

UPPLEVELSER KRING GRUPPTRÄNING ENLIGT PATIENTER MED EN CANCERSJUKDOM

Kvalitativ intervjustudie med patienter under pågående/efter avslutad cancerrelaterad behandling.

ADA BLOMGREN

KRISTIAN MARYASHINE

Fysioterapi
Grundnivå
15 hp
Fysioterapeutprogrammet
Fysioterapi, examensarbete med inriktning
mot beteendemedicin
FYS010

*Handledare: Thomas Overmeer
Examinator: Maria Sandborgh*

*Seminariedatum: 2020-02-12
Betygsdatum: 2020-03-31*

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Idag erbjuder sjukhus i Sverige gruppträning som rehabilitering för cancerpatienter i syfte att minska eventuella behandlingsframkallade biverkningar. Träning kan bromsa sjukdomsförlopp, förhindra spridning av sjukdomen och minska sjukdomsrelaterad ångest och oro. Det anses vara en brist på evidens gällande cancerpatienters upplevelser kring träning i grupp som rehabiliteringsform.

Syfte: Syftet är att undersöka hur patienter med cancersjukdom upplever gruppträning, under eller efter cancerrelaterad behandling.

Metod: I en kvalitativ intervjustudie med en induktiv ansats inkluderades sex kvinnliga intervjupersoner. Det utfördes sex semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna utfördes på patienter som tidigare har genomgått en hel gruppträningsperiod handled av en fysioterapeut. Materialet analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Intervjuernas innehåll delades upp i 8 underkategorier och 4 huvudkategorier. Huvudkategorierna bestod av Motivation att träna, Träningsmiljö, Hinder för träning och Upplevda positiva effekter efter avslutad träning

Slutsats: Resultatet av studien visar vikten av det sociala stödet och att det upplevdes spela en nyckelroll för intervjupersonernas trygghet och förståelse. Positiva effekter upplevdes av träningen i sig, såsom bättre styrka, kondition och högre energinivå. Författarparet identifierade att informationsbrist, brist på energi och negativa tankar kunde upplevas som centrala negativa faktorer som i sin tur kunde påverka motivationen att träna.

Nyckelord: Cancer, Träning, Motionsterapi, Cytostatika/Strålbehandling, Upplevelse

ABSTRACT

Background: Hospitals in Sweden offers group exercise as a possibility for rehabilitation to patients with cancer to aim the possible side effects cancer treatment may induce. Exercise may delay, or stop, proliferation of the disease and may even reduce cancer related depression and anxiety. It is considered that it lacks evidence describing the experiences cancer patients have after using exercise as rehabilitation form.

Aim: The purpose is to investigate how patients with cancer experience group exercise, during or after completed cancer treatment.

Method: In a qualitative interview study with an inductive approach six female interview persons were included. Six semi-structured interviews were performed. The authors interviewed patients who completed a whole group exercise-period supervised by a physical therapist. The results were then analysed using a qualitative content analysis.

Result: The interview results was divided into 8 sub-categories and 4 main categories. The main categories were Exercise motivation, Exercise environment, Exercise obstacles and Experienced positive effects after completed exercise.

Conclusion: The results shows that the importance of the social environment plays a key role according to the experience of support and understanding. It was also described that physical effects from the exercise itself was present. The individuals felt both stronger and experienced having a higher energy level. The authors did identify that lack of information, lack of energy and negative thoughts were described as obstacles, these obstacles were the main negative factors that could lower the individual's motivation towards the exercise.

Keywords: Neoplasms, Exercise, Exercise Therapy, Cytostatic Agents/Radiotherapy, Experience

INNEHÅLL

1. BAKGRUND	3
1.1. Cancer	3
1.2. Behandling och biverkningar	3
1.3. Fysioterapi och beteendemedicin	4
1.4. Fysisk aktivitet	5
1.5. Cancer och fysisk träning	6
1.6. Socialkognitiv teori	7
1.7. Problemformulering	8
2. SYFTE	8
3. METOD OCH MATERIAL	9
3.1. Design	9
3.2. Urval	9
3.3. Datainsamling	9
3.4. Tillvägagångssätt	10
3.5. Dataanalys	10
3.6. Etiska överväganden	12
4. RESULTAT	13
4.1. Motivation att träna	13
4.1.1. <i>Syn på träning</i>	14
4.1.2. <i>Att komma igång</i>	14
4.1.3. <i>Vardagsrutin</i>	14
4.1.4. <i>Distraction från sjukdom</i>	14
4.2. Träningsmiljö	15
4.2.1. <i>Utformning</i>	15
4.2.2. <i>Socialt stöd</i>	16
4.3. Hinder för träning	16
4.3.1. <i>Negativa känslor</i>	16

