

UPPLEVELSER AV FYSISK TRÄNING PÅ FRISKVÅRDSANLÄGGNING VID REUMATOID ARTRIT

EN KVALITATIV INTERVJUSTUDIE

ANNA DANARP

Akademien för hälsa, vård och välfärd
Examensarbete i fysioterapi med
beteendemedicinsk inriktning
Avancerad nivå
15 Hp
Fysioterapiprogrammet
FYSo19

Handledare: Charlotta Thunborg
Examinator: Anna Ullenhag

Datum: 2016-10-08

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Reumatoid artrit (RA) visar sig främst genom ledinflammationer, med symtom som smärta, nedsatt funktion och sjukdomsrelaterad trötthet. Samsjuklighet i hjärt- och kärlsjukdomar och osteoporos är stor. Många personer med RA kommer inte upp i nivån för hälsofrämjande fysisk aktivitet. Studier visar dock att fysisk träning inte ökar sjukdomsaktivitet hos personer med RA.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka vilka upplevelser personer med RA har av träning på friskvårdsanläggning. Vidare var syftet att undersöka hur dessa personer upplever träningens inverkan på den egna hälsan.

Metod: En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats genomfördes. Sex kvinnor och en man intervjuades. Analys utfördes med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Två domäner skapades: "Upplevelser av träning på friskvårdsanläggning" och "Upplevelser av träningens inverkan på den egna hälsan". Temana var "Faktorer som underlättar träning på friskvårdsanläggning", "Faktorer som hanteras vid träning på friskvårdsanläggning", "Faktorer som hindrar träning på friskvårdsanläggning", "Positiv upplevelse under och direkt efter träning på friskvårdsanläggning" samt "Ökat välbefinnande och önskemål om ytterligare träning".

Slutsatser: Framträdande är deltagarnas förmåga att anpassa träningen på friskvårdsanläggning utefter sjukdomens effekter och att de upplever hög self-efficacy för detta. Att som fysioterapeut lära en person med RA att självreglera via anpassningar under träningen är viktigt för att personen ska få en positiv upplevelse av träningen.

Nyckelord: inflammatorisk ledsjukdom, fysisk aktivitet, hälsocentra, self-efficacy, självreglering, kvalitativ innehållsanalys

ABSTRACT

Background: Rheumatoid arthritis (RA) turns out mainly by arthritis, and symptoms such as pain, impaired function and fatigue. Comorbidity of cardiovascular disease and osteoporosis are salient. Many people with RA do not reach the level of health-enhancing physical activity. However, studies show that exercise does not increase disease activity in people with RA.

Purpose: The purpose of this study was to explore how people with RA experience exercising at wellness facility. Furthermore, the aim was to explore how these people perceive influence from exercise on their own health.

Method: A qualitative interview study with an inductive approach was conducted. Six women and one man with RA were interviewed. The collected data were analyzed using qualitative content analysis.

Results: Two domains were created: "Experiences of exercising at the wellness facility" and "Experiences of how training had an impact on their own health". The themes were "Factors facilitating exercising at the wellness facility", "Factors handled when exercising in wellness facility", "Factors that hinder exercising at wellness facility", "Positive experience during and immediately after exercising at wellness facility" and "Greater wellbeing and requests for additional training."

Conclusion: Salient is the participants' ability to adapt their exercising at wellness facility according to their disease's, and their experience of high self-efficacy. As a physiotherapist it is essential to teach a person with RA how to self-regulate by adaptations during exercise so that the person will have a positive experience of exercising.

Keywords: arthritis, physical activity, wellness center, self-efficacy, self-regulation, qualitative content analysis

INNEHÅLL

1	BAKGRUND	1
1.1	Inflammatorisk ledsjukdom	1
1.1.1	Reumatoid artrit	1
1.2	Fysisk aktivitet och fysisk träning	3
1.2.1	Träning på friskvårdsanläggning	4
1.2.2	Fysisk träning vid RA	5
1.3	Fysioterapi som behandling vid RA	5
1.4	Beteendemedicin i fysioterapi	6
1.5	Problemformulering	9
2	SYFTE	9
3	METOD	10
3.1	Design	10
3.2	Urval	10
3.2.1	Inklusions- och exklusions kriterier	10
3.3	Tillvägagångssätt vid inkludering av deltagare	10
3.4	Tillvägagångssätt	11
3.5	Datainsamlingsmetod	11
3.6	Bearbetning och analys av data	12
3.7	Författarens förförståelse	13
3.8	Etiska överväganden	13
4	RESULTAT	14
4.1	Faktorer som underlättar träning på friskvårdsanläggning	16
4.1.1	Socialt stöd	16
4.1.2	Planering	16
4.1.3	Fysisk lättillgänglighet	16
4.1.4	Bra förutsättningar från hälso- och sjukvården	16
4.1.5	Bra fysisk och social miljö	17

4.1.6	Acceptans	17
4.1.7	Att anse fysisk träning som viktigt	17
4.1.8	Positiva utfallsförväntningar	18
4.1.9	Kunskap och erfarenhet	18
4.2	Faktorer som hanteras vid träning på friskvårdsanläggning	19
4.2.1	Osäkerhet initialt	19
4.2.2	Effekter av sjukdomen	19
4.2.3	Upplevt motstånd initialt	20
4.3	Faktorer som hindrar träning på friskvårdsanläggning	20
4.3.1	Tidsfaktorer	20
4.3.2	Sjukdom	21
4.3.3	Att inte vilja	21
4.3.4	Att inte prioritera	21
4.4	Positiv upplevelse under och direkt efter träning på friskvårdsanläggning	21
4.4.1	Kortsiktiga psykologiska effekter	21
4.4.2	Kortsiktiga fysiska effekter	22
4.5	Ökat välbefinnande och önskemål om ytterligare träning	23
4.5.1	Långsiktiga fysiska effekter	23
4.5.2	Regelbundenhet betonas	23
5	DISKUSSION	24
5.1	Resultatsammanfattning	24
5.2	Resultatdiskussion	24
5.3	Metoddiskussion	28
5.4	Etikdiskussion	31
6	SLUTSATSER	32
	REFERENSLISTA	33

BILAGA A INFORMATION VID FÖRFRÅGAN

BILAGA B INFORMATIONSBREV

BILAGA C INFORMERAT SAMTYCKE

BILAGA D BAKGRUNDSINFORMATION

BILAGA E INTERVJUGUIDE

1 BAKGRUND

Vetenskapliga studier har de senaste åren visat att fysisk aktivitet och träning inte ökar sjukdomsaktivitet vid reumatoid artrit. Att regelbundet utföra någon form av träning på friskvårdsanläggning kan vara ett sätt att utföra sin träning på. Därför kan det vara värdefullt att utforska hur personer med reumatoid artrit och som tränar regelbundet på friskvårdsanläggning upplever detta och hur de upplever att denna träning påverkar hälsan.

1.1 Inflammatorisk ledsjukdom

De reumatiska sjukdomarna delas in i fyra grupper: de inflammatoriska ledsjukdomarna, de reumatiska systemsjukdomarna, artros/spondylos samt lokala och generella smärttillstånd. Reumatoid artrit (RA) är den vanligaste diagnosen bland de inflammatoriska ledsjukdomarna men där återfinns också bland annat spondylartriterna inklusive ankyloserande spondylit och psoriasisartrit. Kardinalsymtomet för de inflammatoriska ledsjukdomarna är ledvärk, men symtom från andra organ kan förekomma (Engström-Laurent & Jacobsson, 2005).

1.1.1 Reumatoid artrit

Förekomsten av RA är 0,5-1,0 % i den vuxna befolkningen och sjukdomen är tre gånger så vanlig bland kvinnor jämfört med män. Prevalensen ökar med stigande ålder och är högst för kvinnor över 65 år (Scott, Wolfe & Huizinga, 2010). I Sverige är prevalensen ca 0,7 % (Neovius, Simard & Askling, 2011).

Risken att insjukna (incidensen) i RA är 25-50 nya fall per 100 000 invånare och år (Uhlig & Kvien, 2005).

Orsakerna till uppkomst av RA är oklar men riskfaktorer för insjuknande är bland annat genetiska faktorer likväl som omgivningsfaktorer. Den dominerande omgivningsfaktorn är rökning vilken medför en fördubblad risk att drabbas (Brodin & Swärdh, 2015; Scott et al., 2010). I en översiktsartikel presenterar Verhoeven et al. (2015) att regelbunden fysisk aktivitet kan skydda mot uppkomst av RA eller ge en mildare form av RA.

Att den autoimmuna inflammationen vid RA uppkommer beror på en överaktivering av det egna immunsystemet. Försvarsmekanismer som ska reagera på yttre hot, som till exempel bakterier eller virus, börjar aktiveras av oklar anledning. En nyckel i detta skeende är en överproduktion av cytokinet (signalsubstansen) Tumour Necros Factor (TNF). TNF interagerar med flera proinflammatoriska cytokiner och detta kan ge inflammationer i både

synovialmembran och brosk, vilket i förlängningen kan leda till leddestruktion (Brodin & Swärdh, 2015; Scott, 2010).

Nociceptiv smärta uppstår vid RA genom att nociceptorer (smärtreceptorer) vid en inflammerad led retas av den reumatiska inflammationen och skickar en smärtsignal i inåtleddande nerver (neuron). I ryggmärgens bakhorn kopplas signalen om till nya neuron som ska föra vidare signalen till thalamus. Vid till exempel inflammation kan tröskeln för att nociceptorn ska initiera en signal sänkas vilket kallas perifer sensitisering. Central sensitisering inträffar då upprepad retning av nociceptorer ger en ökning av signalflödet som sänds vidare upp till hjärnan efter omkoppling i bakhornen. Det finns också smärtdämpande system som till exempel att beröring och muskelarbete aktiverar nervfiber som hämmar smärtsignalernas överföring i bakhornens omkopplingsstationer. Detta minskar mängden smärtsignaler som når thalamus. Genom både opioida (endorfiner) och icke-opioida system hämmas smärtsignalernas överföring i ryggmärgens bakhorn via nedåtgående banor som utgår ifrån förlängda märgen. När smärtsignalen når hjärnan påverkas den slutgiltiga smärtupplevelsen bland annat av faktorer som perception, kognition och emotioner. Hur hjärnan tolkar smärtupplevelsen påverkar det beteende som smärtan för med sig. Detta beteende kan i sin tur påverka hur smärtan upplevs längre fram i tiden (Bergman, 2014).

Behandling vid RA kan delas in i farmakologiska och icke farmakologiska åtgärder. Den moderna farmakologiska behandlingsstrategin syftar till att dämpa sjukdomsaktiviteten, alltså den autoimmuna inflammationen, och om möjligt uppnå klinisk remission (i det närmaste symtomfrihet). Behandlingen syftar också till att förebygga leddestruktion och en allvarlig sjukdomsutveckling på längre sikt (Svensk Reumatologisk Förening [SRF], 2016).

Efter ett visst specificerat schema strävar man efter att tidigt behandla med DMARDs (Disease Modifying Anti - Rheumatic Drugs) där till exempel metotrexate är en vanlig substans. Mycket förenklat beskrivet kan man enligt detta schema kombinera flera olika DMARDs om inte enbart metotrexate minskar sjukdomsaktiviteten. Om effekt av behandling med metotrexate uteblir kan den också kombineras med en biologisk DMARD. Ett biologiskt läkemedel är framställt i biologiska system och kan till exempel vara hämmare av Tumour Necrosis Factor. Vid hög sjukdomsaktivitet finns möjligheten att en period behandla med peroral kortison. Vid enstaka ledinflammationer kan intraartikulära kortisoninjektioner ges (SRF, 2016).

Den generellt tidigt insatta farmakologiska behandlingen har lett till att en ökad andel personer med nydebuterad RA går i remission. Det finns dock fortfarande en andel personer med RA som svarar sämre på eller inte tål den farmakologiska behandlingen och där får då sjukdomen allvarligare konsekvenser (Bremander, 2014; SRF, 2016).

RA är en systemisk och inflammatorisk sjukdom som drabbar flertalet leder. Sjukdomen visar sig vanligen som symmetrisk polyartrit med ett skovvis förlopp och karaktäriseras av inflammation i synovialhinnor i leder (synovit), senskidor (tendovaginit) och slemsäckar (bursit). Vid RA är smärta, huvudsakligen av nociceptiv karaktär, ledsvullnad, stelhet, ömhet, sjukdomsrelaterad trötthet (fatigue) och stressreaktioner vanliga symtom. Nedsatt ledrörlighet, muskelfunktion och kondition kan förekomma redan tidigt i sjukdomsförloppet (Brodin & Swärdh, 2015).

Symtom i händer och i fötter visar sig ofta tidigt i sjukdomen. Smärta på grund av ledinflammationer i fötter och i nedre extremiteter kan bidra till en försämrad balans och fallrisk. Nedsatt handstyrka är vanligt förekommande hos personer med RA och handstyrkan avspeglar ofta den allmänna muskelstyrkan. Allmän sjukdomskänsla är vanligt förekommande liksom den klassiska morgonstelheten. Dessa symtom gör sammantaget att sjukdomen kan påverka många aktiviteter i personens liv, både på skola och på arbete, i hemmet och på fritiden. Det kan vara allt från att gå längre sträckor till att utföra aktiviteter som kräver finmotorik som påverkas (Bremander, 2014). Osteoporos är vanligt förekommande, likaså samsjuklighet i hjärt-kärlsjukdomar (Rantapää Dahlqvist & Jacobsson, 2005; Brodin & Swärdh, 2015; Bremander, 2014).

1.2 Fysisk aktivitet och fysisk träning

Hälsa är ett begrepp som kan definieras på flera olika sätt. Enligt WHO:s definition från 1946 är god hälsa ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, socialt och psykiskt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller svaghet” (Health, WHO, 2016).

Enligt Socialstyrelsen definieras hälsa som ” fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada” (Hälsa, Socialstyrelsen, 2016). Denna definition är baserad på WHO:s definition. I detta arbete kommer Socialstyrelsens definition att användas.

