkaren/fysioterapeuten/tränarens instruktioner till rehabiliteringsplanen (Christakou & Lavallee, 2009).

Wesch et al. (2011) beskriver hur idrottare i början på rehabiliteringsprocessen kan uppvisa hög nivå av följsamhet till rehabiliteringen på grund av att övningarna är enkla att utföra och inte så ansträngande. I takt med att idrottaren återhämtar sig blir rehabiliteringen mer tidskrävande och ansträngande. Därför menar Wesch et al. (2011) att i det tidiga stadiet av rehabiliteringen kan idrottaren upplevas vara ivrig till rehabiliteringsprocessen för att övningarna är lätta men därför kan också deras symptom förvärras. Detta kan leda till att idrottaren inte prioriterar tiden till att utföra de övningar som de ska senare i processen, vilket leder till ett sämre utfall av följsamheten till rehabiliteringen (Wesch et al., 2011).

Sáez de Heredia et al. (2004) rapporterade i sin studie att idrottarna som indikerade en lägre grad av följsamhet till sin rehabilitering behövde en längre tid till att komma tillbaka till samma nivå som när skadan inträffade. Vidare visade dem att idrottarnas grad av följsamhet till rehabilitering minskade desto längre de kom i rehabiliteringsprocessen.

Socialt stöds inverkan på rehabiliteringsprocessen efter idrottsskada

Ett flertal studier har vidare konstaterat att sociala faktorer har en stor betydelse både i skadeförebyggande syfte och under en rehabiliteringsprocess (Fernandes et al., 2014). Shumaker och Brownell (1984) har definierat socialt stöd som "ett utbyte av resurser mellan två individer, uppfattas av förmedlaren eller mottagaren att avse en förbättring av mottagarens psykologiska välbefinnande" (s.11) vilket är den definition som föreliggande studie kommer att utgå från.

Brewer (2007) framhäver en rehabiliteringsprocess som en social process då den skadade individen har ständig kontakt med ett antal människor från det att skadan inträffat till att rehabiliteringsperioden är slut. Brewer (2007) hävdar att socialt stöd influerar kognitiva, emotionella och beteendemässiga responser efter en idrottsskada. Exempelvis har forskning visat att socialt stöd kan främja följsamhet till rehabilitering (Christakou & Lavallee, 2009; Levy, Polman, & Clough, 2008; Udry, 1997).

Wiese-Bjornstal (2010) beskriver att psykologiska aspekter har stor inverkan på idrottarens hälsa när en skada inträffat, där bland annat social kontakt har bevisats reducera stress och negativa affekter såsom ångest (Brown et al., 2009). Högkvalitativt socialt stöd har påvisats

buffra effekten på aktivering av amygdala responser (Hyde, Gorka, Manuck, & Hariri, 2011). Mer specifikt är amygdala responser associerade med hot och ängsla, men det är också den delen av hjärnan som hjälper oss känna igen säkerhet, trygghet, värme och kärlek från omgivningen (Andersen & Ivarsson, 2016). Socialt stöd har alltmer framkommit i medicinsk och hälso-relaterad litteratur som en betydelsefull komponent i läkningsprocessen (Fernandes et al., 2014). Stödet kan fungera både som informativt och emotionellt men båda typer har bevisats vara faktorer som förbättrar återhämtningen under rehabiliteringen hos den skadade idrottaren (Ruddock-Hudson, O'Halloran, & Murphy, 2012). Det har uppmärksammats att socialt stöd är en viktig aspekt för att underlätta rehabiliteringsperioden för den skadade idrottaren samt för att främja upprätthållandet av en optimistisk och positiv attityd under en skadeperiod (Lu & Hsu, 2013). Med socialt stöd kan även idrottarens förtroende öka samtidigt som stödet kan reducera negativa affekter såsom rädsla för att överbelasta den återhämtade kroppsdelen där skadan uppstått (Bianco, 2001).

Baranowski (1978) hävdar att socialt stöd innefattar att idrottaren upplever sig ha någon som lyssnar, uppmuntrar och bryr sig om en. Det sociala stödet kan komma från flera håll såsom från familj, vänner, lagkamrater, tränare, fysioterapeut (Christakou & Lavallee, 2009; Ruddock-Hudson et al., 2012) eller andra skadade idrottare i omgivningen (Brewer, 2007). Socialt stöd har visats vara fördelaktigt för idrottarens psykologiska välbefinnande både under skadeperioden (Chronister, Johnson, & Berven, 2009; Clement & Shannon, 2011; Lu & Hsu, 2013) men även för idrottarens psykologiska välbefinnande över tid i karriären (DeFreese & Smith, 2014).

Psykologiskt välbefinnande som rehabiliteringsutfall vid idrottsskada

I Wiese-Bjornstal's (2010) modell är subjektiv hälsa/välbefinnande listat som ett av de rehabiliteringsutfall som idrottaren bör sträva mot under sin rehabilitering. Psykologiskt välbefinnande har visats sig vara föränderlig över tid på grund av olika anledningar, bland annat därför att psykologiska och sociala faktorer kan ha både en direkt och en indirekt påverkan (Geidne, Quennerstedt, & Eriksson, 2013). Steptoe och Butlet (1996) belyser att deltagande i idrott är associerat med högt psykologiskt välbefinnande samtidigt som Lu och Hsu (2013) anser att idrottsskador kan påverka individens psykologiska välbefinnande negativt. Vidare uppmärksammar Lu och Hsu (2013) att de psykologiska faktorerna är avgörande för utfallet efter en skada. McCarthy (2011) belyser att positiva emotioner kan influera idrottarens psykologiska välbefinnande samt den idrottsliga prestationen.

Psykologiskt välbefinnande i tidigare forskning inom psykologi är definierat enligt individens uppfattning av hur väl saker och ting är för stunden samt förekomsten av positiva eller negativa affekter (Eid & Larsen, 2007). Diener (2009) anser att psykologiskt välbefinnande även inkluderar hur individen upplever glädje och tillfredsställelse av livet. Negativt psykologiskt välbefinnande kan innefatta att individen upplever lågt självförtroende, ängslan och social dysfunktionalitet (Hankins, 2008).

En individs subjektiva välbefinnande kan även påverkas positivt om idrottaren har en hög upplevelse av tro och hopp (Lu & Hsu, 2013). Gustafsson, Skoog, Podlog, Lundqvist och Wagnsson (2013) menar vidare att de individer som upplever höga förhoppningar hanterar stress på ett annat sätt än de som upplever låga förhoppningar vilket gör att de också tenderar att uppleva ett bättre psykologiskt välbefinnande. Vidare rapporterar Podlog, Lochbaum och Stevens (2010) en positiv association mellan kompetens, tillfredsställelse av behov och psykologiskt välbefinnande under rehabilitering. Dålig följsamhet till rehabiliteringen har i tidigare forskning visats ha en negativ påverkan på individens hälsa (O'Brien, 2010).

Problemformulering

Skador är ett vanligt förekommande problem (Hägglund et al., 2009) som kan leda till en rad negativa utfall såsom exempelvis ett framtvingat idrottsavslut (Wiese-Bjornstal, 2010). Psykologiska faktorer och rehabiliteringsutfall efter en idrottsskada är ett teoretiskt och empiriskt ämne som är viktigt att fortsätta studera (Brewer, 2010), och få tidigare studier har varit riktade mot psykologiska responser och dess effekter på psykologiskt välbefinnande. Lu och Hsu (2013) anser att det krävs mer forskning kring hur omgivningen kan hjälpa en idrottare under rehabiliteringsprocessen. Genom en ökad förståelse hos människorna i den skadade idrottarens omgivning, om hur den skadade idrottarens psykologiska och fysiologiska hälsa är sammankopplade, kan rehabiliteringsprocessen för den idrottsskadade underlättas (Wiese-Bjornstal, 2010). Tidigare forskning har föreslagit att framtida studier ska använda en longitudinell design (Podlog & Eklund, 2005). Longitudinell data med flera mätningar, där minst tre mätningar är att föredra, kan öka förståelsen för hur fenomen utvecklas över tid och bistå skapandet av teorier som kan förklara när och varför det sker en förändring i en idrottarens beteende (Stenling, Ivarsson, & Lindwall, 2016).

Affekter har visats påverka individens följsamhet till rehabiliteringen, samtidigt som en hög nivå av följsamhet till rehabiliteringen har påvisats resultera i en snabbare återhämtning (Wiese-Bjornstal et al., 1998). Socialt stöd har visats influera både den kognitiva, emotionella och beteendemässiga responsen (Brewer, 2007). Därför är det av intresse att studera sambandet mellan dessa psykologiska faktorer och om de psykologiska välbefinnandet kan förändras över tid.

Syfte

Syftet med föreliggande studie är att undersöka om det finns någon förändring i psykologiskt välbefinnande under en 20 dagarsperiod av rehabilitering efter idrottsskada. Ett ytterligare syfte är att undersöka hur affekter, socialt stöd samt följsamheten till rehabilitering är relaterat till psykologiskt välbefinnande för skadade idrottare.