4.3.2. Energibrist.....	17
4.4. Upplevda positiva effekter	17
5. DISKUSSION	18
5.1. Resultatsammanfattning.....	18
5.2. Resultatdiskussion	18
5.3. Metoddiskussion	22
5.3.1. Design.....	22
5.3.2. Urval.....	23
5.3.3. Datainsamling	24
5.3.4. Tillvägagångssätt	25
5.3.5. Analys	26
5.3.6. Styrkor och svagheter	27
5.4. Etikdiskussion	27
6. SLUTSATSER	28
7. KLINISK BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING	28
REFERENSLISTA	30
BILAGA A; INFORMATIONSBREV	
BILAGA B; INTERVJUGUIDE	

1. BAKGRUND

1.1. Cancer

Cancer är ett samlingsnamn på olika maligna tumörsjukdomar som drabbar kroppen (SBU, 2001). En cancertumör består av celler med onormal celldelning som växer in och förstör omkringliggande vävnad. Dessa celler kan spridas via blodet och lymfan till andra delar av kroppen och genom att metastasera bilda dottertumörer. Detta kan leda till svår sjukdom och i vissa fall död. Sjukdomarna skiljer sig i både prognos, symtom samt hur de behandlas. Cancer är en genetisk sjukdom där livsstilsfaktorer kan ha en stor påverkan för utvecklingen av sjukdomarna, exempelvis rökning vid lungcancer (Ericson & Ericson, 2008).

För att en tumör ska anses som cancer, måste den uppfylla kriterierna för en malign tumör. Följande är kriterierna för att en tumör ska anses som malign, ständig nybildning av nya celler som är oberoende av kroppens reglerande processer och växtsubstanser, är första kriteriet. Cellerna i tumören har onormal lång överlevnad, vilket innebär att de är motståndskraftiga mot de signaler som orsakar celdöd, vilket i sin tur gynnar tumörens växt. Maligna tumörer har även en infiltrativ tillväxt vilket innebär att den har förmågan att växa in i omkringliggande friska vävnader. Detta sker ofta genom bildning av långa utskott av cancerceller. Som redan nämnt, måste tumören ha egenskapen att kunna metastasera, dela sig och genom blod och/eller lymfa sprida sig till andra delar av kroppen. Den sista faktorn för att en tumör ska anses som malign är att den förutom att bilda nya cancerceller även bildar bindväv och skapar inväxande blodkärl som försörjer tumören med näring. Utan att vara försedd med blodkärl kan en tumör inte växa mer än 1–2 mm, vilket gör att blodkärlsbildning spelar en avgörande roll i bildningen och tillväxten av en malign tumör (Nationalencyklopedin, 2019).

DNA-förändringar anses vara en grundorsak till uppkomsten av cancer. Förändringarna är ofta orsakade av mikrobiologiska, kemiska och fysikaliska faktorer men kan även ha ett ärftligt ursprung. En mikrobiologisk faktor kan vara orsakad av vissa virus som har en cancerframkallande effekt. Kemiska faktorer benämns som cancerogena ämnen där bland annat tobaksrökning samt högt intag av alkohol visar de mest tydliga sambanden med cancer. De fysikaliska faktorerna är olika typer av strålning såsom joniserande- och ultraviolett strålning. Detta har visat sig orsaka DNA-förändringar (Nationalencyklopedin, 2019).

1.2. Behandling och biverkningar

Under aktiv behandling vid en cancersjukdom kan patienter uppleva flera olika typer av sjukdoms- och behandlingsrelaterade biverkningar (Mishra et al., 2012). Vid en cancersjukdom finns flera olika typer av behandlingar, två utav dem är cytostatika- och strålbehandling (Nationalencyklopedin, 2019).

Cytostatikabehandling ges i syfte att bota eller bromsa cancertillväxt. Cytostatika kan ges som egen behandling, men är vanligt före och efter operation samt i kombination med strålbehandling. Syftet med cytostatikabehandling är att via blodet nå metastaserade cancerceller men behandlingen kan även skada friska celler. Detta medför en risk för biverkningar i samband med behandling. Vanliga biverkningar är håravfall, mag-tarmbesvär samt sänkta blodvärden (SBU, 2001). Att patienter även upplever både fysisk och psykisk trötthet, som även kan beskrivas som fatigue, är ett vanligt förekommande i samband med cancerbehandling (Stark, Tofteham, Visovsky & McMillan, 2012).