Genom fysisk aktivitet och träning kan flera aspekter av hälsa påverkas. Detta är av betydelse för personer med RA både för att förbättra funktionstillstånd och för att minska risken för samsjuklighet (Opava, 2014).

I handboken Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS) definieras, rent fysiologiskt, fysisk aktivitet som ”all kroppsrörelse som ökar energiförbrukningen utöver den energiförbrukning vi har i vila” (s. 1). Med vila menas främst liggande och sittande men kan även innefatta stående. Man kan till exempel utöva fysisk aktivitet på fritiden, på arbete, inomhus eller utomhus. Fysisk aktivitet kan också ske i form av organiserad fysisk träning.

Fysisk träning definieras som ”planerad och strukturerad fysisk aktivitet som syftar till att bibehålla eller förbättra fysisk ”fitness” såsom kondition och styrka” (s. 12). För att utöva fysisk träning byter man ofta om till anpassade träningskläder (Mattsson, Jansson & Hagströmer, 2015).

I internationella och nationella rekommendationer står att en person bör vara fysiskt aktiv i minst 150 minuter/ vecka för att bland annat minska risken för hjärt-kärlsjukdom, diabetes typ 2, osteoporos och vissa cancerformer. Denna hälsofrämjande fysiska aktivitet kan fördelas på endera fysisk aktivitet på måttlig intensitetsnivå i 150 minuter/vecka alternativt fysisk träning på hög intensitetsnivå 75 minuter/vecka (WHO, 2011; Socialstyrelsen, 2011). Aktiviteten som avses ska vara av aerob karaktär för att ge hälsovinster och det finns flera

olika sätt att mäta intensiteten på. Vid aktivitet på måttlig intensitet bör pulsen ligga på en nivå av 60-74% av maximal hjärtfrekvens och upplevas som en ansträngning motsvarande 12-13 på RPE-skalan. Detta kan till exempel innebära snabb promenad eller en cykeltur. Vid aktivitet på hög intensitetsnivå bör pulsen ligga mellan 75-94% av maximal hjärtfrekvens och upplevas som en ansträngning motsvarande 14-17 på RPE-skalan. Detta innebär aktiviteter som ökar puls och andning markant till exempel jogging och löpning. RPE-skalan innefattar skalsteg från 6 till 20 där 6 motsvarar "ingen ansträngning alls" och 20 motsvarar "maximal ansträngning" och med vilken en subjektiv upplevelse av ansträngningsgrad kan anges (Hassmén, Wisén & Hagströmer, 2015; Mattsson et al., 2015).

När vi av skelettmuskulaturen begär fysisk aktivitet sker förändringar i miljön för muskulaturen. Till exempel sjunker pH-värdet, syrgastillgången minskar och temperaturen ökar. Nervändarna i muskulaturen signalerar om detta samtidigt som motorcortex sänder signaler om muskelaktivitet till förlängda märgen där centrum för hjärt- och andningsfunktion är beläget. Detta gör att puls, hjärtats minutvolym, blodtryck och andning ökar. En omfördelning genom ändrat kärlmotstånd sker och genomblödning i hjärtats kranskärl och skelettmuskulaturen premieras. Frisättning av adrenalin, kortisol och tillväxthormoner höjs. Efter genomförd fysisk aktivitet sjunker puls, blodtryck och andning successivt medan upptaget av glukos fortsätter att vara förhöjt i flera dygn efteråt. Vid regelbunden fysisk aktivitet kan livskvalitet, kognition, stämningsläge samt fysisk kapacitet förbättras och risken för många sjukdomar och en förtida död minskas (Henriksson & Sundberg, 2015).

En psykofysiologisk process där bland annat hormonet oxytocin spelar en avgörande roll bidrar till att man i samband med fysisk träning kan känna sig gladare, piggare och nöjd med sig själv. Denna psykofysiologiska process karaktäriseras somatiskt bland annat av muskelavslappning, sänkta nivåer av kortisol samt sänkt puls och blodtryck (Uvnäs-Moberg, Arn & Magnusson, 2005).

1.2.1 Träning på friskvårdsanläggning

I dagligt tal används ofta ordet "gym" eller "gymmet" för den plats dit man åker för att träna. Enligt Nationalencyklopedin (NE) definieras gym som "anläggning för fysisk träning och kroppsvård vanl. med bl.a. styrketränningsutrustning, solarium och bastu". För att betona att fysisk träning kan innebära även andra aktiviteter än styrketräning kommer i denna studie ordet "friskvårdsanläggning" att användas. Ordet "anläggning" betyder enligt NE "allmännare iordningsställt markområde ev. med byggnader" och skulle då kunna innefatta möjligheter för utövande av till exempel grupp gymnastik, spinning eller yoga (NE, 2016). I denna studie räknas in träning som utförs på friskvårdsanläggning som till exempel drivs av enskild aktör eller finns på en arbetsplats. Träning som sker inom sjukvården och dess högkostnadsskydd räknas inte in. Högkostnadsskydd innebär att man betalar högst 1100 kr för sjukvård (där bland annat sjukvårdande behandling ingår) under en tolv månaders period (Andersson, 2015).

1.2.2 Fysisk träning vid RA

Studier visar att personer med RA, där sjukdomen är i ett lugnt skede, kan träna på en hög intensitetsnivå utan att det aktiverar sjukdomsmekanismer eller att det är skadligt för ledbrosk eller lednära strukturer (de Jong et al., 2009; Hansen, Hansen, Longgaard & Rasmussen, 1993). Detta skulle kunna innebära att personer med välkontrollerad RA kan träna inom friskvården, på friskvårdsanläggning där träning på hög intensitetsnivå erbjuds. I en översiktsartikel sammanfattar Vliet Vlieland & Pattison (2011) att tillgänglig litteratur stödjer att även personer med tidig RA kan träna dynamiskt, med tillräcklig intensitet, varaktighet och frekvens för att öka kondition och/eller styrka utan negativ effekt på sjukdomsaktivitet.

Hos personer med RA kan fysisk träning leda till färre svullna och ömma leder. Fysisk träning leder till minskade nivåer av proinflammatoriska cytokiner. Verkningsmekanismerna för detta är inte helt kända. En trolig förklaring kan vara att fysisk träning ger ökad produktion av immunmodulerande hormoner tex kortisol, adrenalin och tillväxthormon. Det kan också vara att fysisk träning aktiverar det parasympatiska nervsystemet som verkar antiinflammatoriskt genom en frisättning av acetylkolin. Acetylkolin hämmar produktion av den proinflammatoriska cytokinen TNF. Ytterligare en förklaring kan vara att fysisk träning ger en ökad andel fettfri kroppsmassa. Om fysisk träning utförs på en anpassad nivå ger den ett ökat blodflöde perifert vilket i sin tur kan leda till en minskning av retande ämnen vid de nociceptiva receptorerna. Om detta förhållande gäller vid inflammatorisk process diskuteras (Bergman, 2014; Brodin & Swärdh, 2015; Lundberg, 2014).

Forskning visar att en stor andel av personer som har diagnosen RA inte kommer upp till den rekommenderade nivån av hälsofrämjande fysisk aktivitet. Undersökningar som har genomförts i Sverige baserade på självrapporterad fysisk aktivitet visar att endast 40-70% av personer med RA kommer upp till nivån för hälsofrämjande fysisk aktivitet. Genomförs mätningarna med objektiva metoder blir det ännu färre som uppnår hälsofrämjande nivåer. Svenska undersökningar över självrapporterad fysisk aktivitet i normalbefolkningen beskriver att drygt 50% av kvinnor och män kommer upp i nivåer för hälsofrämjande fysisk aktivitet per vecka. Resultaten varierar beroende på vilka utfallsmått som används. Personer med RA genomför mindre träning på hög intensitet jämfört med normalbefolkningen (Bremander, 2014; Munsterman, Takken & Wittink, 2011; Statens Folkhälsoinstitut, 2011).

1.3 Fysioterapi som behandling vid RA

Den icke farmakologiska behandlingen vid RA kan till exempel innefatta patientutbildning för att etablera hållbara strategier för hantering av sjukdomen, olika form av anpassad träning, smärtlindring och kirurgi (Vliet Vlieland & Pattison, 2009; Rantapää Dahlqvist & Jacobsson, 2005). Sedan länge har fysioterapeuten en självklar roll i det multidisciplinära

teamet kring en person med RA. Fysioterapeuten är delaktig i patientundervisning, kan visa på olika smärtlindrande metoder som egenvård men inte minst guida till adekvat fysisk aktivitet och specifik träning utifrån personers behov och mål. Specifik träning kan till exempel innebära betoning på rörlighetsövningar i en aktiv fas av sjukdomen eller mer konditions- och styrketräning i en fas med lägre sjukdomsaktivitet (Lindroth, Hedin & Enman, 2005; Rantapää Dahlqvist & Jacobsson, 2005; Stenström, 2005).

Svensk Reumatologisk Förening har tagit fram rekommendationer för modern reumarehabilitering (MORR) och där ingår stöd för hälsosamma och hållbara levnadsvanor som ett av rehabiliteringens syften (SRF, 2016).

I och med att de positiva effekterna av hälsofrämjande fysisk aktivitet lyfts fram både i Socialstyrelsens riktlinjer och i MORR betonas fysioterapeutens coachande roll för bibehållande av fysisk aktivitet och träning allt mer. Eftersom sjukdomen kan ha ett varierande förlopp och kan leda till olika funktionsnedsättningar gäller det att den fysiska aktiviteten och träningen anpassas individuellt och så att den blir möjlig för personen att genomföra i hans vardag (Brodin & Swärdh, 2015; Opava, 2014; Vliet Vlieland, 2009).

Den icke-farmakologiska behandlingen som ges av fysioterapeuter vid RA strävar efter att förbättra personens möjligheter till self-management. Self-management kan beskrivas som en persons förmåga att ”hantera symtom, behandling, fysiska och psykologiska konsekvenser och de livsstilsförändringar som det medför att leva med en långvarig sjukdom” (Barlow, Wright, Sheasby, Turner & Hainsworth, 2002). För att lära och stödja personer med RA att aktivt ta ansvar och påverka sin vardag kan beteendemedicinska teorier och modeller användas.

1.4 Beteendemedicin i fysioterapi

Ur ett beteendemedicinskt perspektiv på fysioterapi är det viktigt att framhålla fysioterapeutens roll som vägledare och att fysioterapeuten i behandlingen ser till att personens resurser, både interpersonella och resurser i omgivningen tas till vara (Denison & Åsenlöf, 2012).

Beteendemedicin vilar på ett biopsykosocialt perspektiv och kan definieras som ett tvärvetenskapligt område med en process och en integrering av psykosociala, beteendemässiga och biomedicinska beståndsdelar. Tillämpning av beteendemedicin sker i samband med fysioterapeutiskt arbete när det gäller undersökning, diagnosticering, behandling och rehabilitering. Inom beteendemedicin fokuseras det mycket på att uppnå och bibehålla hälsoinriktade beteendeförändringar (International Society of Behavioral Medicine, 2014; Denison & Åsenlöf, 2012).

I FYSS skriver Mattsson m.fl. (2015) att fysisk aktivitet kan ses som ett komplext beteende. Om en person med inflammatorisk ledsjukdom som först är otillräckligt fysiskt aktiv ökar sin nivå av fysisk aktivitet, kanske börjar träna, kan man beskriva det som att personen förändrar sitt beteende. Med beteende menas det som vi gör, säger, tänker och känner.

Beteenden styrs av både inre och yttre faktorer. Exempel på inre faktorer är tankar och känslor och exempel på yttre faktorer är den fysiska omgivningen eller uppmuntran från andra individer (Denison & Åsenlöf, 2012).

En person kan ha beteendeunderskott eller beteendeöverskott, alltså utföra önskvärt beteende i för liten eller för stor omfattning (Denison & Åsenlöf, 2012). Från att ha ett beteendeunderskott jämfört med de gällande riktlinjerna för hälsosam nivå av fysisk aktivitet kan en person med inflammatorisk ledsjukdom genom information bli varse om detta, göra överväganden och bestämma sig för att förändra sitt beteende, att öka sin fysiska aktivitet och börja träna. Likväl som att en person med ett beteendeöverskott, det vill säga tränar för mycket på en för hög nivå, kan behöva få hjälp att ändra sitt beteende.

Processen att börja träna kan specificeras i sex olika faser enligt *Stages of Change* i *Transteoretisk Modell (TTM)* där en person i *förbegrundandefasen* inte kan tänka sig att förändra sitt beteende inom sex månader. I *begrundandefasen* tänker personen göra en beteendeförändring inom sex månader och i *förberedelsefasen* tänker personen göra en beteendeförändring inom 30 dagar och har tagit steg i riktning mot förändring. I *aktionsfasen* har en beteendeförändring skett inom de senaste sex månaderna och i *vidmakthållandefasen* för mer än sex månader sedan. I *slutfasen* finns det inte längre någon risk för återfall till gammalt beteende och fullt självförtroende för det nya beteendet råder. I *Processes of Change* beskrivs aktiviteter och processer som en person genomgår för att förflytta sig mellan de olika stegen. Det kan bland annat vara medvetenhetsökning, att erfara negativa känslor inför det gamla beteendet, att inse att beteende är en viktig del av ens identitet, att sätta ett bestämt mål, att söka social support för det nya beteendet eller att planera underlättade för det nya beteendet (Prochaska, Redding & Evers, 2008). Detta är faktorer som är betydelsefulla vid bemötande och behandling av personer med inflammatorisk ledsjukdom för att stödja beteendeförändring mot ökad fysisk aktivitet och träning. Studier visar att interventioner som är baserade på passande beteendeförändringsteori/modell för att öka nivån av fysisk aktivitet kan förbättra chanserna till framgång (Nessen, Opava, Martin & Demmelmaier, 2014; Withall, Haase, Walsh, Young & Cramp, 2015).