Metod

Design

Föreliggande studie är en longitudinell kvantitativ studie där samtliga variabler mättes vid tre tillfällen. För att rekrytera deltagare till studien genomfördes ett icke slumpmässigt urval.

Deltagare

I studien deltog 33 kvinnor och 48 män ($N=81$) i åldrarna 14-53 ($M=26.1$ $SD=9.8$). Samtliga deltagare uppfyllde kriteriet för deltagande i studien, där en idrottsskada definierades som att skadan uppstått i en idrottsmiljö (Fuller et al., 2006). Vidare skulle idrottsskadan klassas som allvarlig, vilket innebar att individen hade varit borta från träning och matchspel 30 dagar eller mer (Waldén, Hägglund, & Ekstrand, 2005). Deltagarna rekryterades på olika rehabiliteringskliniker i södra Sverige, där kontakt först togs med fysioterapeuter genom e-post eller besöktes för en närmare dialog. Vid rekrytering av deltagare togs ingen hänsyn till specifik idrott eller nivå av idrottande. 42 % av deltagarna utövade sin idrott lokalt, 15 % regionalt, 32 % nationellt och 10 % internationellt, varav en deltagare svarade inte på frågan om typ av nivå. 52 % av deltagarna var fotbollsspelare, andra utövade exempelvis handboll, ridning, innebandy och

brottning. 64 % av deltagarna rehabiliterade för knäskada i form av korsband, menisk eller ledbandsskada, men även för hopparknä eller inflammation. De andra deltagarna rehabiliterade för olika typer av skador på kroppsdelarna fot, rygg, höft och axel. Det var 7 % av deltagarna som rapporterade att det var 1 år sedan skadan inträffat, för 16 % var det 7-9 månader sedan skadan inträffade, resterande deltagare rapporterade en tid mellan 2-6 månader sedan skadan inträffade. 59 % av deltagarna uppgav att de hade 2-3 rehabiliteringstillfällen per vecka och resterande hade fler eller färre. Som ambition med rehabiliteringen uppgav flest deltagare att de ville bli friska eller helt återställda, andra ville ta sig tillbaka till sin idrott och bli starkare än innan skadan uppkom. Deltagare rapporterade också att de ville bli smärtfria och kunna utföra vardagsaktiviteter utan några begränsningar. Deltagandet i studien var frivilligt.

Instrument

En enkät skapades med fyra olika mätinstrument inkluderade. Alla instrument uppskattades ha hög reliabilitet och vara väl beprövade, se tabell 1 (bilaga 3) för reliabilitetskoefficienter för respektive instrument och mätning.

General Health Questionnaire 12-item (GHQ 12). GHQ 12 (Goldberg & Williams, 1970; ref i. Jackson, 2007) är ett mätinstrument som är utvecklat för att ta mäta psykologiskt välbefinnande. Instrumentet består av 6 negativa påståenden och 6 positiva påståenden (Hankins, 2008) och innefattar frågor som behandlar självförtroende, ängslan och social dysfunktionalitet. Formuläret besvaras genom en likert skala från 0-3 där deltagarna skattar huruvida deras psykologiska välbefinnande upplevts den senaste tiden. 0 betyder ”stämmer inte alls” och 3 betyder ”stämmer” på skalan. Sedan räknas en totalpoäng ihop för dels de positiva och dels de negativa påståendena. Ett högt totalpoäng på de positiva påståendena innebär positivt psykologiskt välbefinnande. För de negativa påståendena är det däremot positivt med en låg totalpoäng, där ett högt värde är lika med negativt psykologiskt välbefinnande. En fråga är exempelvis utformad enligt följande “haft svårt att sova på grund av oro?”. Reliabilitetskoefficienterna för respektive skala och tidpunkt var mellan 0.7 och 0.83.

Multidimensional Scale of Percieved Social Support (MSPSS). MSPSS (Zemet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988; ref i. Ekbäck et al., 2013) är ett instrument med avsikt att mäta upplevd socialt stöd hos deltagarna. Instrumentet har tolv påståenden som täcker tre olika dimensioner av socialt stöd, familj, vänner och andra. Påståenden besvaras på en 7-gradig likert skala, där 1 står för ”håller absolut inte med” och 7 ”håller absolut med”. I denna studie räknas alla påståenden ihop till en totalpoäng, där högre poäng innebär högre grad av socialt stöd. En fråga är exempelvis utformad enligt följande “det finns en speciell person där för mig när jag behöver honom/henne”. Reliabilitetskoefficienten för hela skalan var för tidpunkt ett och två 0.9 samt 0.4 för den sista tidpunkten. Möjlig förklaring till det låga värdet på Cronbach’s alpha vid den sista tidpunkten är att antalet datapunkterna var färre i relation till de andra tidpunkterna (Cortina, 1993).

Positive Affect and Negative Affects (PANAS). PANAS (Watson, Clark, & Tellegan 1988) är ett mätinstrument med en blandning av tio positiva affekter och tio negativa affekter avsett för att mäta hur deltagarna upplever deras affekter för stunden. Föreliggande studie följer tidigare studies procedur och 8 av instrumentets affekter inkluderas: glädje, trivsamt, stolthet, tillfredsställelse rädsla, ilska, ledsamhet och skuld (Lu & Hsu, 2013). Deltagarna ombeds att indikera hur mycket av varje affektiv respons de upplever för studien. Deltagarna besvarar varje

påstående på en 5-gradig likert skala som går mellan 1 "minimalt eller inte alls" och 5 "extremt mycket". De positiva och negativa affekterna räknas sedan samman var för sig och bildar totalpoäng, en för positiv affekt och en för negativ affekt. Desto högre totalpoäng av de positiva affekterna desto större upplevelse av dem och detsamma gäller för de negativa affekterna. Instrumentets reliabilitetskoefficienter för respektive skala var mellan 0.79 och 0.91.

Rehabilitation Adherence Questionnaire (RAQ). RAQ (Fischer, Domm, & Wuest, 1988; ref i. Brewer, Daly, Van Raalte, & Petitpas, 1999) är ett mätinstrument skapat för att undersöka deltagarnas egen bedömning av följsamhet till deras rehabiliteringsperiod. Instrumentet har totalt tjugofem påståenden fördelade på sex olika dimensioner, "stöd från andra", "smärttolerans", "schemaläggning", "själv motivation", "upplevd ansträngning" samt "miljöförhållanden". Dimensionen "stöd från andra" valdes att exkluderas i föreliggande studie då ett separat mätinstrument avsatt för den variabeln valdes att inkluderas istället (MSPSS). Dimensionen "miljöförhållanden" exkluderades även den, då det inte ansågs vara relevant för föreliggande studie. Svartalternativen på instrumentet är graderade på en likert skala mellan 1 som står för "håller absolut med" och 4 som står för "håller absolut inte med". En fråga är exempelvis utformad enligt följande "jag tycker att mitt rehabiliteringsprogram är trivsamt". Där desto högre totalsumma av alla påståenden symboliserar en högre följsamhet till rehabiliteringen (Brewer et al., 1999). Vid dataanalysen valdes även dimensionen "smärttolerans" samt påståendet "jag tycker att övningarna är väldigt svåra" från dimensionen "upplevd ansträngning" att exkluderas på grund av för låga reliabilitetskoefficienter vid alla tillfällen, vilket ligger i linje med rekommendationer från Field (2009). Reliabilitetskoefficienten för den sammansatta skalan var mellan 0.79 och 0.83.

Procedur

Fysioterapeuter på olika rehabiliteringskliniker kontaktades genom personligt möte på kliniken alternativt via e-post. Vid denna första kontakt informerades ansvariga på klinikerna om studiens syfte och tillvägagångssätt samt kriteriet för att delta. Efter godkännandet från de tre rehabiliteringsklinikerna bokades tid för ett besök på respektive klinik. Därefter skapades en enkät innehållande fyra olika mätinstrument som var avsedda att mäta de psykologiska faktorerna affekt, psykologiskt välbefinnande, socialt stöd och följsamhet till rehabilitering. Mätinstrumentet för psykologiskt välbefinnande fanns översatt till svenska medan författarna fick översätta mätinstrumenten för affekt, socialt stöd och följsamhet till rehabilitering. Översättningen kontrollerades sedan av en tvåspråkig individ för att säkerställa att översättningen behöll betydelsen av varje påstående, vilket är ett tillvägagångssätt som förespråkas (Hilton & Skrutowski, 2002). Vid besöken på klinikerna informerades först de arbetande fysioterapeuterna om studiens syfte och kriteriet för att delta. Efter en förfrågan till idrottaren eller fysioterapeuten, om huruvida skadan hos individen följde uppsatsens inkluderingskriterie, informerades idrottaren om studiens syfte. Om de valde att delta fick de först fylla i samtyckeskraV följt av enkäten. Enkäten vid första mätningen innefattade efterfrågan av deltagarens e-postadress och telefonnummer för att kunna identifiera deltagaren vid nästkommande mätningar, samt ett antal bakgrundsfrågor. SamtyckeskraVet skapades för att få samtycke på individens deltagande i studien efter de forskningsetiska principerna (Vetenskapsrådet, 2002). Vidare framgick i ett informationsbrev (se bilaga 2) hur data skulle behandlas och vad resultaten skulle användas till. Bakgrundsfrågorna berörde typ av idrott, nivå på idrott, nivå på skada, tid sedan skadan inträffat, antal rehabiliteringstillfällen i veckan samt deltagarens ambition med rehabiliteringen. 10 dagar efter första mätningen skickades samma enkät, dock utan informationsbrev, samtycke och

bakgrundsfrågor till deltagarnas ifyllda e-postadresser vid första mätningen. Deltagarna hade två dagar på sig att besvara enkäten innan ett sms med påminnelse skickades till deras ifyllda telefonnummer. Om deltagarna inte svarade efter påminnelsen fick de ytterligare ett sms med en påminnelse två dagar efter det första. 10 dagar efter andra mätningen genomfördes samma procedur för den tredje mätningen.