Strålbehandling kan ges både för att bota och lindra cancersjukdom. Det består av strålning med högt energiinnehåll som skadar cellernas DNA. Stråldosens styrka beror på cancersjukdom och dess omfattning. Hälften av alla cancerpatienter får strålbehandling under sjukdomsförloppet. Vissa patienter kan få biverkningar av behandlingen i form av trötthet eller illamående. Några får sena biverkningar i form av vävnadsförändringar, medan andra inte upplever några negativa effekter (Klepp, 2018).

Vid olika sorters cancer är kirurgi en av de behandlingsformer som används. Syftet är antingen att operera bort tumörer eller att ta bort/transplantera drabbade organ. På senare tid har mer omfattande radikala operationer undvikts och fokus ligger på att bevara funktion, form och livskvalitet, detta i kombination med att patienten ska ha god chans till överlevnad. Eftersom större operationer undviks så har rekonstruktion och transplantation blivit en viktig del i cancerkirurgi. Ett vanligt kirurgiskt ingrepp är mastektomi, som innebär borttagning av bröst. Detta är ett vanligt ingrepp hos kvinnor med bröstcancer (Olsen, 2019). En vanlig biverkning vid mastektomi är lymfödem på grund av borttagning av lymfkörtlar under ingreppet (Schmitz et al. 2009).

Gruppträningar, handledda av fysioterapeuter, erbjuds även för patienter med en cancersjukdom som en del av behandlingen. Enligt Thomas et al. (2019) finns det inga identifierade risker med att utsätta cancerpatienter för fysisk träning under pågående behandling. Thomas et al. (2019) visar även att fysisk träning minskar tiden patienter är inaktiva samt tiden patienter känner sig uttråkade. Stevinson & Fox (2006) har i sin studie om gruppträning beskrivit att deltagare i gruppen har en positiv inverkan på varandra i form av inspiration och socialt stöd. Vissa deltagare påtalade en ökad känsla av välbefinnande, stegrad fysisk aktivitetsnivå och reducerad känsla av cancerrelaterad fatigue. Enligt Timonen, Rantanen, Timonen & Sulkava (2002), ökar gruppträning även humöret hos äldre kvinnor som nyligen har skrivits ut från sjukhus.

1.3. Fysioterapi och beteendemedicin

Fysioterapi är en integration mellan vetenskap och profession. Denna profession innefattar främjande av hälsa, minskning av lidande samt behandling av muskuloskeletala besvär för att bland annat kunna återfå optimal rörelseförmåga. Fysioterapeuter är centrala när människors funktion och aktivitetsnivå begränsas eller hotas av sjukdom, som exempelvis

cancer (Broberg & Lenné, 2019). Fysioterapeuter arbetar för att minska ohälsa och främja hälsa via rörelse som baseras på det aktuella evidensläget och sker tillsammans med patienten och andra professioner. Fysioterapeutiskt arbete innefattar undersökning för att ställa en diagnos och prognos, formulera en målsättning samt planera framtida åtgärder och sedan kunna utvärdera ett resultat. Dessa olika faktorer ingår i ett kliniskt resonemang som är centralt för fysioterapeutens arbete (Denison & Åsenlöf, 2012).

Enligt Svensk Beteendemedicinsk förening (u.å.) är syftet med beteendemedicin att ”förstå hur samspelet mellan biologiska, psykologiska, sociala och beteendemässiga faktorer påverkar hälsa och sjukdom”. Ett beteende är något vi gör och det delas in i verbalt beteende som är något vi säger, och motoriskt beteende som är något vi gör. Dessa kallas yttre beteende och kan observeras av omgivningen. Inre beteenden är sällan observationsbara och innefattar tankar och känslor samt olika fysiologiska reaktioner (Denison & Åsenlöf, 2012).

Beteendemedicinsk kunskap används både som hälsofrämjande samt förebyggande av sjukdom gällande diagnostik, behandling, rehabilitering samt sjukdomens etiologi. Enligt Denison & Åsenlöf (2012) kan beteende påverka kroppens funktioner samtidigt som kroppsliga funktioner kan påverka vårt beteende som vid exempelvis en skada i rörelseapparaten. En beteendemedicinskt skolad fysioterapeut analyserar vilka bio-psyko-sociala faktorer som kan komma att påverka utfallet av behandlingen och förklara ett visst beteende. Exempelvis kan de biologiska faktorerna vara en persons styrka och rörlighet, psykologiska faktorer vara rädsla och motivation och sociala faktorer kan vara en individs omgivning i form av exempelvis socialt stöd. En fysioterapeut med beteendemedicinsk inriktning tar alla dessa delar i beaktning för att förstå och påverka beteendet att exempelvis träning i grupp.