I *Social Cognitive Theory (SCT)* framhåller man att person, beteende och omgivning interagerar med varandra genom reciprok determinism (McAlister, Perry & Parcel, 2008). Ett beteende uppstår som en konsekvens av integreringen av dessa faktorer. Exempel på reciprok determinism kan vara om en person med inflammatorisk ledsjukdom provar att träna på ett gym där viktintervallerna på gymapparaterna är stora, personen får ont av hög belastning och slutar att träna som en konsekvens av smärtan. Om personen i stället väljer ett gym där det är möjligt att ställa in mindre viktintervall i gymapparaterna och personen inte får ont av träningen och därmed fortsätter att träna regelbundet. Ett annat exempel kan vara hur personer i omgivningen reagerar och bemöter till exempel smärta som någon uttrycker. Olika reaktioner och bemötande kan ge olika beteenden hos den person som har ont.

Self-efficacy är ett begrepp som är centralt i bland annat SCT. Med self-efficacy menas en persons tilltro till sin egen förmåga att utföra en specifik aktivitet under visa förhållanden och till ett visst resultat (McAlister, Perry & Parcel, 2008). En person kan till exempel ha större

eller mindre tilltro till sin förmåga att utföra träning i gymapparater på en friskvårdsanläggning utan att försämrans i sin smärta. Self-efficacy kan stärkas genom olika tekniker till exempel att personen får erfara att lyckas genom att hen får ta små steg i taget mot önskat beteende. Det kan innebära att personen får börja träna på mycket låga vikter, i få träningsapparater och som personen kanske känner igen. Att använda en förebild som personen kan identifiera sig med eller övertalning är andra tekniker för att öka self-efficacy.

TTM och SCT är exempel på en modell och en teori som ingår i det interdisciplinära området beteendemedicin. Området kännetecknas av att det beskriver samband mellan biomedicinska faktorer och beteendefaktorer i alla stadier av sjukdom, både innan, under och efter sjukdom. Vid beteendemedicinsk behandling tar man hänsyn till de bio-psyko-sociala faktorer som kan tänkas påverka det aktuella beteendet här och nu och i senare skede (Denison & Åsenlöf, 2012).

Beteendemedicinska teorier försöker förklara under vilka förhållanden ett beteende uppstår och vidmakthålls samt på vilka sätt beteendet kan påverkas (Glanz, Rimer & Viswanath, 2008).

För att belysa det får man gå till inlärningsteorier:

Respondent lärande förklarar hur händelser, så kallade stimuli, utlöser medfödda fysiologiska reaktioner till svar. Den här typen av inlärning sker när ett *neutralt stimuli* till exempel att springa vid något tillfälle av någon anledning utlöser en medfödd reaktion till exempel stark smärta och rädsla (*obetingad respons*). För detta behövs inget lärande då reaktionen är medfödd. Detta ger grunden för lärande genom associationer. Efter detta tillfälle kan det neutrala stimuli att springa börja förknippas med rädsla utan att personen upplever smärta. Att springa har då blivit *betingat stimuli* och rädsla har blivit *betingad respons* (Denison & Åsenlöf, 2012).

Operant lärande förklarar hur vi lär oss av vårt eget beteendes konsekvenser.

Konsekvenserna kan vara *förstärkande* och öka sannolikheten för att beteendet upprepas. Konsekvenserna kan också vara *bestraffande* och minska sannolikheten att beteendet upprepas. Konsekvenser är endast det som personen som utför beteende uppfattar som resultatet av beteendet. Konsekvenserna kan vara *kortsiktiga* (följa i anslutning till beteendet) eller *långsiktiga* (inträda då ett beteende har fortgått under en längre tid). Om en person som är ovan vid fysisk träning går på ett gympass och dagen efteråt får mycket träningsvärk kan man beskriva denna träningsvärk som en kortsiktig, bestraffande konsekvens som kan minska chansen för att beteendet ”att gå på gym” upprepas. Beteendet påverkas också av den situation som direkt föregår beteendet, *antecedenter*. Om situationen runt den träningsovane personen är sådan att hen följs till träningen av en peppande och god vän och att den fysiska och sociala miljön i träningslokalen upplevs som positiv kan dessa antecedenter (god vän och den fysiska och sociala miljön) göra att personen trots träningsvärken vill gymna igen. Hen kan då efter en tids regelbunden gymna uppleva långsiktiga, förstärkande konsekvenser i form av till exempel förbättrad kondition (Denison & Åsenlöf, 2012).

Våra beteenden är ett sammanflätat resultat av både operant och respondent inlärning.

1.5 Problemformulering

Många personer med RA kommer inte upp till den rekommenderade nivån för hälsofrämjande fysisk aktivitet per vecka. Samtidigt visar flera studier att personer med diagnosen RA, då sjukdomen är i ett lugnt skede utan risk för negativ ledpåverkan kan träna fysiskt på en intensiv nivå. Träningen kan även ha en positiv effekt på inflammationen.

Ett sätt att komma upp i fysisk träning på måttlig eller hög intensitetsnivå kan vara att delta i träning på friskvårdsanläggning. Kunskapen om träningens antiinflammatoriska och smärtmodulerande effekter är relativt ny och det kan finnas en tveksamhet hos personer med RA att träna i den miljö som en friskvårdsanläggning utgör. Att träna på friskvårdsanläggning kan ses som ett komplext beteende utfört i en omgivning som kan vara ovan för en del personer. Både yttre faktorer till exempel avstånd till närmaste friskvårdsanläggning och inre faktorer till exempel en persons förmåga att planera kan påverka möjligheterna till att lyckas att etablera detta beteende.

Här finns utrymme för att lära mer om vilka upplevelser personer med RA som tränar på friskvårdsanläggning har av att börja, samt att fortsätta sin träning där. Genom en ökad kunskap och förståelse av faktorer som påverkar ett träningsbeteende hos personer med RA kan fysioterapeuter använda beteendemedicinska metoder i det kliniska arbetet när det gäller att stimulera personer med RA till fysisk träning på en måttlig eller hög intensitetsnivå.

2 SYFTE

Syftet med studien var att med ett beteendemedicinskt perspektiv undersöka vilka upplevelser personer med diagnosen RA har av träning på friskvårdsanläggning. Vidare var syftet att undersöka hur dessa personer upplever träningens inverkan på den egna hälsan.

3 METOD

3.1 Design

En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats genomfördes för att besvara studiens syfte. Inom kvalitativ forskning utgår man från uppfattningen att sanningen finns i betraktarens ögon och att omvärlden ses som subjektiv, komplex och beroende av sitt sammanhang och att det inte enbart finns en objektiv sanning att sträva efter. Med induktiv ansats menas en förutsättningslös analys av innehållet i texter som till exempel kan vara baserade på människors berättelser om sina upplevda erfarenheter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

3.2 Urval

Bekvämlighetsurval användes och kontakt togs över telefon med för författaren kända personer med RA som tränar på friskvårdsanläggning. Med bekvämlighetsurval menas att man använder de personer som för tillfället finns tillgängliga för forskaren (Carter, Lubinsky & Domholdt, 2011). En strävan var att inkludera deltagare i olika åldrar, med olika träningserfarenhet och både kvinnor och män. Detta för att erhålla så variationsrik och fyllig information som möjligt. Deltagarna skulle vara villiga att dela med sig av upplevelser med relevans för studiens syfte (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012; Malterud, Siersma & Guassora, 2015).

3.2.1 Inklusions- och exklusions kriterier

Inklusionskriterier var personer med RA och som tränar regelbundet minst en gång per vecka på friskvårdsanläggning. Deltagarna i studien behövde förstå och tala svenska.

Exklusionskriterier var att personen tränar på något sätt inom ramen för sjukvårdens högkostnadsskydd samtidigt som hen tränar på friskvårdsanläggning. Personer med samtidig annan diagnos (till exempel multipel scleros eller fibromyalgi) som kan försvåra möjligheterna till träning exkluderades. Personer som tillfrågades har inte varit och är inte patienter till författaren.

3.3 Tillvägagångssätt vid inkludering av deltagare

Kollegor till författaren tillfrågades per telefon för dem kända och totalt nio personer med RA om deltagande i studien. Dessa personer uppfattades initialt uppfylla inklusionskriterierna. Mall för förfrågan utformades för att samtliga tilltänkta deltagare skulle få samma

information, se bilaga A. Sju stycken personer uppfyllde kriterierna och tackade ja till deltagande, sex kvinnor och en man. Två personer uteslöts, en på grund av att hon i huvudsak hade gått över till annan form av träning och en på grund av att han inte tränade regelbundet.

De sju personer som var intresserade av att delta och som uppfyllde inklusionskriterierna kontaktades av författaren för ytterligare beskrivning av studien och information om att deltagandet var frivilligt samt överenskommelse av tid och plats för intervjun. Skriftlig information, formulär för informerat samtycke och formulär för att fylla i bakgrundinformation skickades hem till deltagarna, se bilaga B,C,D. Informationsbrevet utformades enligt Olsson och Sörensen (2011). Till intervjutillfället tog deltagarna med sig de ifyllda formulären.

3.4 Tillvägagångssätt

Intervjuguide utarbetades av författaren i samråd med kollegor och handledare. Innan den första intervjun med deltagare ägde rum genomfördes två provintervjuer. Efter dessa intervjuer ändrades formuleringen på frågorna gällande faktorer som påverkar möjligheter för träning positivt eller negativt till de nu aktuella formuleringarna, se bilaga E.

Intervjuerna spelades in på diktafon, överfördes därefter till hårddisk för att sedan transkriberas. De inspelade intervjuerna, de transkriberade texterna och deltagarnas bakgrundsinformation förvarades på sådant sätt att inte obehöriga kunde ta del av detta.

Det utgick ingen ersättning till deltagarna.

3.5 Datainsamlingsmetod

Datainsamling skedde genom sju enskilda intervjuer med deltagarna och spelades in med en diktafon. Intervjuerna genomfördes under april och maj 2016 i ett samtalsrum på ett sjukhus i en medelstor svensk kommun. Intervjuerna var semistrukturerade enligt bifogad intervjuguide, se bilaga C. Frågorna utformades enligt socialkognitiv teori och utgick från studiens syfte och behandlade hur informanterna upplevt träning på friskvårdsanläggning samt upplevelsen av hur träningen inverkar på den egna hälsan. Öppna frågor och följdfrågor användes enligt intervjuguide (Creswell, 2013). Även enkla reflektioner användes för att i intervjuerna bekräfta och visa acceptans för det som sagts. Enkla reflektioner fungerar också som en uppmuntran till informanten att berätta vidare genom att ett eller några ord som sagt upprepas av intervjuaren (Miller & Rollnick, 2013; Barth & Näsholm, 2006).

3.6 Bearbetning och analys av data

Materialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys där man söker efter skillnader och likheter i texterna för att identifiera variationer i materialet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Varje intervju transkriberades ordagrant, och lästes därefter igenom ett flertal gånger för att författaren skulle bekanta sig med innehållet. Innehållet i varje intervju kunde grovt delas in i två områden, domäner, som var och en innehöll text som berörde samma område. Den ena domänen kom att innehålla text som berörde hur personerna upplevde träning på friskvårdsanläggning och den andra domänen kom att innehålla text om hur personerna upplevde träningens inverkan på den egna hälsan (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Varje intervju betraktades som en analysenhet och utgjorde med sin helhet det sammanhang som olika meningsenheter skulle sättas i relation till. En meningsenhet kan bestå av ord, meningar eller stycken av en text som hör ihop genom sitt innehåll, sammanhang och budskap. Dessa meningsenheter kondenserades vilket innebär att man gör texten mer koncentrerad utan att tappa viktig innebörd. Att abstrahera betyder att man lyfter innehållet till en högre logisk nivå. Detta började i fasen då de kondenserade meningsenheterna försågs med koder. En kod beskriver kort innehållet och sammanhanget i en meningsenhet. Abstraktionen fortsatte med att koder med liknande innehåll sammanfördes till en och samma kategori. Det är det manifesta, uppenbara innehållet i en text som på en beskrivande nivå uttrycks i kategorier. Utifrån kategorierna eller som ett led mellan koder och kategorier skapades underkategorier (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Processen var inte helt linjär utan flera gånger gick författaren tillbaka till meningsenheter för att stämma av placeringen i en viss kategori, hela tiden med studiens syfte som ledstjärna (Elo & Kyngäs, 2007).

En strävan var att ingen data som svarade mot syftet skulle utelämnas, och att ingen data skulle passa in i två eller flera kategorier. Namnet på en kategori svarar på frågan "Vad?". Den högsta nivån av abstraktion uttrycks på en tolkande nivå i teman vari flera kategorier med liknande underliggande budskap samlas. Ett tema svarar på frågan "Vad handlar det här om?" och har ofta en riktning eller en värdeladdning (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Författaren valde att även i temana ligga nära den manifesta nivån med låg grad av tolkning, se tabell 1. Detta i förhoppning att lättare kunna presentera och få förståelse för resultatet bland personer med vana att läsa kvantitativa forskningsstudier. Inom kvantitativ forskning finns en strävan att ligga så nära den objektiva sanningen som möjligt (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Tabell 1: Exempel på strukturering från meningsenhet till tema under domänen ”Upplevelser av träning på friskvårdsanläggning” (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012)

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
Men det har jag talat om lite, att jag inte hoppar för att jag har besvär med fötterna, ... Jag gör nåt annat istället där när de hoppar.	Jag kan inte hoppa längre, men jag gör något annat när de andra hoppar.	Alternativa övningar	Funktionsnedsättning	Effekter av sjukdomen	Faktorer som hanteras

3.7 Författarens förförståelse

Författaren har arbetat 25 år som fysioterapeut, varav nästan 20 år inom reumatologisk verksamhet. Under denna tidsperiod har innehållet i det fysioterapeutiska arbetet ändrats från att tidigare innehålla råd och instruktioner om passiv och försiktig träning samt passiv behandling, till att idag innefatta en stor del kunskapsöverföring och guidning till mer belastad träning. Under 2010-talets början uppmärksammades levnadsvanornas betydelse för den långvariga hälsan för all vuxen befolkning inklusive personer med en reumatisk diagnos. Coachning till hållbara levnadsvanor gällande fysisk aktivitet och träning ingår numera också i reumafysioterapeutens arbetsuppgifter. För att möta denna utveckling har författaren vidareutbildat sig inom det beteendemedicinska området och blivit medveten om betydelsen av mellanmännsliga- och andra omgivningsfaktorer betydelse för förändring av beteende och därmed också kanske resultat av behandlingsalternativ. Till förförståelsen hör även författarens perspektiv på personer med RA som just aktiva personer med kompetens om sin sjukdom och inte enbart som patienter. Enligt Socialstyrelsens termbank (2014) betyder patient, ”person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård”, vilket kan uppfattas som en mer passiv benämning av studiedeltagarna.