Dataanalys

All dataanalys genomfördes i statistikprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (IBM Corp, 2011). Först genomfördes korrelationsanalyser och deskriptiva analyser efter att totalvariabler skapats för positiv affekt, negativ affekt, positivt psykologiskt välbefinnande, negativt psykologiskt välbefinnande, socialt stöd och följsamhet till rehabilitering. Vidare användes flernivåanalys för att undersöka om det existerar en förändring över tid (mellan mätpunkterna) i variabeln positivt psykologiskt välbefinnande såväl som negativt psykologiskt välbefinnande. Flernivåanalys är en metod som användes för att analysera data från en longitudinell studie där upprepade mätningar är genomförda på inom-individ nivå (Hayes, 2006). Det är en typ av hierarkisk analys som är en användbar analysmetod för att studera relationer mellan variabler på både inom-individ och mellan-individ nivå (Gelman, 2006). I föreliggande studie representerade level 1 positivt psykologiskt välbefinnande, negativt psykologiskt välbefinnande, positiva affekter, negativa affekter, socialt stöd och följsamhet till rehabilitering på inom-individ nivå. Level 2 representerade de 81 deltagarna (mellan-individ), där en deltagare stod för en enhet. I analysen var fokus på inom-individ nivån då data från alla variabler fanns för varje insamlingstillfälle. Det gjordes två analyser, en för positivt psykologiskt välbefinnande och en för negativt psykologiskt välbefinnande. Det första steget i varje analys var att specificera en nollmodell (Field, 2009). I nollmodellen undersöktes det om den specifika variabeln (positivt/negativt psykologiskt välbefinnande) var stabil över tid. Resultatet från analysen gav även ett medelvärde på mellan-individ nivån. Som andra steg för varje analys specificerades en alternativ modell där korrelationer mellan de oberoende variablerna positiva- och negativa affekter, socialt stöd och följsamhet till rehabilitering korrelerades med den beroende variabeln psykologiskt välbefinnande, positivt såväl som negativt. För att avgöra om den alternativa modellen, där oberoende variabler var inkluderade, passade bättre på data än nollmodellen användes Bayesian Information Criterion (BIC). Ett lägre BIC värde indikerade en bättre modell. I denna undersökning specificerades $p < .05$ som nivån för statistiskt signifikanta resultat.

Etik

Samtliga deltagare fick information om studiens syfte och vad den insamlade informationen skulle användas till. Första mötet med deltagarna var i form av personlig kontakt på rehabiliteringsklinikerna, där förklarades det utförligt att studien var en longitudinell studie bestående av tre mätningar som innebar individuell identifiering vid respektive mättillfälle. Individuell identifiering innebar i föreliggande studie att deltagaren ombads uppge e-post och telefonnummer vid respektive mättillfälle. Vid detta tillfälle informerades deltagarna även om att alla resultat skulle presenteras på gruppnivå. Deltagandet var helt frivilligt och deltagarna hade möjlighet att ställa följdfrågor vid första mötet, samt vid senare tillfälle då författarnas kontaktuppgifter delades ut genom bifogat informationsbrev. En deltagare var under 15 år då undersökningen genomfördes. I linje med etiska rekommendationer inhämtades vid detta tillfälle godkännande från målsman. När deltagarna godkänt sin medverkan fick personen även ett skriftligt informationsbrev samt möjlighet att skriva under samtyckeskrav. I informationsbrevet (se bilaga 2) framgick det att alla besvarade enkäter skulle behandlas konfidentiellt och att det

inte var möjligt för någon utomstående att ta del av de individuella svaren. Deltagarna informerades att de hade fullständiga rättigheter till att avbryta deltagandet utan att ange någon motivering till varför. Det informerades även att de fick ta del av det färdiga resultatet vid intresse. Dessa ovanstående belysningar följer de etiska principerna som innefattar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002).

Resultat

Deskriptiv statistik

Totalt 81 personer deltog i studien. Av dessa deltagare svarade 56 stycken på mätning B, vilket gav ett bortfall på 31 %. På mätning C svarade 50 stycken vilket gav ett bortfall på 38 %. Deltagarna hade generellt höga nivåer av positivt psykologiskt välbefinnande och socialt stöd, se medelvärden och standardavvikelser i tabell 1 i bilaga 3.

I tabell 2 (bilaga 4) presenteras korrelationer mellan studiens variabler för respektive mätning. Dessa resultat är på mellan-person nivå genomgående, oavsett mätning. Positivt psykologiskt välbefinnande hade ett statistiskt signifikant samband med positiva affekter och negativt psykologiskt välbefinnande hade ett statistiskt signifikant samband med negativa affekter. Socialt stöd hade statistiskt signifikant samband till följsamhet till rehabilitering, vidare hade följsamhet till rehabilitering ett negativt statistiskt signifikant samband med negativt psykologiskt välbefinnande samt negativ affekt.

Flernivåanalys

Nedan presenteras resultaten från respektive flernivåanalys, se tabell 3 (bilaga 5).

Positivt psykologiskt välbefinnande. Resultatet från analysen visade en statistisk signifikant variation i positivt psykologiskt välbefinnande på inom-person nivå. Detta innebär att nivån av positivt psykologiskt välbefinnande inte var stabil mellan de tre mätningarna utan förändrades över tid. Vidare visade resultatet att alternativmodellen (Modell A) hade en bättre anpassning till data i jämförelse med nollmodellen. Detta innebär att inkludering av de fyra oberoende variablerna gjorde modellen bättre. Av de inkluderade oberoende variablerna var det positiva ($\beta = .32, p < .05$) samt negativa ($\beta = -.16, p < .05$) affekter som hade statistiskt signifikanta samband med positivt psykologiskt välbefinnande. Ingen av de övriga två oberoende variablerna hade något statistiskt signifikant samband med positivt psykologiskt välbefinnande.

Negativt psykologiskt välbefinnande. Resultatet från analysen visade en statistiskt signifikant variation i negativt psykologiskt välbefinnande på inom-persons nivå. Detta innebär att nivån av negativt psykologiskt välbefinnande inte var stabil mellan de tre mätningarna utan förändrades över tid. Vidare visade resultatet att alternativmodellen (Modell A) hade en bättre anpassning till data i jämförelse med nollmodellen. Detta innebär att inkludering av de fyra oberoende variablerna gjorde modellen bättre. Av de inkluderade oberoende variablerna var de positiva ($\beta = -.14, p < .05$) samt negativa ($\beta = .28, p < .05$) affekter som hade statistiskt signifikanta samband med negativt psykologiskt välbefinnande. Ingen av de övriga två oberoende variablerna hade något statistiskt signifikant samband till negativt psykologiskt välbefinnande.

Diskussion

Syftet med föreliggande studie var att undersöka om det fanns någon förändring i psykologiskt välbefinnande under en 20 dagarsperiod av rehabilitering efter idrottsskada. Ett ytterligare syfte var att undersöka hur affekter, socialt stöd samt följsamheten till rehabilitering var relaterat till psykologiskt välbefinnande för skadade idrottare. Resultaten visade att en skadad idrottares psykologiska välbefinnande förändras över tid. Vidare visade resultatet att både positiva och negativa affekter var de psykologiska faktorer som var starkast relaterade till psykologiskt välbefinnande vid respektive tidpunkt. Resultatet visade att nivån av psykologiskt välbefinnande inte var stabilt mellan de tre mätningarna som genomfördes. Detta innebär att det är av vikt att studera vilka faktorer som är relaterade till psykologiskt välbefinnande för att på så sätt generera mer kunskap kring varför psykologiskt välbefinnande kan förändras över en relativt kort tidsperiod. Världshälsoorganisationen har visat hur fysisk aktivitet leder till god fysisk och psykologisk hälsa (WHO, 1948). Det psykologiska välbefinnandet har visats vara föränderligt på grund av olika anledningar, där det psykologiska tillståndet, omgivningen och sociala relationer har visats vara faktorer som påverkar (Geidne et al., 2013). En potentiell förklaring till variationen i psykologiskt välbefinnande kan vara dess relation till affekter.