1.4. Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet är när skelettmuskulaturen kontraheras och skapar en kroppsrörelse som leder till en förhöjd energiförbrukning (U.S. Department of Health and Human Services, 1996). Detta kan vara olika typer av aktiviteter som innefattar kroppsrörelser, exempelvis gymnastik, friluftsliv och motion (Pehrsson, 1997). Enligt FYSS (2011) rekommenderas att personer över 18 år är fysiskt aktiva minst 150 minuter per vecka där intensiteten ska vara måttlig. Är intensitet hög rekommenderas 75 minuter i veckan. Detta för att förebygga död i förtid, minska risken för kroniska sjukdomar samt att bland annat minska risken för dödliga sjukdomar som exempelvis cancer.

Fysisk aktivitet kan delas in i aerob- och anaerob fysisk aktivitet. Aerob fysisk aktivitet innebär att utföra ett beteende som innefattar muskelarbete med tillräcklig tillgång till syre som musklerna behöver för att kunna genomföra beteendet. När musklerna i kroppen har tillräckligt med syre tillgängligt kan dessa använda sig av aeroba förbränningsprocesser för att utvinna energi i form av adenosintrifosfat (ATP). Denna sorts fysisk aktivitet kallas bland annat för uthållighetsträning eller konditionsträning. Det rekommenderas att utföra denna sorts fysisk aktivitet på måttlig till hög intensitet för att kunna förena detta med positiva

hälsoeffekter (FYSS, 2016). Petersen & Pedersen (2005), beskriver att aerob fysisk aktivitet har en inflammationssänkande effekt i kroppen, vilket stöttar påståendet om att fysisk aktivitet ger positiva hälsoeffekter.

Anaerob fysisk aktivitet innebär att utföra ett muskulärt arbete utan tillräckligt med syre som vore optimalt för musklerna för att kunna utföra en specifik aktivitet. Under sådana aktiviteter använder musklerna sig av anaeroba förbränningsprocesser för att utvinna energi. Dessa förbränningsprocesser har laktat som restprodukt, vilket skapar en sur miljö i både muskler och blod genom att sänka pH värdet i blodet. Detta är en av anledningarna till att det inte är möjligt att utföra anaeroba aktiviteter över längre tidperioder. Sådana aktiviteter är korta explosiva moment som exempelvis styrkelyft, hopp eller korta sprinter (FYSS, 2016).

Vid fysisk aktivitet ökar genomblödningen i vävnaderna, cellförnyelsen ökar och mer syre transporteras ut till kroppen. Detta har i sin tur en positiv verkan på immunförsvaret, vilket leder till förbättrad hantering av infektioner och kroniska inflammationer. Även kroppens ämnesomsättning ökar och olika hormonnivåer stabiliseras som följd av fysisk aktivitet (Hojman, Gehl, Christensen & Pedersen, 2018).

1.5. Cancer och fysisk träning

En hälsosam livsstil med regelbunden fysisk aktivitet minskar risken att drabbas av en cancersjukdom (Socialstyrelsen, 2011). Hojman et al. (2018) visar att fysisk träning har en positiv biologisk effekt på cancersjukdom. Fysisk träning kan både minska risken för cancer hos friska människor samt reducera sjukdomens progression. Genom ökad kärlinväxt och ökad aktivitet hos immunceller hos tränade individer reduceras celledelningen och förhindras samt bromsas metastasbildning. Enligt Schmitz et al. (2009) finns det heller ingen risk med att lymfödem förvärras vid styrketräning. Detta påstående stöds även av Ahmed, Thomas, Yee & Schmitz (2006).