3.8 Etiska överväganden

Deltagarna fick både muntlig och skriftlig information om studiens syfte, vilka metoder som skulle användas och hur planeringen för genomförandet såg ut. De informerades både

muntligen och skriftligen om att eventuellt deltagande var frivilligt och att de när som helst utan att behöva ange orsak kunde avbryta sitt deltagande. I informationsbrevet informerades deltagarna även om att intervjuerna som skulle genomföras skulle spelas in men raderas direkt efter studiens godkännande. De bereddes tillfälle att ställa frågor om studien och om vad ett deltagande skulle innebära. Efter detta fick deltagarna möjlighet att ge skriftligt informerat samtycke. Detta i enlighet med riktlinjer i Helsingforsdeklarationen (2013) vilken är det grundläggande dokumentet för biomedicinsk forskning som involverar människor och Vetenskapsrådets etikregler (2011) (<http://codex.vr.se>) som kräver att personer som deltar i forskning måste lämna sitt samtycke till deltagande. Personuppgifter och intervjumaterial förvaras inlåsta och på datorer som är lösenordskyddade. Alla uppgifter om persondata och intervjumaterial förstörs efter att studien blivit godkänd. Detta är i enlighet med kraven på konfidentialitet och lagen om personuppgifter. Integritet skyddas genom att inga namn eller personuppgifter nämns i studien. Enligt nyttjandekravet samlades endast data in som användes till aktuell studie och deltagarna informerades om hur denna planerade att presenteras. Risker för obehag för deltagarna minimerades genom att intervjufrågorna noggrant diskuterades med handledare.

4 RESULTAT

Åldersspannet på deltagarna i studien sträckte sig från 41 till 74 år, med medelålder 59 år. Fyra deltagare arbetade, två stycken hade hemmaboende barn. Deltagarna hade haft sin diagnos i medeltal 21 år. Fyra deltagare stod på biologisk medicinering, alla deltagare utom två stod på Methotrexate eller Methoject. De deltagare som stod på biologiskt läkemedel hade haft sin aktuella biologiska medicin i ca två år medan de som inte stod på biologiskt läkemedel hade haft sin aktuella medicinering i mer än tio år. Fyra av deltagarna tränade i olika former av pass på friskvårdsanläggningen medan tre stycken tränade på gymmet. Den aktuella formen av träning hade deltagarna ägnat sig åt i mellan fyra månader och sex år.

En deltagare bedömdes vara i aktionsfasen enligt TTM då hon ännu inte hade tränat sex månader och inte kände sig säker på att kunna hantera eventuella hinder för beteendet att träna på friskvårdsanläggning och med sin valda form av träning. De övriga sex deltagarna hade tränat på friskvårdsanläggning mer än sex månader och tre av dem bedömdes vara i vidmakthållandefasen enligt TTM. De hade ett större självförtroende för att de skulle kunna fortsätta med beteendet att träna på friskvårdsanläggning och med aktuell träningsform och bedömdes ha mindre risk för återfall till annat beteende. Tre deltagare hade fullt självförtroende för att fortsätta med beteendet att träna på friskvårdsanläggning och med sin valda träningsform oavsett påverkande faktorer som till exempel ensamhet eller stress. De bedömdes vara i slutfasen enligt TTM.

Analysen av insamlad data resulterade i två domäner, 20 kategorier och fem teman, se tabell 2. Redovisningen sker i löpande text utifrån tema och tillhörande kategorier. Särskilt beskrivande formuleringar som tydligt belyser deltagarnas upplevelser tas med som citat. Temana är "Faktorer som underlättar träning på friskvårdsanläggning", "Faktorer som hanteras vid träning på friskvårdsanläggning", "Faktorer som hindrar träning på friskvårdsanläggning", "Positiv upplevelse under och direkt efter träning på friskvårdsanläggning" och "Ökat välbefinnande och önskemål om ytterligare träning".

Tabell 2: Tabell över resultatets domäner, kategorier och teman

Domän	Kategori	Tema
Upplevelser av träning på friskvårdsanläggning	Socialt stöd Planering Fysisk lättillgänglighet Bra förutsättningar från hälso- och sjukvården Bra fysisk och social miljö Acceptans Anse fysisk träning som viktigt Positiva utfallsförväntningar Kunskap och erfarenhet	Faktorer som underlättar träning på friskvårdsanläggning
	Osäkerhet initialt Effekter av sjukdomen Upplevt motstånd initialt	Faktorer som hanteras vid träning på friskvårdsanläggning
	Tidsfaktorer Sjukdom Att inte vilja Att inte prioritera	Faktorer som hindrar träning på friskvårdsanläggning
Upplevelser av träningens inverkan på den egna hälsan	Kortsiktiga psykologiska effekter Kortsiktiga fysiska effekter	Positiv upplevelse under och direkt efter träning på friskvårdsanläggning
	Långsiktiga fysiska effekter Regelbundenheten betonas	Ökat välbefinnande och önskemål om ytterligare träning

4.1 Faktorer som underlättar träning på friskvårdsanläggning

Nedan redovisas de kategorier som tillhör temat.

4.1.1 Socialt stöd

De flesta deltagare berättade att de endera får uppmuntran av och /eller sällskap av för dem närstående person till träningen. Detta kan underlätta bibehållen regelbundenhet i träningen. Citatet nedan beskriver hur en deltagare upplever socialt stöd:

”Jaa, det är bra att vara två, för ibland känner man inte för att gå, men då drar ju den andra med.” (d 4)

Några deltagare påtalade att ha sällskap till träningen kan vara särskilt viktigt när man kommer som ny till en friskvårdsanläggning.

4.1.2 Planering

Alla deltagare angav att någon form av planering för träningen förekommer, mer eller mindre noggrann. Att ha en bestämd tid för eller att planera in träningen bland övriga aktiviteter i tid underlättar. För vissa deltagare underlättar det att ha möjlighet att förboka pass. En deltagare beskrev resultatet av sin och makens planering så här:

”Så har vi varsin dag vi åker iväg. Jo, men det är liksom en bestämd tid, nu har vi planerat det här och nu är det så. Och då kan man inte skylla på nåt heller, då måste man iväg.” (d 7)

4.1.3 Fysisk lättillgänglighet

Generösa öppettider, rimlig kostnad och närhet till friskvårdsanläggningen ansågs av några som underlättande faktorer.

4.1.4 Bra förutsättningar från hälso- och sjukvården

Några av deltagarna beskrev vikten av att stå på en fungerande medicinering och en person lyfte fram vikten av att ha träffat bra läkare och fysioterapeut. Ett par deltagare påtalade vikten av att ha bra hjälpmedel för träningen och nämnde då handledsstöd och specialanpassade skosulor som underlättande för träningen. En deltagare sa så här om förutsättningarna från hälso- och sjukvården:

”Och sen var det medicinen som gjorde att jag kunde börja liksom träna igen, fick tillbaka en annan livsglädje än vad jag hade innan.” (d 3)

4.1.5 Bra fysisk och social miljö

Att friskvårdsanläggningen är välfungerande och fräsch, med bra ledare och instruktör samt har trevlig personal ansågs vara av betydelse. Samtliga deltagare beskrev endera en eller flera av dessa faktorer som underlättande för träningen.

Några deltagare berättade att de kände till friskvårdsanläggningen sedan tidigare.

Alla deltagare utom en nämnde att det var betydelsefullt att stämningen på friskvårdsanläggningen upplevs som vänlig. Andra ord som användes var familjär eller trevlig stämning. Flera deltagare påtalade att den sociala samvaron före, under och/eller efter träningspasset är av betydelse.

Underlättande för flera stycken deltagare ansågs vara om de upplever att de kan vara sig själva på friskvårdsanläggningen. Citatet nedan belyser denna känsla:

”Det känns välkomnande. Det är alla typer av människor, man behöver inte känna sig uttittad. Så känner jag.” (d 7)

Några personer nämnde att stöttning och peppning från medtränande underlättar träning på friskvårdsanläggning. Att även själv peppa andra kan kännas betydelsefullt. En deltagare sa så här om peppning:

”Dels är det trevligt att träna i grupp för det är samma tanter som varit med många år, så att man blir en gemenskap som peppar varandra och det tycker jag är viktigt.” (d 2)

4.1.6 Acceptans

Några deltagare uppgav att acceptans av sjukdomen kan vara en underlättande faktor för träning på friskvårdsanläggning. Följande citat får belysa acceptans:

”Jag går väl inte helt perfekt och jag är opererad både här och där. Men ändå, jag tycker ändå att det finns de som har det tusen gånger jäkligare, eller hur?” (d 1)

Flera deltagare beskrev att de inte ser sig själv som sjuka vilket kan underlätta träningen. En deltagare uttryckte det så här:

”Så jag tror mycket på det här att fokusera på annat än att jag är sjuk. Jag har aldrig betraktat mig som ledgångsreumatiker. Jag har tänkt på mig som ”förnamn efternamn”. Jag är en person, jag råkar ha en sjukdom, men det är inte hela jag.” (d 5)

4.1.7 Att anse fysisk träning som viktigt

Att vilja påverka sin egen hälsa och att sätta egna mål kan vara underlättande för träningen uppgav flera deltagare. Målen var mer eller mindre noggrant specificerade. Citatet nedan belyser detta:

”Utan nu tränar jag för att mentalt fungera. /---/ Så att jag känner, det är mer i ett hälsosyfte, /.../ att man ska bygga upp muskler.” (d 3)

Beslutet eller viljan att prioritera träningen ansågs av flera vara av betydelse. En deltagare beskrev det så här om att prioritera:

”Jag har bestämt mig så att jag tar mig tid att prioritera mig själv åtminstone tre gånger, alltså en timme tre gånger i veckan. För att jag vet att både mentalt och fysiskt så mår jag bättre av det och fungerar bättre om jag får komma iväg åtminstone de här tre tillfällena.” (d 3)

De flesta deltagarna beskrev ett intresse för eller en vilja att under träningspasset vara mycket fokuserad på det som man är där för att utföra vilket kan underlätta träningen.

4.1.8 Positiva utfallsförväntningar

Alla deltagare utom en vittnade om att det är av vikt att träningen upplevs som rolig och att man kan längta till träningen. En deltagare beskrev det på det här sättet:

”Att det är kul. Att det är roligt. Det tror jag också är en sådan där grundläggande faktor. Man ska ju inte känna att det är tvång o tycka: ”- Fy fan vad tråkigt det här är.” Det måste vara mycket, mycket roligare om man kan säga: ”-Nu ser vi fram emot att åka dit ner och träna.” (d 1)

Upplevelsen att under träningspasset få en känsla av att ”bara vara i nuet” ansågs som underlättande för några av deltagarna och gjorde att man längtade till träningen.

Ett par av deltagarna nämnde att de under träningen på friskvårdsanläggning känner sig friskare. Citatet nedan beskriver denna känsla som gjorde träningen värd att genomföra:

”Jag känner mig stark. Duktig och stark som går och gör det där, faktiskt. Jag känner mig frisk. Glömmer bort att jag har det här, liksom. Som förr ungefär då innan jag vart sjuk. När jag står där och kör. Man får se till det som är friskt också, man kan mycket ändå, liksom inte bara se hinder, va.” (d 6)

4.1.9 Kunskap och erfarenhet

Att ha kunskap om RA och om träning ansågs vara underlättande för träningen av några av deltagarna.

Flera av deltagarna angav att det underlättar om man har tidigare erfarenhet av träning under det att man har sin sjukdom. Vanligast var att den träningen hade bedrivits i sjukvårdens regi under fysioterapeuts ledning men någon hade också tidigare erfarenhet av träning på annan friskvårdsanläggning under det att personen hade sin diagnos. En deltagare beskrev det så här:

”Jo, det är, det är ju sex, sju, åtta år sedan jag hade ett skov. Och det var väl knäna, knäna främst som jag ville träna upp. Så då träffade jag en sjukgymnast X då, och hon visade mig lite rörelser på gymmet här på lasarettet. Och så började jag gå på lasarettet och gick, kommer inte ihåg om det var en eller två gånger i veckan. /---/ ... och sen efter våren när det var slut så tänkte jag, hade jag ju känt att det vara bra, att man mår bättre när man fick röra på sig. Så då sökte jag mig till X-friskvårdsanläggning.” (d 4)

4.2 Faktorer som hanteras vid träning på friskvårdsanläggning

Nedan redovisas de kategorier som tillhör temat.

4.2.1 Osäkerhet initialt

Ny miljö och kanske främmande utseende och funktion på träningsmaskiner är faktorer som några deltagare uppgav att de har hanterat.