Affekters relation till psykologiskt välbefinnande

Gällande affekter visade resultatet från undersökningen att de hade en stark relation till psykologiskt välbefinnande vid respektive mättillfälle. Då tidigare forskning visat att affekter kan förändras snabbt skulle denna förändring i affekter vara en möjlig förklaring till den förändring i psykologiskt välbefinnande som föreliggande studie påvisar. Mer specifikt har tidigare forskning visat att affekter är dynamiska under en rehabiliteringsprocess (Wiese-Bjornstal et al., 1998). Detta kan förklaras av olika skeden i rehabiliteringen, där idrottaren både kan mötas av medgångar och motgångar. Bland annat har Morrey et al. (1999) belyst att när idrottaren inser att det är möjligt med en återgång till idrotten igen ökar upplevelsen av positiva affekter som, i sin tur, kan påverka idrottarens psykologiska välbefinnande. I samma linje har tidigare forskning uppmärksammat att affekten rädsla är vanlig i samband med att idrottaren ska återgå till sin idrott efter rehabilitering (Brewer & Redmond, 2016). Rädsla kan uppkomma i samband med att en idrottsskada uppstår, och när idrottaren upplever att rehabiliteringen successivt ger resultat så kan affekten rädsla minska i följd med hur rehabiliteringen fortgår. När idrottaren är nästintill fullt återhämtad och närmar sig en återgång till idrotten är det sannolikt att rädsla för att skada sig igen förekommer (Brewer & Redmond, 2016). Då rädsla är en negativ affekt (Russell, 1980) är det nödvändigt att upplevelsen av rädsla reduceras för att idrottaren ska uppleva ett positivt psykologiskt välbefinnande. Detta är viktigt i det avseendet då en individ som inte är psykologiskt förberedd vid sin återgång skapar större risk för att skada sig igen (Brewer & Redmond, 2016).

Samtidigt som negativa affekter kan vara förekommande vid återgång till idrotten kan även positiva affekter, som exempelvis iver, uppstå (Podlog & Eklund, 2007). Russell (1980) beskriver affekten iver som en affekt associerat med glädje och hög aktivitetsnivå. Idrottare har rapporterat upplevelse av iver i samband med återgång till idrott, för att de ser fram emot fördelarna som deltagandet i idrott ger, däribland den sociala aspekten (Podlog & Eklund, 2007). Positiva såväl som negativa affekter visades i föreliggande studie ha ett statistiskt signifikant samband till positivt såväl som negativt psykologiskt välbefinnande. Detta resultat var i linje med vad tidigare forskning påvisat (Eid & Larsen, 2007; McCarthy 2011). Mer specifikt kan den kognitiva

bedömningen påverka den emotionsmässiga responsen, exempelvis affekterna, som sedan influerar beteendet och utfallet av rehabiliteringen (Wiese-Bjornstal, 2010).

Negativa affekter hade ett positivt samband med höga nivåer av negativt psykologiskt välbefinnande samt låga nivåer av positivt psykologiskt välbefinnande i föreliggande studie. Det kan förklaras av att idrottare upplevt skadesituationen som en förlust eller sorg (Wiese-Bjornstal et al., 1998), vilket Wiese-Bjornstal (2010) tidigare påpekat kan vara en del av den kognitiva bedömningen. Förekomsten av sorg och brist på tillfredsställelse är negativt för det psykologiska välbefinnandet (Diener, 2009), och kan dessutom medföra att idrottaren upplever många negativa affekter vilket också kan innebära upplevelse av ett negativt psykologiskt välbefinnande. En negativ affekt som kan uppstå i samband med en skada är som tidigare nämnts, rädsla (Wiese-Bjornstal, 2010), möjligtvis på grund av ovissheten som kan uppstå kring den nya situationen.

Följsamhet till rehabilitering och psykologiskt välbefinnande

Föreliggande studie visade inget samband på inom-individ nivå mellan följsamhet till rehabilitering och rehabiliteringsutfallet psykologiskt välbefinnande. En möjlig förklaring till detta resultat kan vara att idrottarna uppvisar en hög stabil nivå av följsamhet till rehabilitering. Enligt den deskriptiva statistiken (bilaga 3, tabell 1) visar idrottare generellt ett högt medelvärde oavsett tidpunkt. Forskning har påvisat resultat som säger att idrottare ser ljus på framtiden vilket medför att de även vid dåliga dagar fokuserar på att göra sin rehabilitering med ambitionen att en dag bli friska för att kunna delta i idrott igen (Tracey, 2003). Bianco (2001) fann, exempelvis, att idrottaren kan uppleva rädsla för att exkluderas från laget, vilket kan relateras till föreliggande studie där majoriteten var fotbollsspelare. De idrottare som utövar idrott på en högre nivå kan dessutom erhålla ekonomiskt stöd och förväntas återgå till idrotten snabbt efter en skada (Arderin et al., 2012). Det är möjligt att dessa idrottare upplever rädsla för att mista det ekonomiska stödet vilket kan medföra att de genomgår rehabiliteringen oavsett upplevda affekter och därmed visar upp ett ”stabil” rehabiliteringsbeteende. Ett annan möjlig förklaring till varför resultatet i föreliggande undersökning inte är i linje med det teoretiska ramverket (dvs. beteende leder till rehabiliteringsutfall) är att följsamhet till rehabilitering bara är ett av de beteenden som föreslås. Wiese-Bjornstal (2010) föreslår bland annat även drogmissbruk, hanteringsstrategier och psykologiska interventioner som andra beteendemässiga responser. Ett exempel på en psykologisk intervention kan vara visualisering, vilket tidigare har visats ha ett samband med positivt psykologiskt välbefinnande (Driediger, Hall, & Callow, 2006). Detta kan tyda på att andra beteendemässiga responser kan ha en större inverkan på psykologiskt välbefinnande än vad följsamhet till rehabilitering visades ha i föreliggande studie.

Socialt stöd och psykologiskt välbefinnande

Det har i tidigare forskning uppmärksamats hur affekter är en psykologisk faktor som är föränderlig under rehabilitering (Wiese-Bjornstal et al., 1998). Socialt stöd är en annan faktor som också visats vara mer eller mindre dynamisk beroende på vilket typ av stöd som diskuterats (Brewer, 2007). Brewer (2007) vidhåller att behovet av emotionellt stöd ökar när idrottaren ska återgå till idrotten i slutet på rehabiliteringsperioden, vilket tyder på att behovet av stöd varierar. Fernandes et al. (2014) har uppmärksammat att stödet inte alltid möter idrottarens förväntningar och behov under en rehabiliteringsprocess och att skadans svårighetsgrad och skadehistorik spelar in när det bestäms vilken form av socialt stöd som föredras av idrottaren. Resultatet i föreliggande studie tyder inte på att socialt stöd har en direkt relation med psykologiskt välbefinnande. En möjlig förklaring kan vara att socialt stöd kan influera andra faktorer såsom exempelvis affekt, som sedan i sin tur har en starkare association till utfallet psykologiskt välbefinnande (Wiese-

Bjornstal, 2010). Denna förklaring får delvis stöd i de korrelationer, genomförda på mellan-individ nivå, som finns presenterade i tabell 2 (bilaga 4). Dessa korrelationer visar att socialt stöd har statistiskt signifikanta relationer med exempelvis positiva affekter. Typen av socialt stöd som föredras varierar och mängden som individen behöver bestäms av personliga- och situationsmässiga faktorer (Yang, Peek-Asa, Lowe, Heiden, & Foster, 2010). Stödet kan exempelvis komma från familj, vänner, laget, tränare och förening (Brewer, 2007; Christakou & Lavalley, 2009; Ruddock-Hudson et al., 2012). Lin (1986) hävdar att individer tenderar att söka stöd hos personer som de upplever sig ha bäst relation med, vilket då kan vara en vän, familjemedlem eller exempelvis fysioterapeuten (Bianco, 2001). Det finns inga gemensamma rekommendationer kring vilken typ av socialt stöd som behövs i vilken tidpunkt utan det beror på omständigheterna, vilket försvårar utgångsläget för omgivningen kring den skadade idrottaren. De personer som förmedlar socialt stöd bör basera det på hur lämplig situationen är, och bära med sig att vissa faser i rehabiliteringsprocessen innebär tydliga utmaningar för idrottaren (Bianco, 2001). Därför är socialt stöd fortsättningsvis komplicerat då det finns även negativa effekter av oönskat stöd, och det har visats att för mycket socialt stöd kan vara lika ogynnsamt för idrottaren som bristen på socialt stöd (Bianco, 2001).

Metoddiskussion

Frågeformuläret som delades ut till deltagarna mätte variablerna socialt stöd, psykologiskt välbefinnande, affekter och följsamhet till rehabilitering. Samtliga använda instrument har använts i ett flertal tidigare studier och har då uppvisat hög validitet och reliabilitet (Crawford & Henry, 2004; Jackson, 2007; Shin, Park, Song, Kim, & Kwon, 2010; Wongpakaran, Wongpakaran, Ruktrakul, 2011). Föreliggande studie uppvisade reliabilitetskoefficienter för samtligt valda variabler mellan .73 och .93, vilket pekar på en hög reliabilitet (Mitchell & Jolley, 2013), med avvikelser på MSPSS vid sista tidpunkten på .40. Möjlig förklaring till det låga värdet på Cronbach's alpha vid den sista tidpunkten är att datapunkterna var färre i relation till de andra tidpunkterna (Cortina, 1993).