Mishra et al. (2012) visar i en metaanalys att en träningsintervention lindrar de biverkningar som upplevs av olika cancerbehandlingsformer. De visar bland annat det lindrar ångest och oro, minska depression, sömnsvårigheter och fatigue och detta stöds även av Schmitz et al., (2005). Enligt Speck et al. (2010), finns det evidens för att fysisk aktivitet efter behandling ökar styrkan i övre- och nedre extremitet samt har en positiv påverkan på fatigue. Speck et al. (2010) har även konkluderat att andra positiva effekter under behandling är att fysisk aktivitet bidrar till att öka den fysiska aktivitetsnivån, den aeroba kapaciteten, muskelstyrkan, dämpa ångest, höja självkänslan samt öka livskvaliteten hos patienten. Även Kangas, Bovbjerg och Montgomery (2008) visar i en systematisk och metaanalytisk översikt att psykosociala interventioner i kombination med träning visar en reduktion av cancerrelaterad fatigue. Juvet et al. (2017) stärker dessa påståenden ytterligare genom att beskriva att fysisk träning minskar förekomsten av fatigue och ökar fysisk funktion hos bröstcancerpatienter under både pågående och avslutad medicinsk behandling. Träning har en psykologisk effekt då den ökar välbefinnandet hos patienter. Det diskuteras även att fysisk träning kan ha en positiv påverkan på den mänskliga sociala interaktionen enligt Mishra et

al. (2012). Trots flertaliga kvantitativa studier som visar på biologiska och psykologiska effekter av träning när man har en cancersjukdom, är det brist på evidens kring vilka effekter patienter personligen upplever av fysisk träning i samband med en cancersjukdom.

1.6. Socialkognitiv teori

Förutom de biologiska effekterna av en sjukdom är även de psykologiska faktorerna avgörande för en patients välmående och utfallet av eventuella medicinska behandlingar. Det är en rad olika teorier och modeller som kan vara av relevans för en sjuk persons välmående. En utav dessa är den socialkognitiva teorin (Bandura, 1971). De psykologiska faktorerna har enligt (Speck et al, 2010) stor påverkan på en patient med en cancersjukdom.

Socialkognitiv teori innefattar människans agerande i samspel med individ, miljö och beteende. Individ kan exempelvis vara patientens fysiska förutsättningar eller diagnos. Miljö kan vara patientgruppen som genomför träningen tillsammans och strävar efter att må bättre. Den sista faktorn, beteende, kan exempelvis vara just utförande av den organiserade träningen. Dessa komponenter formar och påverkar våra beteenden. Genom modellinläring kan vi agera och lära av människor i vår omgivning. Vi påverkas av personer i vår omgivning på ett omedvetet plan och kan utifrån detta börja agera på ett liknande vis. Vår motivation och grad av tilltro till den sociala miljön avgör huruvida vi tar åt oss andras beteenden, sedan avgör individens personliga egenskaper om beteendet kommer att utföras. Om en person uppfattas av en annan individ som en form av rollmodell eller förebild är det en förutsättning för att personer börjar agera på ett liknande vis (Bandura, 1977). Modellinläring kan kopplas till gruppträning för patienter med en cancersjukdom genom att individer skulle kunna anamma de övriga medlemmarnas träningsbeteende, om dessa personer ses som en förebild och har de fysiska och psykiska faktorer som beteendet kräver.

Socialkognitiva teorin kan anknytas till gruppträning för cancerpatienter. Patienters allmäntillstånd som exempelvis trötthet eller svaghet till följd av behandling kan påverka träningen. Gruppträningen, som handleds av fysioterapeuter, kan påverka patienters motivation att träna regelbundet. Att patienter tränar i grupp kan knytas till kollektiv efficacy, när människor i grupp strävar efter att nå samma mål (Bandura, 1977) Fysisk träning har visat sig ha en positiv påverkan på ångest, oro och depression På så sätt kan beteendet träning påverka de psykologiska faktorer som påverkar patienter negativt. Fysisk träning påverkar även de fysiska faktorerna hos patienterna (Speck et al, 2010).

Fysioterapeuten kan genom återkoppling vid fysisk träning stärka patientens tilltro till sin förmåga att utföra fysisk träning

Self-efficacy är individens tilltro till sin förmåga att utföra specifika uppgifter i en specifik situation (Bandura, 1977). Detta kan innefatta tron på att exempelvis kunna utföra en specifik träningsövning på ett sjukhus med en träningsgrupp och en fysioterapeut närvarande. Bandura (1977), knyter begreppet self-efficacy till ordet stress. Stress är en subjektiv uppfattning av yttre eller inre krav som ställs på individen, som upplevs vara svåra att hantera. Mängden stress vi upplever antas bero på vår self-efficacy. Bandura (1977) beskriver

att låg self-efficacy kan leda till hög upplevelse av stress, och därmed kan hög self-efficacy leda till lägre stressnivåer. Exempelvis kan cancersjukdom, tidsbrist och svåra uppgifter upplevas som stress. Genom att individen upplever att den inte har kontroll över en stressad situation och upplever denna som ohållbar ökar risker för att ångest, oro och depression då individen upplever situationen som icke hanterbar enligt Bandura (1977).