Osäkerhet om kroppen skulle klara belastningen uppgavs av ett par deltagare vara en faktor som de varit tvungna att hantera initialt av träningsperioden. En deltagare uttryckte sig så här om osäkerhet:

”Men i början var det ju ett ... Jag visste ju inte om min kropp skulle palla med alltså, eftersom man just använder mycket fötter och knogar som, jag har problem med händer och fötter, så visste jag ju inte om träningen skulle vara det optimala för min sjukdom. Men det har gått bra.” (d 3)

4.2.2 Effekter av sjukdomen

Att anpassa nivån och belastningen på träningen utefter aktuell smärta och inflammation uppgav de flesta deltagarna vara en faktor som kontinuerligt hanteras vid träning på friskvårdsanläggning. En deltagare beskrev det så här om att anpassa belastningen:

”Ja, det beror ju på hur jag mår eller om jag har ont här eller där, o törs jag göra en tung vikt eller träna lite lättare idag då om jag har haft ont någonstans.” (d 4)

Nästan samtliga deltagare berättade att anpassning av nivå och belastning utefter aktuell funktionsnivå kontinuerligt hanteras vid träningen. Följande citat beskriver hur en deltagare anpassar typen av övning efter funktionsnivå:

”Någon gång har det varit sådan här cirkelträning också då så, det beror lite på så... då ja, men då var det armhävningar, ja men då gör jag väl ”snabba fötter” då, istället då, under den passet.” (d 2)

En annan aspekt som hanteras är anpassning av tiden för träning utefter behovet av återhämtning uppgav några deltagare. Det belyses av citatet nedan:

”Lägga sig en stund och vila när du gjort någonting kanske. Jag är i väg och kör ett pass kan jag inte direkt därefter kanske åka och storhandla va. Utan då måste jag åka hem, vila mig, äta någonting, vila mig en stund, återhämta mig och sen kan jag göra någonting annat.” (d 6)

4.2.3 Upplevt motstånd initialt

Flera deltagare vittnade om ett upplevt motstånd initialt innan man kommer iväg till ett träningspass. Det kunde vara känslor som trötthet, seghet eller smärta. Samtliga av dessa deltagare berättade också att de efter träningspasset kände positiva känslor som pigghet och mindre smärta. Någon nämnde också att det kan vara segt initialt i en träningsperiod. Citaten nedan beskriver upplevt motstånd initialt:

”Jag går **helst** på morgonen därför att det gör, eee Det är skönt att komma igång på morgonen. Jag kan vara trött när jag går dit för jag vaknar ibland mitt i natten. Men jag är alltid pigg när jag går hem. Jag känner hela kroppen är uppvaknad på något vis.” (d 5)

”Latmasken tänker så här ”-Usch vad jobbigt.” Det är sant. Man tänker så här ”-Oh, vad skönt med en ledig dag.” och sen ba, ”-Ååh måste jag iväg.” ”-Aaa ja, ja.” Så att jag är inte så här, innan är jag inte så här ”-Jiho” Det är jag inte. Men jag vet ju att det blir bra efteråt. Och jag tycker att det är kul när jag är där. Det tycker jag. /---/ Har jag bara satt mig i bilen och kommer iväg, då känns det så här: ”- Aah det här blir bra. ” Aaa. (d 7)

Ett par av deltagarna delgav att det handlar om att bestämma sig. Det kunde beskrivas så här:

”Men börjar jag att styrketräna då vet ju jag att jag vill ha mer av det sen. Men det tar ett tag innan man känner så och då måste man ”ta sig i kragen” först.” (d 6)

4.3 Faktorer som hindrar träning på friskvårdsanläggning

Nedan redovisas de kategorier som tillhör temat.

4.3.1 Tidsfaktorer

Flera av deltagarna berättade att de upplever någon eller några av faktorerna jobb, barn, att ha många aktiviteter på gång eller passchemat som hindrande faktorer. En deltagare beskrev det så här:

”Men jag är lite rädd att, sommaren kanske, för då är det inte... jag vet inte om de har pass på sommaren. Jag tror inte de har som de brukar ha. Det blir säkert lite annorlunda, så har det varit förut. Men aaa, då kanske jag tappar det, är jag rädd.” (d 7)

4.3.2 Sjukdom

Några deltagare tog upp att det är en hindrande faktor att drabbas av till exempel förkylning eller feber.

En deltagare nämnde att skov i sjukdomen är en hindrande faktor för träningen. Citatet nedan belyser detta:

”Sen vet man att det inte är farligt heller, å träna ändå liksom fast man har inflammationer. Men har jag ett riktigt skov då orkar jag inte, eee då kan det hända att jag inte orkar gå och träna för att det tar för mycket kraft.” (d 6)

4.3.3 Att inte vilja

En deltagare tog upp att ”inte ha lust” är en hindrande faktor för träningen.

Att ”vara bekväm” och att ”bli sittande” kan vara en hindrande faktor för träningen uppgav några av deltagarna.

4.3.4 Att inte prioritera

En deltagare ansåg att inte prioritera träningen eller de åtgärder som behövs för att träning på friskvårdsanläggning ska kunna äga rum är hindrande. Hon uttrycker det i förhållande till att träna ytterligare en gång per vecka. Citatet nedan belyser att inte prioritera:

”Man måste fixa barnvakt för att komma iväg och träna, det känns inte riktigt värt. Då är det lättare lördagar, då har jag, nu är det min tid.” (d 7)

4.4 Positiv upplevelse under och direkt efter träning på friskvårdsanläggning

Nedan redovisas de kategorier som tillhör temat.

4.4.1 Kortsiktiga psykologiska effekter

Flera deltagare uppgav att en skön känsla infinner sig i kroppen efter genomfört träningspass. Det kunde beskrivas så här:

”-Vad skönt, det här var jättehärligt”, och så känner man sig lite lättare och lite mjukare. Det är en skön känsla.” (d 2)

De allra flesta deltagare berättade att de känner sig gladare efter träningspasset.

Alla deltagare utom en vittnade om att de känner sig piggare eller upplever att de får mer energi efter att de har tränat. Citatet nedan belyser känslan av att få energi:

”Jag **blir** piggare, jag tycker liksom helgen blir lite roligare. Man har liksom kommit igång. Jag känner mig piggare, gör jag. /---/ Ja men liksom, har jag kommit ut, har jag tränat. Jag har fått lite energi. Kom, (knäpp med fingrarna) nu gör vi det här. Så, det blir liksom lite fart på mig.” (d 7)

Ett par av deltagarna berättade att träningen gör att de känner sig friskare. En deltagare beskrev känslan av att känna sig friskare på det här sättet:

”Och egentligen är det ju bättre att gå där än att gå på lasarettet, för kommer man in här [lasarettet] då blir det ju liksom sjukt runt omkring en. Men på X friskvårdsanläggning där är det ju bara friskt. /---/ Jag vill inte gärna prata sjukt.” (d 4)

Samtliga deltagare beskrev att de upplever att de är stolta över sig själva och / eller mycket nöjda med sig själv eller över sin prestation efter genomfört träningspass. Den känslan kunde beskrivas så här:

”Det är ju det här att man, nu kommer jag tillbaka till det här att man känner sig tillfreds, man känner sig att ”-Ja men, jag har ju varit duktig, jag har ju tränat idag.” Man mår bra utav att, kalla det för att lyckas, eller lyckas komma iväg och lyckas genomföra det här gympapasset.” (d 2)

4.4.2 Kortsiktiga fysiska effekter

Några deltagare uppgav att de efter träningen känner sig rörligare i kroppen.

Någon deltagare nämnde att hon känner sig starkare i kroppen efter genomfört träningspass.

De flesta deltagarna uppgav att de får mindre smärta och / eller värk i kroppen efter genomfört träningspass. Citatet nedan belyser känslan av att få mindre ont:

”Sen när jag får upp puls, så får jag ju endorfiner och de smärtstillar, och sen smärtstillar de efteråt också. Och då klarar jag av att stretcha och röra mig på det viset lättare efteråt. Och sen håller det i sig ungefär, känner jag mig mjuk dan efteråt också på den träningen liksom.” (d 6)

En deltagare berättade att hon ibland kan uppleva en ökad smärta i kroppen efter träningspasset. En annan deltagare nämnde träningsvärk som en effekt av träningen. Följande citat belyser upplevelsen av att ibland få ont i samband med träningen:

”Och ibland då tränar man så får man ont av det och ibland då försvinner smärtan när man tränar. Det är ju jätteknepig.” (d 4)

4.5 Ökat välbefinnande och önskemål om ytterligare träning

Nedan redovisas de kategorier som tillhör temat.

4.5.1 Långsiktiga fysiska effekter

Ett par deltagare uppgav att regelbunden träning gör dem rörligare i kroppen.

Flera deltagare berättade att de blir starkare i kroppen av regelbunden träning. En av deltagarna uttryckte det så här:

”Jag känner mig, inbillar mig i alla fall, att jag orkar mera, att jag blir starkare i mina muskler som ska skydda lederna från att göra mera ont, och rörligheten, det är ju det.” (d 2)

Samtliga deltagare utom en vittnade om att de upplever att de orkar mer i och med regelbunden träning.

Andra effekter av regelbunden träning som nämndes var bättre kondition, bättre balans, förbättrad sömn och att magen fungerar bättre.

4.5.2 Regelbundenhet betonas

Flera deltagare berättade om att ett behov av fysisk träning hade utvecklats. Följande citat belyser detta behov:

”Jag tror det är viktigt med regelbundenheten. Jag kan inte, även om mina kompisar, jag har ju några stycken som jag tränar tillsammans med, det är klart att vi drar varandra. Men om de inte kan, då går jag i varje fall. Därför att jag har ett behov.” (d 5)

En önskan om att kunna träna flera gånger per vecka eller att prova andra typer av träning på eller utanför friskvårdsanläggningen uttrycktes av flera deltagare. Citatet nedan beskriver hur man kan prova nya övningar i sin träning:

”Du kan ju köra igenom det här va, och sen även då kanske prova nya maskiner kan man göra.” (d 1)

5 DISKUSSION

5.1 Resultatsammanfattning

Resultatet visade att deltagarna upplevde att många olika faktorer hade betydelse för deras upplevelse av träning på friskvårdsanläggning, samt träningens inverkan på den egna hälsan. Fysiska begränsningar, som smärta och funktionsnedsättning, men också psykologiska resurser var betydande faktorer för upplevelsen av träning på friskvårdsanläggning och inverkade på vilket sätt beteendet utfördes. Påverkande faktorer var även den sociala och fysiska omgivningen. Deltagarna i studien beskrev att det fanns både underlättande och hindrande faktorer, samt faktorer som hanterades direkt före eller under träningen på friskvårdsanläggning. Deltagarna beskrev att hälsan påverkades positivt främst psykologiskt och fysisk både direkt efter träningen och efter en tids kontinuerlig träning.

5.2 Resultatdiskussion

Studiens syfte var att med ett beteendemedicinskt perspektiv undersöka vilka upplevelser personer med diagnosen RA har av träning på friskvårdsanläggning. Vidare var syftet att undersöka hur dessa personer upplever träningens inverkan på den egna hälsan. Resultatet belyser fysiska, psykologiska och sociala aspekter samt omgivningsfaktorer som påverkar upplevelsen av träningen och inverkan på den egna hälsan hos personer med RA. Enligt det biopsykosociala paradigmet samspelar psykologiska, biologiska och sociala faktorer vid ett beteende (Engel, 1992). I resultatet belyses detta och kopplas till beteendemedicinska teorier så som SCT och TTM samt inlärningsteori.

Majoriteten av deltagarna i denna studie befann sig i vidmakthållandefasen eller i slutfasen enligt TTM. Detta kan vara en anledning till att resultatet visar en större andel underlättande faktorer för träning på friskvårdsanläggning i jämförelse med hindrande faktorer. Att de flesta befann sig i vidmakthållande eller slutfasen kan också vara orsaken till att deltagarna upplevde hög self-efficacy för att hantera olika faktorer vid träning på friskvårdsanläggning.

Det inre beteendet som att direkt före träningen ha positiva förväntningar och längta till träningen och att under träningen erfara positiva upplevelser återfinns inom kategorin ”*positiva utfallsförväntningar*” och nämndes i denna studie som betydelsefulla underlättande faktorer för att träningen skulle bli av. Detta överensstämmer med resultatet i en översiktsartikel där Veldhuijzen van Zanten et al. (2015) skriver att de upplevda eller förväntade psykologiska och fysiska effekterna är en stark bidragande orsak till regelbunden fysisk aktivitet och träning för personer med RA. Andra studier visar också att en starkt bidragande orsak till att vara fysiskt aktiv oavsett funktionsnedsättning eller inte är att

aktiviteten upplevs som rolig och förknippas med välbehag (Faskunger, 2013; Statens Folkhälsoinstitut, 2011). Att uppleva glädje och njutning av fysisk aktivitet är en stark motiverande faktor för beteendet att vara fysiskt aktiv. För personer som erfar detta kan fysisk aktivitet vara ett mål i sig och inte enbart en metod att påverka sin sjukdom och sina symtom med skriver Loeppenthin et al. (2013).

I den aktuella studien beskriver kategorin ”*bra fysisk och social miljö*” både underlättande fysiska faktorer så som att miljön känns fräsch och att träningsmaskinerna fungerar till underlättande sociala faktorer som att personal, ledare och instruktörer upplevs som trevliga och kompetenta. Vissa av deltagarna i denna studie upplevde att medtränande personer gärna bidrog med peppning och stöttning vilket upplevdes som positivt. Detta kan tolkas som något som underlättar beteendet att träna på friskvårdsanläggning genom reciprok determinism, vilket innebär att person, beteende och omgivning påverkas av varandra (McAlister et al., 2008). Genom att omgivningen peppar vill personen med RA ta i lite mer, göra några fler repetitioner. Resultatet visar också att det var underlättande att kunna vara sig själv, att känna sig accepterad och att smälta in, vilket var upplevelser som den sociala miljön bidrog till. Detta påverkade deltagarnas upplevelse av den sociala hälsan. Resultatet visar också att få känna sig som frisk nämndes som en positiv upplevelse under träningspasset och man syftade både på själva utförandet av träningen och på att den friska miljön runt omkring bidrog till detta. I en kvalitativ studie gjord av Loeppenthin et al. (2013) där 16 fysiskt aktiva personer med RA intervjuades framkom att det inte var helt givet att träna tillsammans med andra med RA enbart associerades med positiva erfarenheter, utan att det kunde motverka deras identitet som oberoende och hälsosamma individer. Andra studier visar dock att det kan vara fördelaktigt för personer med reumatiska ledsjukdomar, bland annat RA, att träna tillsammans och dela erfarenheter med varandra i ett rehabiliteringsprogram (Hagel, Lindqvist, Bremander & Petersson, 2010; Nordgren et al., 2015).