Ett slumpmässigt urval kan generalisera hela populationen (Sturgis, 2012). Då föreliggande studie hade ett icke-slumpmässigt urval minskar generaliserbarheten. Ännu en aspekt som var negativt för föreliggande studies generaliserbarhet var att deltagarna var idrottare mellan åldrarna 14-53, samt deltog i idrott på skilda nivåer. Om deltagarna hade varit mer lika varandra, om de exempelvis drabbats av samma skada, var i samma ålder och deltog i idrott på samma nivå hade pålitligheten i resultatet varit större.

Föreliggande studie var en longitudinell studie bestående av tre mätningar med 10 dagars intervall. Flera mätningar är en fördel då Stenling et al. (2016) menar att det minskar risken för att tidpunkten för en mätning får för stor inverkan på resultatet. Stenling et al. (2016) anser vidare att om förändringen förväntas att ske snabbt är det nödvändigt med fler mättillfällen under en kort tidsperiod, vilket det psykologiska välbefinnandet förväntades göra i föreliggande studie. Inom longitudinell forskning ligger intresset i beskrivningar och förklaringar av konstanta eller dynamiska förändringar i kognitioner, affekter och beteende och för att kunna undersöka förändring på en variabel måste tid inkluderas, då förändring sker över tid (Stenling et al., 2016). Av den anledningen var föreliggande studies design stark, då kognitiva fördomar minskar med flera mätningar.

Nackdelen med att ha flera mätningar är en ökad risk för bortfall som kan orsakas av flera olika faktorer, däribland att deltagarna tappat intresse för att följa upp mätningarna (Lindsey, 2000). Föreliggande studie hade ett bortfall på 31 % vid den andra mätningen och ett bortfall på 38 % vid den sista mätningen. Förklaring till detta kan vara att tidpunkten som formuläret

skickades till deltagarna varierade. Bland annat skickades både andra och tredje mätningen ut på en helgdag och deltagarna kan ha varit upptagna med annat och inte haft tid att besvara enkäten, eller missat att den skickats. En del av deltagarna hade dessutom angivit sin jobbmail och hade därför inte tillgång till sin mail på helgen.

Det bästa tillvägagångssättet för att minska risken för bortfall hade varit att vid varje mätning dela ut enkäten i samband med ett personligt möte med deltagaren. Detta var inte praktiskt möjligt då deltagarna hade oregelbundna scheman i hur de träffade sin fysioterapeut. En risk med kvantitativ metod är social önskvärdhet hos deltagarna som innebär att deltagarna framställer sig själva som bättre än det verkliga fallet (Fife-Schaw, 2012), vilket också kan påverka studiens resultat. Brewer et al. (2013) instämmer också att självrapportering av följsamheten bör räknas in i betraktande av resultaten då det kan innebära att deltagaren rapporterat ett mindre sannenligt svar eller drabbats av glömska.

Praktiska implikationer

Det har i flera tidigare studier framgått hur en idrottsskada kan skapa en totalvändning i livet för idrottare beroende på hur de hanterar de psykologiska faktorer som blir krävande (Brewer et al. 2003; Wiese-Bjornstal, 2010). Föreliggande studie är ytterligare en studie som bidrar med kunskap om hur psykologiska faktorer har en inverkan på utfallet efter en rehabiliteringsprocess. Genom att uppmärksamma och tydliggöra hur en idrottare upplever sin omgivning och sina affekter, kan det skapa nycklar till att underlätta för idrottaren under den tuffa tiden som skadan ska läka. Med hänsyn till dessa reflektioner är det av värde att människor i en skadad idrottares omgivning visar sig förstående och är öppna till att hjälpa idrottaren. Det är därför av värde att poängtera att samtliga individer i den skadade idrottarens omgivning bör ta ansvar för att underlätta idrottarens rehabiliteringsperiod för att på så sätt ge bättre förutsättningar för ett gynnsamt rehabiliteringsutfall. Genom att öka de positiva affekterna och minska de negativa affekterna efter en idrottsskada ökar chansen till ett positivt rehabiliteringsutfall (Brewer & Redmond, 2016). Med hänsyn till dessa reflektioner är det av värde att människor i en skadad idrottares omgivning anstränger sig till att hjälpa idrottaren till att vara psykologiskt förberedd för en återgång till idrotten (Brewer & Redmond, 2016).

Framtida forskning

Psykologiska faktorer och rehabilitering av idrottsskada är ett område som fortfarande behöver studeras vidare. Forskning har påvisat att psykologiska faktorer är dynamiska och därför är longitudinella studier relevant för att skapa mer underlag för närstående, fysioterapeuter och idrottstränare att hjälpa idrottare vara psykologiskt förberedda för en återgång till idrotten. En intressant aspekt skulle vara att undersöka om idrottspsykologer kan fungera som förmedlare av socialt stöd för skadade idrottare. Dock har lite forskning studerat detta (Brewer, 2007). Få studier har fokuserat på vilken period som behovet av emotionellt kontra informativt stöd är störst (Brewer, 2007), vilket skulle vara högst relevant för idrottarens omgivning att få ta del av för att vara behjälpliga. Vidare är en annan intressant aspekt att fortsätta med longitudinell design, fler och längre tidsintervaller för att undersöka hur psykologiska faktorer kan förändras på lång sikt. För att beskriva hur ett utfall inte är konstant genom en rehabiliteringsprocess utan är föränderlig med tiden är det viktigt att vidare diskutera de psykologiska faktorerna och ett utfall i relation till tid (Brewer & Redmond, 2016). Framtida studier kan förslagsvis även studera idrottare som drabbats av samma skada, där rehabiliteringsperioden är lika lång, för att öka möjligheten att generalisera resultatet. Det skulle även vara en intressant aspekt att studera idrottare som idrottar på samma tävlingsnivå. I framtida studier kan forskare även använda

kvalitativa metoder för att skapa en djupare förståelse för idrottarnas upplevelse av rehabiliteringsprocessen.

Konklusion

Studien genomfördes för att ta reda på om de fanns samband mellan utfallet psykologiskt välbefinnande och de psykologiska faktorerna affekt, socialt stöd och följsamhet till rehabilitering. Vidare studerades om de fanns någon förändring över tid i psykologiskt välbefinnande. Resultaten visade att positiv affekt hade starkast samband med positivt psykologiskt välbefinnande och negativ affekt hade det starkaste sambandet med negativt psykologiskt välbefinnande. Idrott innefattar mycket känslor och Brewer, Van Raalte och Linder (1993) anser att det är vanligt att idrottare identifierar sig med sin idrott. Detta medför att en idrottsskada kan innebära komplikationer för den som vanligtvis är engagerad och hängiven till sin idrott, då det inte är möjligt för idrottaren att utföra sin aktivitet på samma sätt eller till och med inte alls. Samtidigt som identifiering med idrotten kan vara negativt när en skada uppkommer kan det också vara positivt. Forskning har tydliggjort att idrottare som i stor utsträckning identifierar sig med sin idrott är mer benägna att utföra sin rehabilitering, oavsett upplevd nivå av stress vid skadans uppkomst, vilket tyder på att dessa idrottare är generellt hängivna till rehabiliteringsprocessen (Brewer et al., 2013). Därför är det viktigt att ge de skadade idrottarna socialt stöd för att främja positiva affekter, vilket skulle kunna hjälpa idrottaren att få ett positivt rehabiliteringsutfall.