Mastery experience är när en individ utför och lyckas erövra ett beteende som upplevs svårt eller utmanande (Bandura, 1977). Bandura säger även att genom att individen i fråga utför beteendet flertalet gånger ökas self-efficacy successivt vilket kan leda till mastery experience. Kopplat till gruppträning kan mastery experience uppnås när patienter tränar som en del av cancerrehabiliteringen, ju mer patienten upplever att träningen är tillfredsställande och överkomlig, desto högre blir self-efficacy i förhållande till gruppträningen. Exempelvis kan en person som upplevt tveksamhet och oro kring ett visst beteende få en känsla av att "jag kan".

1.7. Problemformulering

Fysioterapeuten har en viktig roll i detta då de organiserar och handleder gruppträningen för patienter med en cancersjukdom. Studier visar att patienter med cancers välmående påverkas i stor grad av flera olika faktorer. Fysioterapiunderstödd fysisk träning i grupp har visat sig ha en effekt på sjukdomsprogression och personligt välmående. Fysisk träning kan lindra biverkningar som uppkommer till följd av behandling, samt sjukdomsprogressionen sett från ett biologiskt perspektiv. Studier har undersökt vad det finns för upplevda biverkningar som följd av cancerbehandling, men det råder brist på studier som undersökt vad patienter har för upplevelser av gruppträning som rehabilitering. Genom att undersöka dessa upplevelser kan en större förståelse skapas inom hälso- och sjukvården för hur patienter med en cancersjukdom upplever gruppträningen. Vad patienterna upplever kring gruppträning kan möjligtvis påverka inställningen till behandling.

2. SYFTE

Syftet är att undersöka hur patienter med cancersjukdom upplever gruppträning, under eller efter cancerrelaterad behandling.

3. METOD OCH MATERIAL

3.1. Design

För att kunna besvara syftet har författarna till studien valt en deskriptiv kvalitativ design med induktiv ansats (Carter & Lubinsky, 2016). Denna design tillåter den subjektiva upplevelsen att ta fokus och baserar resultatet på patienternas individuella upplevelser och känslor (Olsson & Sörensen, 2007).

3.2. Urval

Studien har använt sig av ett ändamålsenligt urval. Personer som deltagit i studien var patienter med en cancersjukdom från en onkologmottagning. Initiala inklusions/exklusionsriterier för deltagande i gruppträningen bestämdes av verksamheten. Avgörande för urvalet som gjordes av verksamheten var vilken sorts cancerdiagnos patienterna haft, hur långt gången sjukdomen var, samt vilka förutsättningar patienterna haft till förbättring. Detta var en subjektiv bedömning som gjordes av personal på verksamheten. Därefter har urvalet av patienter, som gjorts av sjukhuset, kontaktats för undersökning av intresse om deltagande i studien inom träningsgruppen. Sex kvinnor har deltagit i studien. Det deltog fem personer från träningsperioden hösten 2019 och en person från våren 2019. Studiens inklusionskriterier var som följer, patienten har blivit diagnosticerad med en cancersjukdom, har varit med och tränat hela gruppträningsperioden, patienten utförde träningen under eller efter cytostatika- och/eller strålbehandling, patienten gav samtycke om deltagande i studien och talade flytande svenska.

3.3. Datainsamling

Datainsamlingen har bestått av två delar, insamling av bakgrundsinformation avseende framförallt cancerdiagnos samt semistrukturerade individuella intervjuer. Innan de semistrukturerade intervjuerna genomfördes hade bakgrundsinformation samlats in efter godkännandet från studiedeltagare. Detta godkännande förmedlades till kliniken, som i sin tur kontaktade oss och vidareförmedlade kontaktinformation till individer som godkände sitt deltagande i pappersformat. Detta för att underlätta hantering av data samt konfidentialitet. Datainsamlingen har genomförts med hjälp av semistrukturerade intervjuer som utformades med stöd av en intervjuguide (se bilaga B) innehållande frågor om deltagarnas upplevelse av gruppträningen. Intervjuerna har varit individuella, och genomförts efter en interventionsperiod för att ta reda på patienternas upplevelser kring gruppträningsperioden. Till en början ställdes sex öppna frågor till varje studiedeltagare, som efter två provintervjuer reviderades till åtta. Dessa huvudfrågor följdes upp med följdfrågor för att få en så detaljerad beskrivning av upplevelsorna som möjligt. Intervjuerna tog mellan 15 och 30 minuter. Intervjuplats bestämdes med varje enskild patient med hänsyn till patientens eget önskemål.