Under kategorin ”*acceptans*” i resultatet, placerades upplevelsen av att inte betrakta sig som sjuk, vilket flera av deltagarna berättade om. Detta skulle kunna ses som en antecedent som underlättar träning på friskvårdsanläggning och är i så fall något som hälso- och sjukvården bör ta hänsyn till. Genom reciprok determinism kan hälso- och sjukvårdspersonalens agerande påverka hur en person med RA ser på sig själv. Detta i sin tur kan påverka personens beteende (McAlister et al., 2008). Detta kanske är särskilt viktigt att beakta i början efter att en person har fått sin diagnos. Som fysioterapeut kan man välja att se och förstärka det som är friskt och det personen funktionellt klarar av och även se till personens psykologiska resurser utan att för den skull negligera patientens besvär och funktionshinder. Att en person ser sig själv som just en person och inte som en patient skulle kunna öka chansen till att utföra träning på friskvårdsanläggning.

Resultatet i den aktuella studien tyder på att ”*planering*” var en faktor som underlättade för träning. Att planera för nya hälsosamma beteenden ingår som en del av TTM:s förberedelsefas. Planering kan ske genom stimulus control vilket innebär att bana väg för det nya beteendet, till exempel genom att packa träningsväskan kvällen före om man ska träna på morgonen. Stimulus control innebär också att försvåra för gammalt ohälsosamt beteende,

vilket till exempel kan vara att planera för att träna på väg hem från arbetet så att man inte åker direkt hem och senare måste åka iväg, vilket kanske inte blir av (Prochaska et al., 2008). I SCT kan planering ses som en del under "att sätta mål" i självreglering då man planerar aktiviteter för att uppnå de mål som man har formulerat (Demmelmaier, 2014). Tidsbrist är den faktor som de flesta personer med eller utan funktionsnedsättning anger som huvudorsak till att inte vara fysiskt aktiva (Statens Folkhälsoinstitut, 2011). Detta framkom även i den aktuella studien under kategorin "*tidsfaktorer*". Därmed blir planering viktigt för att skapa tid och rutiner i vardagen, med kanske en förutbestämd tid varje vecka. Detta var något som deltagarna i den aktuella studien också uppgav som en underlättande faktor tillsammans med socialt stöd.

Begreppet "*socialt stöd*" var av stor betydelse för att underlätta träning på friskvårdsanläggning visar resultatet i denna studie. Att ha socialt stöd är en av de mest betydelsefulla faktorerna för att underlätta för fysisk aktivitet enligt ett flertal studier oavsett om deltagarna hade funktionsnedsättning eller inte (Faskunger, 2013; Statens Folkhälsoinstitut, 2011). Socialt stöd är en faktor som ingår i både SCT och TTM för att stimulera till beteendeförändring. Socialt stöd var också betydelsefullt vid osäkerhet i den "nya miljön" vilket var en faktor som hanterades av några deltagare genom att ha sällskap av någon person som man identifierade sig med och som var väl bekant med miljön. Att använda sig av ett socialt stöd, t.ex. en anhörig eller en vän, var ett sätt att öka sin self-efficacy genom att då ha någon att fråga och någon som kunde fungerade som rollmodell/förebild (McAlister et al., 2008; Prochaska et al., 2008). Som fysioterapeut kan man följa med som instruktör och vara ett socialt stöd de första gångerna en person tränar på friskvårdsanläggning. I en systematisk litteraturoversikt innehållande tio artiklar, vilka inkluderade personer med läkardiagnosticerad RA, skriver Veldhuijzen van Zanten et al. (2015) att socialt stöd för fysisk aktivitet och träning från familj och vänner men även stöd från hälso- och sjukvårdspersonal är det som bidrar mest till att personer med RA ska vara fysiskt aktiva och träna. Demmelmaier, Lindkvist, Nordgren & Opava (2015) skriver att professionell coaching är en av de faktorer som främst bidrar till fysisk aktivitet och träning utanför sjukvården. Det senare ska ställas i relation till att flera artiklar till exempel Hurkmans et al., (2011) beskriver att vårdpersonal känner sig osäkra på att förskriva fysisk aktivitet och önskar mer utbildning i ämnet.

Resultatet som berör kategorin "*osäkerhet initialt*" och om kroppen klarar viss belastning visar att detta hanterades genom att tillåta sig själv ökad grad av belastning, alltså ökad self-efficacy för träningen genom att successivt öka och klara av belastningen och då få en erfarenhet av framgång (McAlister et al., 2008). Centralt i studiens resultat var också hur deltagarna använder anpassning av övningarna för att kunna utföra och att kontinuerligt kunna fortsätta med fysisk träning på friskvårdsanläggning. Man hanterar hindrande "*effekter av sjukdomen*" så som inflammation och smärta, funktionsnedsättning och behov av återhämtning genom att man anpassar intensiteten, belastningen, utvalda rörelser men också tiden för träning. Man har en stor self-efficacy för denna form av anpassning och ser det som en naturlig del i träningen (McAlister et al. 2008). Som fysioterapeut är det viktigt att ta hänsyn till detta och att i behandlingen hjälpa personer med RA till adekvat självreglering. Självreglering är ett begrepp inom SCT och innebär till exempel att sätta realistiska målsättningar, självmonitorering (att systematiskt observera sitt eget beteende)

och självinstruktioner (att ge sig själv instruktioner före och under genomförandet av en aktivitet) utefter vad situationen kräver till exempel i lugnt eller i aktivt skede av sjukdomen. Personer med RA som tränar och personer med RA som inte tränar kan uppleva samma sorts hinder för träningen skriver Veldhuijzen van Zanten et al. (2015) i sin översiktsartikel där tio artiklar vilka inkluderade personer med läkarverifierad RA fanns med. Det som skiljer dessa grupper åt är att de som tränar har hög efficacy för, och har utvecklat metoder för att komma över dessa hinder. Detta visar både kvalitativa och kvantitativa studier i den nämnda översiktsartikeln. Gyuresik, Brawley, Spink och Sessford (2013) framhåller också betydelsen av tilltro till sin egen självregleringsförmåga att komma över artrit-specifika hinder samt att planera för att uppnå rekommenderad nivå av fysisk aktivitet.

”Kunskap och erfarenhet” nämndes som en underlättande faktor för att träna på friskvårdsanläggning. Genom guidning och shaping (där successivt större krav på kvalitet i genomförande av en aktivitet ställs innan förstärkning ges) och eventuellt genom att agera socialt stöd kan fysioterapeuten successivt öka self-efficacy för och förmågan till självreglering vid träning på friskvårdsanläggning hos personer med RA. Detta kan bidra till att personen kan erfara positiva upplevelser under träningen och önskar fortsätta med beteendet (McAlister et al, 2008; Sarafino, 2004).

Inom kategorin ”*upplevt motstånd initialt*” nämner flera av deltagarna i denna studie att de kan ha olika former av negativa känslor innan träningen vilket räknades till faktorer som hanteras. Deltagarna är tydliga med att de numera vet att trötthets- eller seghetskänslan kan ersättas med en känsla av vitalitet och att upplevelse av smärta kan bli mindre under eller efter passet. Deltagarna beskriver att de sätter sig över den negativa känslan och har positiva utfallsförväntningar av beteendet att träna på friskvårdsanläggning (McAlister et al., 2008). Att diskutera och lägga upp strategier för hur man kan hantera det initialt upplevda motståndet är viktigt i den fysioterapeutiska behandlingen för att träning på friskvårdsanläggning ska bli av. Det visade sig under intervjuerna att flera av deltagarna uttryckligen använder sig av självinstruktioner för att hantera smärta eller seghet så att träningen ändå blir av.

Anmärkningsvärt är att de flesta av deltagarna i studien berättar att de av olika orsaker helst tränar på morgonen bland annat på grund av att de har en känsla av ”att snabbare komma igång” för dagen. Detta ska ställas i relation till symtomet morgonstelhet, som ofta i litteraturen beskrivs vara ett framträdande symptom hos personer med RA (Rantapää Dahlqvist & Jacobsson, 2005).

Ledinflammationer inom kategorin ”*sjukdom*” nämns inte som ett hinder för träning på friskvårdsanläggning i den aktuella studien, men en deltagare nämner att om hon uppfattar att hon har ett skov då blir det ett hinder för träning på friskvårdsanläggning. I den fysioterapeutiska behandlingen är det viktigt med kunskapsöverföring och att personen har genomtänkta strategier för att återuppta träningen efter att skovet har klingat av. Det innebär att inte se uppehållet som ett återfall (relapse) till vanor där träning inte ingår utan som ett tillfälligt bakslag (lapse) som kan möjliggöra snar fortsättning på träningen. En annan strategi kan vara att träningen på friskvårdsanläggning tillfälligt övergår till att utföras i hemmet och då i form av mindre belastande rörlighetsträning. Denna strategi gör att träningsbeteendet vidmakthålls under skovet även om inte träningen utförs på friskvårdsanläggning (Brodin & Swärdh, 2015).

Gällande hur deltagarna upplevde hur träning på friskvårdsanläggning inverkar på den egna hälsan visar resultatet i den aktuella studien att de positiva upplevelserna under och direkt efter träningen på friskvårdsanläggning kan ses som kortsiktiga konsekvenser som stimulerar beteendet att träna på friskvårdsanläggning genom positiv förstärkning (Denison & Åsenlöf, 2012). Dessa konsekvenser är också upplevda effekter på deltagarnas psykiska och fysiska hälsa. Att känna sig nöjd med sig själv, känna sig gladare och piggare är *”kortsiktiga psykologiska effekter”* som uppkommer i en psykofysiologisk process (Uvnäs-Moberg, Arn & Magnusson, 2005).

Det som mest framhölls i denna studie som *”kortsiktiga fysiska effekter”* var minskad smärta under och efter träningen. Den minskade smärtupplevelsen kan vara ett resultat av lägre nivåer av proinflammatoriska cytokiner, smärtlindring via *”gate-control”* och genom nedreglering av smärtsignalerna via de nedåtstigande bansystemen där till exempel serotonin och noradrenalin har en smärtminskande roll (Bergman, 2014; Lundberg, 2014; Brodin & Swärdh, 2015). Detta utgör också positiv förstärkning för beteendet att träna på friskvårdsanläggning (Denison & Åsenlöf, 2012). Resultatet tyder på att deltagare ibland kan uppleva mer smärta i samband med och efter träning vilket kanske kan vara ett begynnande skov. Smärta som uppträder tidigt i en träningsperiod kan ses som en ofarlig *”träningvärk”* som troligen kommer minska efter en tids träning (Brodin & Swärdh, 2015). Smärtan kan bli en positiv bestraffning för beteendet att träna på friskvårdsanläggning och torde minska beteendet (Denison & Åsenlöf, 2012). Deltagaren hanterar dock denna situation genom att anpassa träningen utefter smärtan.

Resultatet i denna studie tyder på att de *”långsiktiga fysiska effekterna”* såsom ökad rörlighet och ökad styrka kan ses som en långsiktig konsekvens av beteendet att träna på friskvårdsanläggning och stimulerar till att vidmakthålla beteendet genom positiv förstärkning (Denison & Åsenlöf, 2012). Samtliga deltagare i studien beskriver att de upplever dessa konsekvenser vilka också kan beskrivas som långsiktiga effekter på hälsan.

Träningens *”regelbundenhet betonas”* av deltagarna. Man önskar upprätthålla och söka de positiva effekterna av träning på friskvårdsanläggning vilket kan tolkas som ett biomedicinskt behov av endorfiner för ett ökat välbefinnande (Uvnäs-Moberg et al., 2005). Biomedicinska faktorer som hormoner och signalsubstanser är av betydelse för våra dagliga beteenden, så som exempelvis träningsbeteende (Uvnäs-Moberg et al., 2005).

5.3 Metoddiskussion

Studien genomfördes med kvalitativ metod eftersom syftet var att undersöka upplevelsen av att träna på friskvårdsanläggning. Upplevelse är en subjektiv erfarenhet som kan lyftas fram på ett mer djupgående sätt i en kvalitativ design än i en studie med en kvantitativ design. En kvalitativ metod handlar om att samla in, analysera och beskriva data om egenskaper och

kvaliteter av ett fenomen. Kvalitativ metod ger utrymme för mångfald och nyanser. Vidare kan en kvalitativ metod vara en hypotesgenererande metod, till skillnad mot kvantitativ metod som testar en på förhand given hypotes (Malterud, 2014; Olsson & Sörensen, 2011). En nackdel med en kvalitativ design kan vara möjligheten att generalisera resultaten då det handlar om upplevelser, vilket ger begränsad överförbarhet till en större grupp individer.

Då fokus i studien var att undersöka vilka upplevelser personer med diagnosen RA har av träning på friskvårdsanläggning och hur dessa personer upplever träningens inverkan på den egna hälsan valdes semistrukturerade intervjuer med induktiv ansats. Detta medförde en förutsättningslös utgångspunkt, från empirisk data, via begrepp och kategorier för att beskriva fenomenet så som det inte tidigare beskrivits eller klassificerats (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Att tolka resultatet med ren induktiv ansats var dock inte möjligt då intervjufrågorna formats utifrån SCT och att bearbetning av resultatet enligt syftet skulle göras med ett beteendemedicinskt perspektiv. Dock ligger analysen närmare en induktiv ansats än en deduktiv ansats. Om en deduktiv ansats hade valts hade analysen utgått från en viss teori och via etablerade begrepp och kategorier försökt att finna svar (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012; Malterud, 2014). Författarens avsikt var att förutsättningslöst utforska deltagarnas upplevelser och därmed få en så detaljerad och beskrivande studie som möjligt. Hade resultatet tolkats utifrån vilken fas i TTM som respektive deltagare bedömdes vara i skulle ansatsen kunna placeras än mer mot det deduktiva hållet.