Referenser

- Andersen, M. B., & Ivarsson, A. (2016). A methodology of loving kindness: how interpersonal neurobiology, compassion and transference can inform researcher-participant encounters and storytelling. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 8(1), 1-20. doi:10.1080/2159676X.2015.1056827
- Arden, C. L., Taylor, N. F., Feller, J. A., & Webster, K. E. (2012). A Systematic review of the psychological factors associated with returning to sport following injury. *British Journal of Sports Medicine*, 47(17), 1120-1126. doi:10.1136/bjsports-2012-091203
- Baranowski, T. (1978). Adhering to medical regimens: Pilot experiments in patient education and social support. *Medical Care*, 16(12), 1055-1065. Hämtad från: http://medicalcare/Citation/1978/12000/Adhering_to_Medical_Regimens__Pilot_Experiments_in.9.aspx
- Bianco, T. (2001). Social support and recovery from sport injury: Elite skiers share their experiences. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 72(4), 376-388. doi:10.1080/02701367.2001.10608974
- Brewer, B. W. (2007). Psychology of sport injury rehabilitation. I Tenenbaum, G., & Eklund, R. C. (Red), *Handbook of sport and psychology* (3 uppl.) (s. 404-424). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Brewer, B. W. (2010). The role of psychological factors in sport injury rehabilitation outcomes. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 3(1), 40-61. doi:10.1080/17509840903301207
- Brewer, B. W., Cornelius, A. E., & Van Raalte, J. L. (2013). Predictors of adherence to home rehabilitation exercises following anterior cruciate ligament reconstruction. *Rehabilitation Psychology*, 58(1), 64-72. doi:10.1037/a0031297
- Brewer, B. W., Cornelius, A. E., Van Raalte, J. L., Petitpas, A. J., Sklar, J. H., Pohlman, M., . . . Ditmar, T. D. (2003). Protection motivation theory and adherence to sport injury rehabilitation revisited. *Human Kinetics Journal*, 17(1), 95-103. doi:10.1123/tsp.17.1.95
- Brewer, B. W., Daly, M. J., Van Raalte, L. J., & Petitpas, J. A. (1999). A psychometric evaluation of the rehabilitation adherence questionnaire. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 21(2), 167-173. doi:10.1123/jsep.21.2.167
- Brewer, B.W., & Redmond, J.C. (2016). *Psychology of Sport Injury*. (1. uppl.). Champaign, IL: Human Kinetics. Hämtad från: http://books.google.se/books?id=Hf1sDQAAQBAJ&pg=PA224&dq=Brewer,+B.W.,+%26+Redmond,+J.C.+Psychology+of+Sport+Injury&hl=sv&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Brewer%2C%20B.W.%2C%20%26%20Redmond%2C%20J.C.%20Psychology%20of%20Sport%20Injury&f=false
- Brewer, B.W., Van Raalte, J.L., & Linder, D.E. (1993). Athletic identity: Hercules' muscles or achilles heel? *International Journal of Sport Psychology*, 24(2), 237-254. Hämtad från: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1994-03969-001>
- Brown, S. L., Fredrickson, B. L., Wirth, M. W., Poulin, M. J., Meier, E. A., Heaphy, E. D., . . . Schultheiss, O. C. (2009). Social closeness increases salivary progesterone in humans. *Hormones and Behavior*, 56(1), 108-111. doi:10.1016/j.yhbeh.2009.03.022
- Christakou, A., & Lavalley, D. (2009). Rehabilitation from sports injuries: from theory to practice. *Perspectives in Public Health*, 129(3), 120-126. doi:10.1177/1466424008094802
- Chronister, J. A., Johnson, E. K., & Berven, N. L. (2009). Measuring social support in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 28(2), 75-84. doi:10.1080/09638280500163695

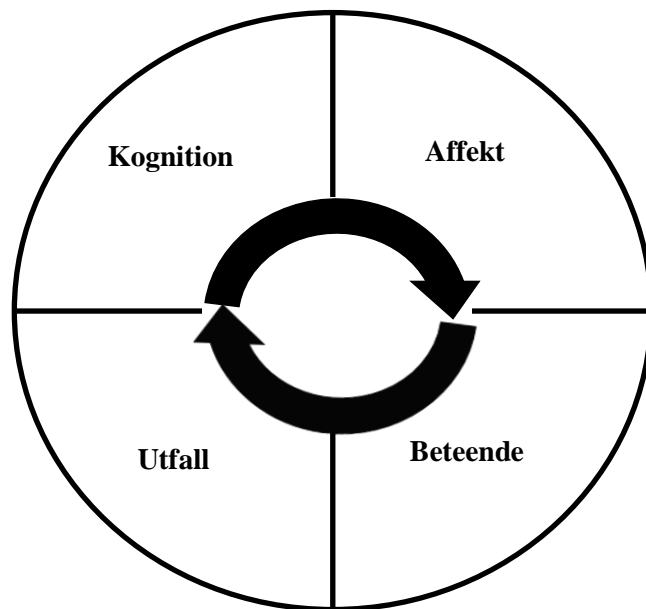
- Clement, D., & Shannon, V. R. (2011). Injured athletes' perceptions about social support. *Journal of Sport Rehabilitation, 20*, 457-470. doi:10.1123/jsr.20.4.457
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology, 78*(1), 98-104. doi: 10.1037/0021-9010.78.1.98
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2004). The positive and negative affect schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology, 43*(3), 245-265. doi:10.1348/0144665031752934
- DeFreese, J. D., & Smith, A. L. (2014). Athlete social support, negative social interactions, and psychological health across a competitive sport season. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 36*, 619-630. doi:10.1123/jsep.2014-0040
- Diener, E. (2009). Subjective Well-Being. I Diener, E. (Red), *The Science of Well-being*, (s.11-58). Champaign, IL: Human Kinetics. doi:10.1007/978-90-481-2350-6_2
- Driediger, M., Hall, C., & Callow, N. (2006). Imagery use by injured athletes: A qualitative analysis. *Journal of Sports Sciences, 24*(3), 261-271. doi: 10.1080/02640410500128221
- Eid, M., & Larsen, J. R. (2008). *The Science of Subjective Well-Being*. (1 uppl.) New York: Guildford Publications. Hämtad från: <http://books.google.se/books?id=u0D1Ly9CeRAC&printsec=frontcover&dq=The+Science+of+Subjective+Well-Being.&hl=sv&sa=X&ved=0ahUKewimk6uC6L7RAhXDFiwKHRT-DT0Q6AEIHTAA#v=onepage&q=The%20Science%20of%20Subjective%20Well-Being.&f=false>
- Ekbäck, M., Benzein, E., Lindberg, M., & Årestedt, K. (2013). The swedish version of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS) – a psychometric evaluation study in women with hirsutism and nursing students. *Health & Quality Of Life Outcomes, 11*(1), 1-19. doi:10.1186/1477-7525-11-168
- Fernandes, M. H., Reid, M. V., Vilaca-Alves, J., Saavedra, F., Aidar, J.F., & Brustad, R. (2014). Social support and sport injury recovery: An overview of empirical findings and practical implications. *Revista de Psicologia del Deporte, 23*(2), 445-449. Hämtad från: http://www.rpd-online.com/article/viewFile/v23-n2-fernandes-reis-vila%20C3%A7a-et-al/pdf_en
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3 uppl). London: Sage Publications Ltd.
- Fife-Schaw, C. (2012). Questionnaire design. I Breakwell, G. M., Smith, J. A., & Wright, D. B. (Red), *Research methods in psychology* (s.113-140). London: Sage Publications Ltd.
- Fisher, A. C., & Hoisington, L. L. (1993). Injured athletes' attitudes and judgments toward rehabilitation adherence. *Journal of Athletic Training, 28*(1), 48-54. Hämtad från: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1317891/>
- Fuller, C. W., Ekstrand, J., Junge, A., Andersen, T. E., Bahr, R., Dvorak, J., & Meeuwisse, W. H. (2006). Consensus statement on injury definitions and data collection procedures in studies of football (soccer) injuries. *British Journal of Sports Medicine, 40*(3), 193–201. doi:10.1136/bjsm.2005.025270
- Gelman, A. (2006). Multilevel (hierarchical) modeling: What it can and cannot do. *Technometrics, 48*(3), 432-435. doi:10.1198/004017005000000661
- Geidne, S., Quennerstedt, M., & Eriksson, C. (2013). The youth sports clubs as a health-promoting setting: an integrative review of research. *Scandinavian Journal of Public Health, 41*(3), 269-283. doi:10.1177/1403494812473204
- Gustafsson, H., Skoog, T., Podlog, L., Lundqvist, C., & Wagnsson, S. (2013). Hope and athlete burnout: Stress and affect mediators. *Psychology of Sport and Exercise, 14*(5), 640-649. doi:10.1016/j.psychsport.2013.03.008

- Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. D., Griffin, M., & Thatcher, J. (2005). Injury representations, coping, emotions, and functional outcomes in athletes with sports-related injuries: a test of self-regulation theory. *Journal of Applied Social Psychology, 35*(11), 2345–2374. doi:10.1111/j.1559-1816.2005.tb02106.x
- Hankins, M. (2008). The factor structure of the twelve item general health questionnaire (GHQ-12): the result of negative phrasing? *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 4*(10) doi:10.1186/1745-0179-4-10
- Hayes, A. (2006). A primer on multilevel modeling. *Human Communication Research, 32*(4), 385-410. doi:10.1111/j.1468-2958.2006.00281.x
- Hilton, A., & Skrutowski, M. (2002). Translating instruments into other languages: Development and testing processes. *Cancer Nursing, 25*(1), 1-7. doi:10.1097/00002820-200202000-00001
- Hyde, L. W., Gorka, A., Manuck, S. B., & Hairi, A. R. (2011). Perceived social support moderates the link between threat-related amygdala reactivity and trait anxiety. *Neuropsychologia, 49*(4), 651-656. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2010.08.025
- Hägglund, M., Waldén, M., & Ekstrand, J. (2009). Injuries among male and female elite football players. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 19*(6), 819-827. doi:10.1111/j.1600-0838.2008.00861
- IBM Corp. (2011). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Ivarsson, A., Stambulova, N., & Johnson, U. (2016). Injury as a career transition: Experiences of a Swedish elite handball player. *International Journal of Sport and Exercise Psychology, 14*, 1-17. doi:10.1080/1612197X.2016.1242149
- Jackson, C. (2007). The general health questionnaire. *Occupational Medicine, Oxford Journals, 57*(1), 79. doi:10.1093/occmed/kql169
- Kvist, J. (2004). Rehabilitation following anterior cruciate ligament injury. *Sports Medicine, 34*(4), 269-280. doi:10.2165/00007256-200434040-00006
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. In Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. M. (Red) *Social Support, Life Events, and Depression*, (s.17-30). Orlando, FL: Academic Press.
- Lindsey, J. K. (2000). Dropouts in longitudinal studies: definitions and models. *Journal of Biopharmaceutical Statistics, 10*(4), 503–525. doi:10.1081/BIP-100101981
- Lu F. J. H., & Hsu, Y. (2013) Injured athletes' rehabilitation beliefs and subjective well-being: The contribution of hope and social Support. *Journal of Athletic Training, 48*(1), 92-98. doi:10.4085/1062-6050-48.1.03
- Levy, A. R., Polman, R. C. J., & Clough, P. J. (2008). Adherence to sport injury rehabilitation programs: an integrated psycho-social approach. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 18*(6), 798-809. doi:10.1111/j.1600-0838.2007.00704.x
- Masten, R., Tušak, M., Stražar, K., Zupanc, O., Drobinič, M., Marinišek, M., & Kandare, M. (2014). Psychological factors of rehabilitation of athletes after knee injury. *Slovenian Journal of Public Health, 53*(3), 226–236. doi:10.2478/sjph-2014-0023
- McCarthy, P. J. (2011). Positive emotion in sport performance: Current status and future directions. *International Review of Sport and Exercise Psychology, 4*(1), 50-69. doi:10.1080/1750984X.2011.560955
- Miranda-Viela, A. L. (2012). Exercise, Injuries and Athlete Performance. In Bastos, J. H., & Silva, A. C. (Red), *Athlete Performance and Injuries*, (s.1-50). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Mitchell, M., & Jolley, J. (2013). *Research Design Explained*. (8 uppl.). Belmont, Calif: Wadsworth Cengage Learning.

- Morrey, M. A., Stuart, M. J., Smith, A. M., & Wiese-Bjornstal, D. M. (1999). A longitudinal examination of athletes' emotional and cognitive responses to anterior cruciate ligament injury. *Clinical Journal of Sport Medicine, 9*(2), 63-69. doi:10.1097/00042752-199904000-00004
- O'Brien, L. (2010). Adherence to therapeutic splint wear in adults with acute upper limb injuries: a systematic review. *Hand Therapy, 15*, 3-12. doi:10.1258/ht.2009.009025
- Podlog, L., Dimmock, J., & Miller, J. (2011). A review of return to sport concerns following injury rehabilitation: Practitioner strategies for enhancing recovery outcomes. *Physical Therapy in Sport, 12*(1), 36-42. doi:10.1016/j.ptsp.2010.07.005
- Podlog, L., & Eklund, R. C. (2005). Return to sport after serious injury: A retrospective examination of motivation and psychological outcomes. *Journal of Sport Rehabilitation, 14*(1), 20-34. doi:10.1123/jsr.14.1.20
- Podlog, L., & Eklund, R. C. (2007). Professional coaches' perspectives on the return to sport following serious injury. *Journal of Applied Sport Psychology, 19*(2), 207-225. doi:10.1080/10413200701188951
- Podlog, L., Lochbaum, M., & Stevens, T. (2010). Need satisfaction, well-being, and perceived return-to-sport outcomes among injured athletes. *Journal of Applied Sport Psychology, 22*(2), 167-182. doi:10.1080/10413201003664665
- Posner, J., Russell, A. J., & Peterson, S. B. (2008). The circumplex model of affect: An integrative approach to affective neuroscience, cognitive development, and psychopathology. *Dev Psychopathol, 17*(3), 715-734. doi:10.1017/S0954579405050340
- Roessler, K. K., Andersen, T. E., Lohmander S., & Roos, E. M. (2015). Motives for sports participation as predictions of self-reported outcomes after anterior cruciate ligament injury of the knee. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 25*(3), 435-440. doi:10.1111/sms.12249
- Ruddock-Hudson, M., O'Halloran, P., & Murphy, G. (2012). Exploring psychological reactions to injury in the Australian football league (AFL). *Journal of Applied Sport Psychology, 24*(4), 375-390. doi:10.1080/10413200.2011.654172
- Russell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*(6), 1161-1178. doi:10.1037/h0077714
- Sáez de Heredia, R. A., Muños, A. R., & Artaza, J. L. (2004). The effect of psychological response on recovery of sport injury. *Research in Sports Medicine, 12*(1), 15-31. doi:10.1080/15438620490280567
- Santi, G., & Pietrantonio, L. (2013). Psychology of sport injury rehabilitation: a review of models and interventions. *Journal of Human Sport & Exercise, 8*(4), 1029-1044. doi:10.4100/jhse.2013.84.13
- Shin, J. T., Park, R., Song, W. I., Kim, S. H., & Kwon, S. M. (2010). The redevelopment and validation of the rehabilitation adherence questionnaire for injured athletes. *International Journal of Rehabilitation Research, 33*(1), 64-71. doi:10.1097/MRR.0b013e32832fea39
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues, 40*(4), 11-36. doi:0022-4537/84/1200-0011\$3.50/1
- Smith, A. M. (1996). Psychological impact of injuries in athletes. *Sports Medicine, 22*(6), 391-405. doi:10.2165/00007256-199622060-00006
- Smith, A. M., Stuart, M. J., Wiese-Bjornstal, D. M., Milliner, E. K., O'Fallon, W. M., & Crowson C, S. (1993). Competitive athletes: pre-injury and post-injury mood state and self-esteem. *Mayo Clinic Proceedings, 68*(10), 939-947. doi:10.1016/S0025-6196(12)62265-4

- Stambulova, N., Alfermann, D., Statler, T., & Côté, J. (2009). ISSP Position stand: Career development and transitions of athletes. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 7(4), 395-412. doi:10.1080/1612197X.2009.9671916
- Statens folkhälsoinstitut (2006). Fysisk aktivitet och folkhälsa. Hämtad 16 December 2016 från:http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/21516/R200613_Fysisk_aktivitet_0701.pdf
- Stenling, A., Ivarsson, A., & Lindwall, M. (2016). The only constant is change: analysing and understanding change in sport and exercise psychology research. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 10(1), 230-251. doi:10.1080/1750984X.2016.1216150
- Steptoe, A. S., & Butler, N. (1996). Sports participation and emotional wellbeing in adolescents. *The Lancet*, 347(9018), 1789-1792. doi:10.1016/S0140-6736(96)91616-5
- Sturgis, P. (2012). Surveys and Sampling. I Breakwell, G. M., Smith, J. A., & Wright, D. B. (Red), *Research methods in psychology* (s. 93-112). London: Sage Publications Ltd.
- Tennisberg, R., Sundelius, M., & Klang, E. (2009, 9 Juni). Säsongen är över för Kluft: "det känns oerhört tungt". *Radiosporten*. Hämtad från: <http://sverigesradio.se>
- Tracey, J. (2003). The emotional response to the injury and rehabilitation process. *Journal of Applied Sport Psychology*, 15(4), 279-293. doi: 10.1080/104132003902137924
- Udry, E. (1997). Coping and social support among injured athletes following surgery. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 19(1), 71-90. doi:10.1123/jsep.19.1.71
- Vetenskapsrådet. (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 15 December 2016 från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Waldén, M., Hägglund, M., & Ekstrand, J. (2005). Injuries in swedish elite football- a prospective study on injury definitions, risk for injury and injury pattern during 2001. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sport*, 15(2), 118-125. doi:10.1111/j.1600-0838.2004.00393.x
- Watson, D., Clark, A. L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. doi:0022-3514/88/\$00.75
- Wiese-Bjornstal, D. M. (2010). Psychology and socioculture affect injury risk, response, and recovery in high-intensity athletes: a consensus statement. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20(2), 103-111. doi: 10.1111/j.1600-0838.2010.01195.x
- Wiese-Bjornstal, D. M., Smith, A. M., Shaffer, S. M., & Morrey, M. A. (1998). An integrated model of response to sport injury: Psychological and sociological dynamics. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10(1), 46-69. doi:10.1080/10413209808406377
- Wesch, N., Hall, C., Prapavessis, H., Maddison, R., Basset, S., Foley, L., . . . Forwell, L. (2011). Self-efficacy, imagery use, and adherence during injury rehabilitation. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 22(5), 695-703. doi:10.1111/j.1600-0838.2011.01304.x
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS): Thai version. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 7(1), 161-166. doi:10.2174/1745017901107010161
- World Health Organization. (1948). WHO definition of Health. Hämtad 2 Januari, 2017 från: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- Yang, J., Peek-Asa, C., Lowe, B. J., Heiden, E., & Foster, T.D. (2010). Social support patterns of collegiate athletes before and after injury. *Journal of Athletic Training*, 45(4), 372-379. doi:10.4085/1062-6050-45.4.372

Bilaga 1.