Fyra intervjuer ägde rum på Mälardalens högskola, en på ett sjukhus samt en hemma hos en av intervjupersonerna. Alla intervjuer utfördes i enskilda rum utan risk för att obehöriga skulle kunna ta del av det som sades.

3.4. Tillvägagångssätt

Till en början kontaktades verksamheten som organiserat gruppträning för patienter med en cancersjukdom angående tillåtelse för genomförandet av studien. Efter godkännandet och påskrivna intyg om godkänt genomförande, skickade behandlande fysioterapeut ut informationsbrev (se bilaga A) till aktuella deltagare via epost. Godkännande förmedlades till kliniken via epost. Kliniken kontaktade i sin tur författarparet och vidareförmedlade kontaktinformation till individer som godkände sitt deltagande i pappersformat. Detta gjordes för att underlätta hantering av data samt bevara konfidentialitet. De studiedeltagare som uttryckte sitt intresse kontaktades sedan av författarparet angående mötesplats och tid för intervjuer efter avslutad gruppträningsperiod. Först utfördes två provintervjuer och en modifiering av intervjuguiden genomfördes, genom att två bakgrundsfrågor lades till (se bilaga B). Provintervjuerna inkluderades inte i studiens resultat då frågorna som lades till ansågs vara så pass centrala att relevant information riskerade att uteslutas. Dessa tillagda frågor gjorde att författarparet fick en bättre helhetsbild av intervjupersonernas upplevelser kopplat till gruppträningen. Intervjuerna genomfördes och spelades in, där ena författaren höll i de individuella intervjuerna och den andra kompletterade vid behov. Under intervjutillfällena satt författarna mitt emot patienten. Intervjuerna inleddes genom att författarna presenterade sig, berättade om syftet med studien och att konfidentialitet skulle vidmakthållas. I slutet av varje intervjutillfälle samlades det skriftliga godkännande in.

3.5. Dataanalys

Till en början lyssnas intervjuinspelningarna igenom upprepade gånger för att skapa en uppfattning av materialet som samlats in. Det inspelade materialet transkriberades, sammanställdes, samt analyserades med hjälp av en induktiv ansats. Typen av innehållsanalys som valdes var manifest. Detta innefattar att man analyserar det manifesta innehållet som framkommer av datainsamlingen. Det utförs en analys av det som direkt uttrycks av intervjupersonerna, utan författarparets tolkningar av materialets innebörd (Lundman och Hällgren Graneheim, 2012).

En induktiv ansats är en innehållsanalys som används när det inte finns förutfattade teorier och åsikter om resultatets innehåll. Induktiv ansats valdes för att i möjligaste mån förebygga förutfattade meningar om studiens resultat. Detta innefattade att meningsbärande enheter identifierats och dessa innefattade centrala budskap som var av relevans för studiens syfte. Meningsbärande enheter bröts därmed ned till kondenserat material. Det kondenserade materialet är förkortning av de meningsbärande enheterna utan att det centrala budskapet ändras. Därefter kortades det kondenserade materialet ned till koder för att korta ned

budskapet ytterligare till dess mest centrala delar. Liknande koder som har samma budskap eller innehåll kopplas ihop och bildar under-kategorier. Dessa underkategorier bildar mer abstrakta huvudkategorier. Denna analysprocess används för att korta ned texten, utan att ändra det centrala innehåll som är av relevans. Texten som kodats och kategoriserats återspeglar centralt innehåll från datainsamlingen (Lundman och Graneheim, 2012).

Efter intervjuerna kodades intervjupersonerna för att bevara deltagarnas anonymitet. Varje intervjuperson blev en siffra som berodde på om man var först ut att bli intervjuad eller sist. Första intervjupersonen fick därmed siffran 1, andra personen siffran 2 och så vidare.