Induktiv ansats beskrivs som förutsättningslös analys av data. Författaren är dock medveten om sin *delaktighet* och att hennes förförståelse kan återspeglas i analysen och att hon är medskapare till resultatet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). En strävan har varit att ömsom vara nära materialet och försöka tränga in i meningsenheternas betydelse, och att ömsom distansera sig från materialet och se meningsenheternas innehåll i det större sammanhanget. En strävan har också varit att lyssna till det som sägs och sätta förförståelsen åt sidan.

Semistrukturerade intervjuer ansågs lämpligt då syfte var att utforska deltagarnas egna upplevelser och deras egen beskrivning kring fenomenet. I till exempel en strukturerad intervju eller i en enkätstudie hade detta inte varit möjligt. I ostrukturerade intervjuer kan informationen som deltagarna ger leda till många olika riktningar och kan då riskera att hamna utanför det ämne man vill studera (Carter, Lubinsky & Domholt, 2011).

För att samla in data hade fokusgruppintervju kunnat användas men valdes bort då denna metod kräver större kompetens i intervjuteknik av den som leder samtalet för att samtliga deltagare ska känna sig bekväma, komma till tals och delge sina upplevelser utan att uppleva konkurrens eller spänningar vid gruppsamtalet (Malterud, 2014). Denna kompetens upplever sig författaren inte ha.

Innan datainsamlingen skapades en intervjuguide tillsammans med handledaren och kollegor till författaren. Två stycken provintervjuer genomfördes och utifrån dessa ändrades frågorna om "vad som påverkar dina möjligheter för din träning på X anläggning positivt respektive negativt" till den ordalydelse som står i intervjuguiden. Trots denna korrigerande upplevelse de flesta deltagarna att dessa frågor var svårbesvarade. En lärdom av det är att frågan om hinder och möjligheter för träning på friskvårdsanläggning borde ha uttalats mer

tydligt. Att denna fråga upplevdes som svår för deltagarnas kan ha påverkat resultatens trovärdighet negativt (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Trots provintervjuer upptäckte författaren under analysarbetet att svar som till exempel ”att orka mer” eller ”bra läkare och fysioterapeut” skulle kunna ha penetrerats mer via följdfrågor för att få en mer nyanserad bild i resultatet.

”Att träna på morgonen på grund av att det då är bäst förutsättningar på gymmet” placerades i kategorin ”planering”. Detta uttalande skulle eventuellt kunna ha placerats under kategorin ”tidsfaktorer som hanteras”. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim, 2012 kan det, när det gäller människors upplevelser, vara svårt att hålla sig till regeln att data endast ska passa in i en kategori. Vissa svar var också allmängiltiga för träning och inte enbart för träning på friskvårdsanläggning. För att penetrera detta och besvara syftet i studien gick författaren, med studiens syfte starkt i åtanke, flera gånger tillbaka till ursprungsmaterialet under analysens genomförande. Redskap som användes för att underlätta kategoriseringen och sortera budskapet i det som blivit sagt var begreppen antecedenter, beteende och konsekvenser. Diskussioner med handledaren fördes också för att finna de rätta kategorierna och då öka trovärdigheten i resultatet. Att data har varit svårt att kategorisera kan dock ha påverkat trovärdigheten av resultatet. (Graneheim & Lundman, 2003; Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Bekvämlighetsurval användes och deltagarna tillfrågades initialt om deltagande av annan person än av författaren, vilket minskade risken för att deltagarna kände sig tvingade att tacka ja. Intresset för deltagande i studien föreföll stort då samtliga personer som motsvarade inklusionskriterierna tackade ja till att medverka. Att använda sig av bekvämlighetsurval kan ha påverkat överförbarheten negativt då variationen i materialet begränsades till de deltagare som var tillgängliga (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). En styrka var dock att det i studien fanns deltagare i olika åldrar och med olika lång sjukdomserfarenhet och träningserfarenhet. En svaghet var att det enbart var en manlig deltagare och att det inte fanns någon ung vuxen som medverkade i studien.

Mättnad i materialet erhöles inte då det i den sista intervjun framkom data som skapade en ny kategori (Creswell, 2013; Olsson & Sörensen, 2011). På grund av tidsramarna för studien inkluderades dock inte ytterligare deltagare i studien. Ett annat begrepp som kan ge guidning gällande inkludering av deltagare i kvalitativa studier är ”information power”. Enligt Malterud, Siersma och Guassora (2015) rekommenderas ett större antal deltagare om en studie har ett brett syfte, om deltagarnas erfarenheter och kunskaper i mindre grad motsvarar syftet i studien, om studien inte bygger på en teori, om intervjuerna är av en mindre bra kvalitet och om analysen sker med en utforskande metod för att erhålla god ”information power”. Om motsatsförhållandet råder rekommenderar författarna att ett mindre antal deltagare kan inkluderas i en studie men att god ”information power” ändå uppfylls. Förutsättningar för en rik så kallad ”information power” uppfattades gälla i den aktuella studien för deltagarnas specifika egenskaper samt kunskaper och erfarenheter som var relevanta för studiens syfte. Deltagarnas stora vilja för att berätta om sina upplevelser bidrog också till god ”information power” och utgjorde en grund för att ytterligare deltagare inte inkluderades i studien. Det breda syftet, att studien inte utgick ifrån någon teori, att

författaren inte hade erfarenhet av den använda intervjutekniken samt den utforskande analysmetoden skulle ha föranlett ytterligare inkludering av deltagare för en starkare "information power". Men variationen i insamlad data bedömdes kunna beskriva mönster relevanta för studiens syfte då deltagarna lyfte fram både fysiska, psykologiska, sociala och omgivningsfaktorer som påverkade upplevelsen av träning på friskvårdsanläggning och träningens upplevda effekter på hälsan (Malterud et al., 2015).

För att öka *giltigheten* i resultatet skulle till exempel "respondent validation" (att ta resultatet tillbaka till en eller flera av deltagarna för att stämna av trovärdigheten i tolkningen och resultatet) ha kunnat utföras. På grund av tidsramarna för detta arbete utfördes detta inte. Efter upprepade genomläsningar av den transkriberade texten och kontroll gentemot kategorier och teman är författarens känsla dock att resultatet återspeglar innehållet i insamlad data (Creswell, 2013; Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Tillförlitligheten i studien har beaktats genom att koder, underkategorier, kategorier och teman har stämts av och olika tolkningsmöjligheter har diskuterats med handledaren. En analys för att jämföra samstämmighet i tolkning av data till exempel från underkategorier till olika kategorier hade kunna genomförts och räknats ut med Kappa i procent. På grund av tidsramarna i studien genomfördes det inte (Carter, 2011; Creswell, 2013; Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Studiens *överförbarhet* till annan kontext lämnas till läsaren att avgöra (Graneheim & Lundman, 2003; Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Författaren beskriver dock deltagarna gällande ålder, kön, tid sedan debut för diagnos, medicinering samt hur länge personen tränat på friskvårdsanläggningen. Att beskriva deltagarna tydligt ökar överförbarheten och trovärdigheten. Författaren anser att det kan vara möjligt att överföra resultatet till andra reumatiska diagnoser till exempel spondylartrit eller psoriasis artrit i samma kontext.

5.4 Etikdiskussion

Det uppstod inga etiska problem under studiens gång. Studien följde de etiska riktlinjerna som finns (Vetenskapsrådet, 2011) och utfördes etiskt korrekt. Deltagarna informerades om att deras deltagande var konfidentiell. Detta säkerställdes genom att koda material vid transkribering och analys samt att förvara allt material på ett säkert ställe. Materialet kommer även efter studiens godkännande att raderas. Deltagarna meddelades även om att deras deltagande var frivilligt, både muntligt och skriftligt. Att deltagarna var medvetna om konfidentialiteten samt att deltagandet var frivilligt kan ha bidragit till att deltagarna vågade dela med sig av sina upplevelser.

Ett möjligt etisk problem i studien kan ha varit att deltagarna var kända för författaren. Detta kan ha inneburit att de inte ville tacka nej. Deltagarna upplystes dock noga om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan. Deltagarna

var också medvetna om att författaren arbetade som fysioterapeut. Detta kan ha bidragit till att svaren styrts åt det hållet som deltagarna upplevde att författaren önskade få höra.

6 SLUTSATSER

Efter analys av semistrukturerade intervjuer ger denna studie en beskrivning av hur personer med RA kan uppleva träning på friskvårdsanläggning och träningens inverkan på den egna hälsan. Att ha positiva utfallsförväntningar, att planera, att ha socialt stöd och att friskvårdsanläggningen hade en bra fysisk och social miljö var betydande faktorer som underlättade träning på friskvårdsanläggning. Bland annat tidsfaktorer och sjukdom nämndes som hindrande faktorer. Centralt i studien var de faktorer som deltagarna nämnde att de hanterade vid träning på friskvårdsanläggning; upplevd osäkerhet och upplevt motstånd initialt samt effekter av sjukdomen. Man använde sig i stor utsträckning av självreglering, bland annat av att sätta realistiska mål, självmonitorering och självinstruktioner, i denna hantering. Deltagarna i studien upplevde stor self-efficacy för detta. Deltagarna upplevde psykologiska konsekvenser, till exempel nöjdhet med sig själv, och fysiska konsekvenser, till exempel minskad smärta, av träningen vilket kan ses som effekter på den egna hälsan.

Resultatet i studien visar vikten av att som fysioterapeut ha kunskap om och förståelse för personens egna upplevelser av underlättande och hindrande faktorer för att kunna stimulera och stödja personer med RA till beteendet träning på friskvårdsanläggning. Resultatet framhåller vidare förmågan till självreglering för att kunna hantera upplevda hindrande faktorer. I kliniska interventioner blir det då av vikt att lära personer med RA självreglering och att guida till en ökad self-efficacy för denna förmåga. Detta kan till exempel vara att sätta realistiska mål och anpassa övningar och belastning utefter effekter av sjukdomen.

Fysiologiska och psykologiska effekter av fysisk träning är relativt välstuderade områden. Mindre forskning finns kring hur beteendemedicinska interventioner påverkar start av och bibehållet träningsbeteende vid RA. En tänkbar studie för framtiden är att studera hur fysiska och sociala omgivningsfaktorer initialt vid träning påverkar en person med RA:s träningsbeteende samt personens förmåga till självreglering och grad av self-efficacy för träning på friskvårdsanläggning. Intressant vore då att ta hänsyn till i vilken fas enligt TTM som deltagarna befinner sig i gällande fysisk träning generellt samt gällande fysisk träning på friskvårdsanläggning.

REFERENSLISTA

- Andersson, B. (2015). *Högekostnadsskydd Västmanland*. Hämtad 20 februari, 2016, från 1177 Vårdguiden, <http://www.1177.se/Vastmanland/Regler-och-rattigheter/Patientavgifter/>
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns.*, 48(2), 177-87.
- Barth, T., & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal – MI: Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Bergman, S. (2014). Fysisk aktivitet och smärtmodulering. I C. H. Opava (Red.), *Fysisk aktivitet vid reumatisk sjukdom* (s. 63-75). Lund: Studentlitteratur AB.
- Bremander, A. (2014). Reumatoid artrit. I C. H. Opava (Red.), *Fysisk aktivitet vid reumatisk sjukdom* (s. 129-139). Lund: Studentlitteratur AB.
- Brodin, N., & Swärdh, E. (2015). *Fysisk aktivitet vid reumatoid artrit*. Hämtad 7 januari, 2016, från FYSS: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_Reumatoid-artrit.pdf
- Carter, R., Lubinsky, E., & Domholdt, E. (2011). *Rehabilitation Research: Principles and Applications, Fourth edition*. Missouri: Elsevier Saunders.
- Codex. *Regler och riktlinjer för forskning*. Hämtad 14 februari, 2016, från <http://codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>
- Codex. *Vetenskapsrådets etikregler*. Hämtad 16 februari, 2016, från <http://codex.vr.se/manniska2.shtml>
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.
- Demmelmaier, I. (2014). Att stödja hälsobeteenden. I C. H. Opava (Red.), *Fysisk aktivitet vid reumatisk sjukdom* (s. 167-175). Lund: Studentlitteratur AB.
- Demmelmaier, I., Lindkvist, Å., Nordgren, B., & Opava, C. H. (2015). "A gift from heaven" or "This was not for me". A mixed methods approach to describe experiences of participation in an outsourced physical activity program for persons with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, (34), 429-439.
- Denison, E., & Åsenlöf, P. (2012). *Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnastik*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.

- Engel, G. L. (1992). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Family Systems Medicine*, 10(3), 317-331. <http://dx.doi.org/10.1037/h0089260>
- Engström-Laurent, A., & Jacobsson, L. (2005). Indelning av de reumatiska sjukdomarna. I L. Klareskog, T. Saxne & Y. Enman (Red.), *Reumatologi* (s. 33). Lund: Studentlitteratur.
- Faskunger, J. (2013). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). Theory, research and practice in health behavior and health education. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed. pp. 23-40). San Francisco: John Wiley & Sons.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, (24), 105-112.
- Gyurcsik, N. C., Brawley, L. R., Spink, K. S., & Sessford, J. D. (2013). Meeting physical activity recommendations: Self-regulatory efficacy characterizes differential adherence during arthritis flares. *Rehabilitation Psychology*, 58(1), 43-50.
- Gym, Anläggning. (2016). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 31 januari, 2016, från <http://www.ne.se/>
- Hagel, S., Lindqvist, E., Bremander, A., & Petersson, I. F. (2010). Team-based rehabilitation improves long-term aerobic capacity and health-related quality of life in patients with chronic inflammatory arthritis. *Disability and Rehabilitation*, 32(20), 1686-1696.
- Hansen, T. M., Hansen, G., Langgaard, A.M., & Rasmussen J. O. (1993). Longterm physical training in rheumatoid arthritis. A randomized trial with different training programs and blinded observers. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 22(3), 107-112.
- Hassmén, P., Wisén, A., & Hagströmer, M. (2015). *Metoder för att individanpassa fysisk aktivitet*. Hämtad 25 augusti, 2016, från FYSS: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_Metoder-att-individanpassa-FA.pdf
- Henriksson, J., & Sundberg, C. J. (2015). *Biologiska effekter av fysisk aktivitet*. Hämtad 25 augusti, 2016, från FYSS: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_Biologiska-effekter-av-FA.pdf
- Hurkmans, E. J., de Gucht, V., Maes, S., Peeters, A. J., Runday, H. K., & Vliet Vlieland, T. P. (2011). Promoting physical activity in patients with rheumatoid arthritis: rheumatologists' and health professionals' practice and educational needs. *Clinical Rheumatology*, 30(12) 1603-1609.