*Figur 1: Dynamic biopsychosocial cycles of post-sport injury response and recovery (Wiese-
bjornstal 2010). Fritt översatt.*

Bilaga 2.

Högskolan i Halmstad
Akademin för Hälsa och Välfärd
Psykologi inriktning idrott och motion 61-90 hp

Julia Zetterström & Emelie Elfsberg
Handledare: Andreas Ivarsson, PhD, (andreas.ivarsson@hh.se)

Informationsbrev för studie kring psykologiska responser vid idrottsskada

Vi är två studenter på Idrottsvetenskapliga programmet vid Högskolan i Halmstad som ska skriva vår C-uppsats inom idrotts- och motionspsykologi. Syftet med studien är att undersöka om det finns samband mellan känslor, psykologiskt välbefinnande, socialt stöd och följsamheten till skaderehabilitering. Kriteriet för att delta är att du p.g.a. en idrottsskada genomgår en rehabiliteringsperiod på minst en månad. Om du samtycker till att delta kommer du vid tre tillfällen få fylla i en enkät med frågor som är relaterade till syftet. Du kommer att ombudjas att fylla i enkäten var 10 dag och enkäten kommer då att mailas till dig. Två påminnelser kommer sändas ut per sms med tre dagars mellanrum i samband med mätning. Denna procedur kommer upprepas vid två tillfällen. Därför behöver du identifiera dig genom att uppge din e-postadress vid varje mätning. Deltagandet i vår studie är frivilligt och Du som deltagare kan när som helst välja att avbryta. Informationen som Du som deltagare lämnar kommer att behandlas konfidentiellt och endast vi som genomför studien kommer att ha tillgång till den informationen som Du lämnar i enkäten. Alla resultat kommer att redovisas på gruppnivå, inga obehöriga kommer att kunna ta del av enkäter eller data. Enkäten innehåller 49 frågor och tar ungefär 5-10 minuter att genomföra.

Hör gärna av dig om du har frågor eller funderingar!

Tack på förhand.

Med Vänlig Hälsning,
Julia Zetterström (julzet14@student.hh.se)
Emelie Elfsberg (emele114@student.hh.se)

Var god kryssa i rutorna och skriv under nedan om du samtycker till att delta i studien.

Jag är medveten om studiens upplägg.

Jag har haft möjlighet att ställa de frågor som jag har.

Jag är medveten om att jag när som helst kan dra mig ur studien utan att ange orsak.

Jag har fått tillräckligt med information om studien.

Jag samtycker till att mina personuppgifter samlas in i studien.

Jag samtycker till att delta i studien.

Namn

Datum

Signatur

Bilaga 3.

Tabell 1. Deskriptiv statistik samt alpha värden för variabler som ingår i studien

Variabler	Tidpunkt 1 (n=81)			Tidpunkt 2 (n=56)			Tidpunkt 3 (n=50)		
	M	SD	α	M	SD	α	M	SD	α
PPV	2.41	.42	.731	2.34	.49	.834	2.35	.48	.806
NPV	.86	.54	.729	.76	.51	.765	.83	.55	.774
PA	3.91	.69	.826	3.87	.71	.879	3.83	.85	.905
NA	2.01	.84	.785	1.90	.81	.794	1.90	.83	.844
Stöd	6.36	.77	.901	6.23	.80	.930	6.28	1.45	.404
Följ	3.72	.33	.825	3.73	.29	.779	3.78	.29	.819

Notis: PPV= Positivt Psykologiskt Välbefinnande, NPV= Negativt Psykologiskt Välbefinnande, PA= Positiv Affekt, NA= Negativ Affekt, Stöd= Socialt stöd, Följ= Följsamhet till rehabilitering.

Bilaga 4.

Tabell 2. Korrelationsmatris för korrelationer mellan alla variabler på alla tidpunkter

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.
1. PPV T1		-.20	.38**	-.42**	.32**	.21	.57**	-.47**	.63**	-.55**	.35**	.26	.55**	-.42**	.62**	-.50**	.22	.40**
2. NPV T1	-.20		-.42**	.57**	-.20	-.35**	-.62**	.70**	-.64**	.57**	-.39**	-.33*	-.57**	.74**	-.51**	.53**	-.15	-.32*
3. PA T1	.38**	-.42**		-.28*	.38**	.28*	.46**	-.51**	.68**	-.46**	.44**	.33*	.36**	-.33**	.52**	-.32*	.33*	.48**
4. NA T1	-.42**	.57**	-.28**		-.16	-.33**	-.51**	.62**	-.39**	.65**	-.25	-.19	-.70**	.70**	-.64**	.66**	-.22	-.25
5. Stöd T1	.32**	-.20	.38**	-.16		.50**	.28*	-.38**	.34**	-.25	.81**	.59**	.25	-.25	.26	-.11	.52**	.73**
6. Följ T1	.21	-.35**	.28*	-.33**	.45**		.39**	-.47**	.26	-.36**	.43**	.68**	.35*	-.43**	.28*	-.24	.35*	.64**
7. PPV T2	.57**	-.62**	.46**	-.51**	.28*	.39**		-.75**	.70**	-.70**	.30*	.41**	.80**	-.80**	.60**	-.73**	.26	.48**
8. NPV T2	-.47**	.70**	-.51**	.62**	-.38**	-.47**	-.75**		-.62**	.80**	-.45**	-.40**	-.69**	.83**	-.57**	.62**	-.21	-.53**
9. PA T2	.63**	-.67**	.68**	-.39**	.34**	.26	.70**	-.62**		-.57**	.42**	.30*	.71**	-.69**	.70**	-.67**	.23	.41**
10. NA T2	-.55**	.57**	-.46**	.65**	-.25	-.36**	-.70**	.80**	-.57**		-.27*	-.36**	-.73**	.74**	-.69**	.72**	-.08	-.48**
11. Stöd T2	.35**	-.39**	.44**	-.25	.81**	.43**	.30*	-.45**	.42**	-.27*		.44**	.29	-.42**	.25	-.24	.57**	.49**
12. Följ T2	.26	-.38*	.33*	-.19	.59**	.68**	.41**	-.40**	.27*	-.36**	.44**		.39**	-.41**	.35*	-.30*	.16	.87**
13. PPV T3	.55**	-.57**	.36**	-.70**	.25	.35*	.80**	-.69**	.71**	-.73**	.29	.39**		-.73**	.78**	-.83**	.19	.43**
14. NPV T3	-.42**	-.35**	-.33*	.70**	-.25	-.43**	-.80**	.83**	-.69**	.74**	-.42**	-.41**	-.73**		-.61**	.73**	-.23	-.36**
15. PA T3	.62**	-.51**	.52**	-.64**	.26	.28*	.61**	-.57**	.70**	-.69**	.25	.35*	.78**	-.61**		-.81**	.24*	.40**
16. NA T3	-.50**	.53**	-.32*	.66**	-.12	-.24	-.73**	.62**	-.67**	.72**	-.24	-.30*	-.83**	.73**	-.81**		-.24	-.29*
17. Stöd T3	.22	-.15	.33*	-.22	.52**	.35*	.26	-.21	.23	-.08	.57**	.16	.19	-.23	.24*	-.24		.34*
18. Följ T3	.40**	-.32*	.48**	-.25	.73**	.64**	.48**	-.53**	.41**	-.48**	.49**	.87**	.43**	-.36**	.40**	-.29*	.34*	

Notering: T1= Tidpunkt 1, T2= Tidpunkt 2, T3= Tidpunkt 3, PPV= Positivt Psykologiskt Välbefinnande, NPV= Negativt Psykologiskt Välbefinnande, PA= Positiv Affekt, NA= Negativ Affekt, Stöd= Socialt stöd, Följ= Följsamhet till rehabilitering. * p<0.05. ** p<0.01

Bilaga 5.

Tabell 3. Estimat från flernivåanalyser med positivt psykologiskt välbefinnande respektive negativt psykologiskt välbefinnande som beroende variabler

	Positivt Psykologiskt Välbefinnande		Negativt Psykologiskt Välbefinnande	
	Nollmodell	Modell A	Nollmodell	Modell A
Medelvärde på mellan-individ nivå (level 2)	2.39**	1.30**	.84**	1.22**
<i>Prediktorer på inom-individ nivå (level 1)</i>				
Positiva Affekter		.32**		-.14*
Negativa Affekter		-.16**		.28**
Följsamhet till rehabilitering		.04		-.09
Socialt stöd		.00		-.01
<i>Variation i hälsoutfall på inom-individ nivå (level 1)</i>	.12*	.02*	.21*	.07**
<i>Modellanpassnings Index</i>				
BIC	187.35	99.76	211.40	164.12

Notering: *p<0.05. ** p<0.01.

Emelie Elfsberg och Julia Zetterström



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad
Telefon: 035-16 71 00
E-mail: registrator@hh.se
www.hh.se