- International Society of Behavioral Medicine. (år). *Charter*. Hämtad 6 mars, 2016, från International Society of Behavioral Medicine, <http://www.isbm.info/about-isbm/charter/>
- de Jong, Z., Munneke, M., Kroon, H. M., van Schaardenburg, D., Dijkmans, B. A. C., Hazes, J. M. W., et al. (2009). Long-term follow-up of a high-intensity exercise program in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, (28), 663-671.
- Lindroth, Y., Hedin P-J., & Enman, Y. (2005). Vad är reumatologi? I L. Klareskog, T. Saxne & Y. Enman (Red.), *Reumatologi* (s. 23). Lund: Studentlitteratur.
- Loeppenthin, K., Esbensen, B. A., Ostergaard, M., Jennum, P., Thomsen, T., & Midtgaard, J. (2013). Physical activity maintenance in patients with rheumatoid arthritis: A qualitative study. *Clinical Rehabilitation* 28(3) 289-299.
- Lundberg, I. E. (2014). Fysisk aktivitet och inflammation. I C. H. Opava (Red.), *Fysisk aktivitet vid reumatisk sjukdom* (s. 45-54). Lund: Studentlitteratur AB.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: En introduktion*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2015). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 1-8. doi:10.1177/1049732315617444
- Mattsson, C. M., Jansson, E., & Hagströmer, M. (2015). *Fysiskt aktivitet – begrepp och definitioner*. Hämtad 7 januari, 2016, från FYSS: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_FA_Begrepp-och-definitioner.pdf
- McAlister, A. L., Perry, C. L., & Parcel, G. S. (2008). How individuals, environments, and health behaviors interact. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. (4th ed. pp. 169-188). San Francisco: John Wiley & Sons.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motiverande samtal: Att hjälpa människor till förändring*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Munsterman, T., Takken, T., & Wittink, H. (2012). Are persons with rheumatoid arthritis deconditioned? A review of physical activity and aerobic capacity. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13(202), doi: [10.1186/1471-2474-13-202](https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-202)
- Nessen, T., Opava C. H., Martin, C., & Demmelmaier, I. (2014). From clinical expert to guide: experiences from coaching people with rheumatoid arthritis to increased physical activity. *Physical Therapy*, (94), 644-653.

- Neovius, M., Simard, J. F., & Askling, J. (2011). Nationwide prevalence of rheumatoid arthritis and penetration of disease-modifying drugs in Sweden. *Ann Rheum Dis.*, (70), 624-629.
- Nordgren, B., Fridén, C., Demmelmaier, I., Bergström, G., Lundberg, I. E., Dufour, A. B., & Opava, C. H. (2015). An out-sourced health-enhancing physical activity programme for people with rheumatoid arthritis: exploration of adherence and response. *Rheumatology*, (54), 1065-1073.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.
- Opava, C. H. (2014). Fysisk aktivitet. I C. H. Opava (Red.), *Fysisk aktivitet vid reumatisk sjukdom* (s. 17-23). Lund: Studentlitteratur AB.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2008). The Transtheoretical Model and Stages of Change. In K. Glanz, B. K. Rimer & K Viswanath (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. (4th pp. 97-121). San Francisco: John Wiley & Sons.
- Rantapää Dahlqvist, S., & Jacobsson, L. (2005). Reumatoid artrit/ledgångsreumatism. I L. Klareskog, T. Saxne & Y. Enman (Red.), *Reumatologi* (s. 51-71). Lund: Studentlitteratur.
- Sarafino, E. P. (2004). *Behavior modification: Principles of behavior change* (2nd ed.). United States of America: Waveland Press Inc.
- Scott, D. L., Wolfe, F., & Huizinga, T.W. (2010). Rheumatoid arthritis. *Lancet*, (376), 1094-1108.
- Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 ; Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor – stöd för styrning och ledning*. Västerås: Edita Västra Aros.
- Socialstyrelsen. (2016). *Termbanken; hälsa*. Hämtad 18 maj, 2016, från Socialstyrelsen, <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?ftid=64>
- Socialstyrelsen. (2014). *Termbanken; patient*. Hämtad 15 juli, 2016, från Socialstyrelsen, <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?ftid=64>
- Statens Folkhälsoinstitut. (2011). *FaR Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. I L Kallings (Red.), (s 55-78) Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.
- Stenström, C. H. (2005). Fysisk aktivitet och träning vid reumatisk sjukdom. I L. Klareskog, T. Saxne & Y. Enman (Red.), *Reumatologi* (s. 317). Lund: Studentlitteratur.
- Svensk Reumatologisk Förening. (2016). *Rekommendationer Modern Reumarehabilitering*. Hämtad 16 juli, 2016, från Svensk Reumatologisk Förening, [http://www.svenskreumatologi.se/sites/default/files/riktlinjer/Rek MORR 2016.pdf](http://www.svenskreumatologi.se/sites/default/files/riktlinjer/Rek_MORR_2016.pdf)

- Svensk Reumatologisk Förening. (2016). *Riktlinjer för läkemedelsbehandling vid reumatoid artrit, Svensk Reumatologisk Förening – utkast till uppdatering för 2016*. Hämtad 16 juli, 2016, från Svensk Reumatologisk Förening, http://www.svenskreumatologi.se/sites/default/files/riktlinjer/RA_riktlinjer_2016.pdf
- Uhlig, T., & Kvien, T. K. (2004). Is rheumatoid arthritis disappearing? *Ann Rheum Dis.*, 64(1), 7-10.
- Uvnäs-Moberg, K., Arn, I., & Magnusson, D. (2005). The psychobiology of emotion: The role of the oxytocinergic system. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 59-65.
- Veldhuijzen van Zanten, J. J. C. S., Rouse, P. C., Hale, E. D., Ntoumanis, N., Metsios, G. S., Duda, J. L., & Kitas, G. D. (2015). Percieved barriers, facilitators and benefits for regular physical activity and exercise in patients with rheumatoid arthritis: A review of the literature. *Sports Med*, doi:10.1007/s40279-015-0363-2
- Verhoeven, F., Tordi, N., Prati, C., Demougeot, C., Mougin, F., & Wendling, D. (2016). Physical activity in patients with rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine*, 83(3), 256-70. doi: 10.1016/j.jbspin.2015.10.002.
- Vliet Vlieland, T. P. M., & Pattison, D. (2009). Non-drug therapies in early rheumatoid arthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 23, 103-116.
- Withall, J., Haase, A. M., Walsh, N. E., Young, A., & Cramp, F. (in press). Physical activity engagement in early rheumatoid arthritis: a qualitative study to inform intervention development. *Physiotherapy*.
- World Health Organization. (2011). *Global Recommendations on Physical Activity for Health 18-64 years old*. Hämtad 24 februari, 2016, från World Health Organization, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2016). *Health*. Hämtad 18 maj, 2016, från World Health Organization, <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>

BILAGA A INFORMATION VID FÖRFRÅGAN

Information vid förfrågan om intresse för deltagande i studie:

Under våren 2016 kommer en av mina kollegor att genomföra en studie under sin vidareutbildning på Mälardalens högskola.

Studien kommer att handla om hur personer med inflammatorisk ledsjukdom upplever att det är att träna inom friskvården, tex på friskvårdsanläggning eller på arbetsplatsens gym.

Data (alltså "hur personer upplever...") kommer att samlas in genom intervjuer med personer som har inflammatorisk ledsjukdom och som kortare eller längre tid har tränat inom friskvården.

Intervjun beräknas ta 40-60 minuter. Den kommer att spelas in för att sedan skrivas ut ordagrant. Det är bara intervjuaren och hennes handledare som kommer ha tillgång till materialet.

Det kommer inte att utgå någon form av ersättning till dig som deltar.

Eftersom du tränar inom friskvården tillfrågas du att delta i denna studie. Medverkan är frivillig och man kan när som helst avbryta sitt deltagande utan att behöva ange orsak.

Känns detta intressant?

Får min kollega Anna Danarp kontakta dig och berätta mer ?

(Tid för ev intervju väljer du utefter vad som passar dig bäst.)

BILAGA B INFORMATIONSBREV

”Träning inom friskvård vid inflammatorisk ledsjukdom”

Information om studie.

Under våren 2016 kommer jag att genomföra en studie under en utbildning vid Mälardalens Högskola i Västerås. Syftet med studien är att undersöka hur personer med inflammatorisk ledsjukdom upplever träning på friskvårdsanläggning. Det är av betydelse att lära mer om detta ämne för att i förlängningen kan det förbättra omhändertagandet av och rehabiliteringen för personer med inflammatorisk ledsjukdom.

Du som har fått detta brev har tidigare via telefon tillfrågats om deltagande i denna studie, då du under kortare eller längre tid har tränat på någon form av friskvårdsanläggning.

Ditt deltagande i studien skulle innebära att du först besvarar bakgrundsfrågor gällande din sjukdom och träning i ett formulär. Därefter intervjuar jag dig kring dina upplevelser av din träning. Intervjun kommer att ske någon gång under v 15-17, och den beräknas att ta 45-60 minuter. Intervjun kommer att spelas in för att därefter skrivas ut ordagrant. Den information du lämnar kommer sedan sammanställas tillsammans med information från andra deltagare i studien. Dina svar kommer i resultatet inte kunna härledas till dig som person.

Ditt deltagande är helt frivilligt och du har rätt att när som helst avbryta ditt deltagande i studien utan motivering och utan att detta skulle påverka din relation till behandlande klinik negativt. Dina personuppgifter kommer att kodas och dina svar kommer att behandlas på ett sådant sätt så att obehöriga inte kan få tillgång till dem. När uppsatsen är godkänd av examinator raderas intervjumaterialet.

Studien kommer att presenteras i form av en uppsats vid Mälardalens Högskola och även publiceras i Digitala Vetenskapliga Arkivet, DiVA. DiVA är ett öppet arkiv för bland annat studentuppsatser.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga:

Anna Danarp

Leg fysioterapeut

Reumatologkliniken, Västerås

anna.danarp@ltv.se

021-174868

Charlotta Thunborg

Med Dr, vik lektor

Mälardalens Högskola

charlotta.thunborg@mdh.se

021-107345

BILAGA C INFORMERAT SAMTYCKE

”Träning inom friskvård vid inflammatorisk ledsjukdom”

Efter att ha erhållit både muntlig och skriftlig information samtycker jag till att delta i intervjustudie om personer med inflammatorisk ledsjukdoms upplevelse av att träna på friskvårdsanläggning. Jag samtycker också till att den information som jag ger får redovisas avidentifierat i en magisteruppsats vid Mälardalens Högskola.

Jag har fått tillfälle att ställa frågor om vad ett deltagande innebär för mig.

Underskrift

Ort

Datum

Namnförtydligande

BILAGA D BAKGRUNDSINFORMATION

Inför ditt deltagande i studien ”**Träning inom friskvård vid inflammatorisk ledsjukdom**” önskar jag att du besvarar nedanstående frågor.

Tag med det ifyllda formuläret till intervjutillfället. Tack på förhand.

På vilken etablerad friskvårdsanläggning brukar du oftast träna nu? _____

Hur ofta tränar du där? _____

Hur länge ungefär har du tränat där? _____

Har du tränat på andra friskvårdsanläggningar tidigare efter att du fick din reumatiska diagnos? _____

I så fall hur länge? _____

Har du tränat på friskvårdsanläggning innan du fick din reumatiska diagnos? _____

Har du kontakt med någon fysioterapeut på Reumatologen regelbundet? _____

I så fall ungefär hur ofta? _____

Har du kontakt med annan fysioterapeut regelbundet? _____

I så fall ungefär hur ofta? _____

Hur länge ungefär har du haft din reumatiska sjukdom? _____

Vilken reumatisk sjukdom har du? _____

Vilka mediciner mot din reumatiska sjukdom tar du? _____

Hur länge ungefär har du haft din nu aktuella medicinering? _____

Din ålder? _____

BILAGA E INTERVJUGUIDE

Information innan intervjuens start: Under den här intervjun kommer vi att fokusera på hur du upplever att det är att träna på X friskvårdsanläggning och hur det inverkar på din hälsa.

Berätta för mig hur en vanlig träningsvecka ser ut för dig?

Kan du beskriva vad det var som gjorde att du började träna på X friskvårdsanläggning?

Kan du beskriva vad det är som gjort att du har fortsatt att träna på X friskvårdsanläggning?

Kan du berätta vad du tänker och känner inför träningen, under träningen och efter träningen på friskvårdsanläggningen?

Vad finns det som påverkar dina möjligheter för din träning på X anläggning positivt?

Vad finns det som påverkar dina möjligheter för din träning på X anläggning negativt?

Vad upplever du att du får ut av din träning på friskvårdsanläggningen?

Är det något annat som du vill tillägga?

Följdfrågor: Kan du berätta mer om ...

Vad menar du med ...

Kan du ge något exempel på ...

Tack... Vid behov av förtydliganden är det möjligt att få återkomma?

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se