När materialet transkriberades valdes det att inte skriva med ljud som "mm" och "aa". Längre tystnad mitt i en mening markerades som tre punkter. Om ord sades flera gånger i rad efter varandra skrevs detta ord bara en gång i det transkriberade materialet. Dessa val gjordes för att kunna filtrera bort irrelevant data för analysen och därmed kunna öka fokus på det som är relevant. Detta ökar även flödet och därmed förenklar analysprocessen. Det inspelade materialet delades upp mellan författarna, så att man transkriberade hälften var. När det inspelade materialet var transkriberat, analyserade författarna detta tillsammans. En tabell gjordes (se tabell 1). Därefter skrevs först de meningsbärande enheterna från de transkriberade intervjuerna in i tabellen. Därefter bröts dessa meningsbärande enheter ned till kondenserat material och därefter till koder, underkategorier och kategorier som beskrivet ovan (se tabell 1). När koderna hade bildats skrevs dessa upp på post-it lappar för att enklare kunde sortera koderna med liknande budskap för att bilda underkategorier och kategorier. När kategorierna bildades, undersöktes det om dessa stämde överens med de initiala meningsbärande enheterna som togs ut. Detta gjordes för att försäkra att det centrala budskapet inte ändrats eller förvrängts under analysens gång.

Tabell 1. Exempel på utförande av dataanalysen. Ett * är för den kategori som saknar underkategori.

Meningsbärande enheter	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Jag har fått lite bättre kondition	Bättre kondition	Bättre kondition	*	Upplevda positiva effekter efter avslutad träning.
Alltså ja, vi var ju alla cancerpatienter. Så man peppar ju varandra lite grann sådär. Va bra det går och litet sånt.	Alla är cancerpatienter och peppar varandra.	Alla peppar varandra	Socialt stöd	Träningsmiljö

3.6. Etiska överväganden

För hänsyn till etiska aspekter har studien utgått från lagen om etikprövning och forskning som avser människor (SFS 2003:460), gällande tillfrågan om deltagande, hantering av datamaterial, risker eller problem samt åtgärder för minskning av eventuella risker. Lagen om information (SFS 2003:460) 16§, lagen om samtycke (SFS:2003:460, 17§) och lagen om återtagande av samtycke (SFS 2003:460, 19§) låg till grund för utformningen av informationsbrevet som lämnades ut till studiedeltagarna (se bilaga A).

Innan studien ägde rum har studiedeltagare informerats skriftligt. Denna information har innehållit en övergripande plan för studien, syftet med studien, vilka metoder som använts för datainsamling, vilka som var ansvariga för utförandet av studien, att deltagande var frivilligt samt att studiedeltagare haft rätten att avbryta sin medverkan under studien (se bilaga A). Det upplystes även om att intervjupersonernas nuvarande, eller framtida vård inte skulle komma att påverkas av att delta eller avbryta medverkan. Samtycket om deltagande i studien har skett skriftligt. Utifrån de etiska krav som fanns, har studien enbart kunnat uppfylla kravet om konfidentialitet (Vetenskapsrådet, 2002).

För att dessa krav skulle uppfyllas, har studien utförts enligt följande åtgärder. För att minska mängd uppgifter om intervjupersoner, har kliniken skickat ut informationsbrevet till studiedeltagarna. För att bevara konfidentialitet har intervjupersonerna omtalats med siffror, och varken namn eller personnummer har dokumenterats. Informationen om studiedeltagare samt insamlade data har förvarats inlåst på en säker plats. Inspelningar av intervjuer har genomförts med hjälp av telefon som är säkrad med kod och fingeravtryck. Dessa åtgärder har gjorts för att obehöriga inte skulle kunna ta del av de uppgifter som funnits samt att information inte kunnat spåras till enskilda individer (Vetenskapsrådet, 2002). Efter godkänt examensarbete kommer intervjuinspelningarna och andra dokument som innehåller känsliga uppgifter om intervjupersonerna raderades.

Risker med studien identifierades av författarparet. Det fanns en risk att studiedeltagarna skulle uppleva negativa känslor och tankar i samband med sin sjukdom och gruppträningsperioden. Detta medförde att eventuella frågor under intervjuerna har kunnat göra deltagarna mer medveten eller upplysta om negativa känslor, om dessa inte redan varit något deltagarna har haft möjlighet att hantera. Ytterligare risker eller etiska problem identifierades inte.

Om negativa känslor eller tankar uppstått har intervjuledare sett till att bemöta studiedeltagarna på ett professionellt sätt genom empati och förståelse. De har fått möjlighet att avbryta intervjun, eller dra sig ur studien om deltagaren så önskat. Detta har tydligt meddelats under intervjuerna för att undvika att deltagare ska ha känt sig pressade att fortsätta vara deltagande i studien på grund av deras tidigare samtycke om deltagande.

4. RESULTAT

Dataanalysen gjordes på grundlag av det material som uppkom under datainsamlingen. Dataanalysen resulterade i 8 underkategorier och 4 huvudkategorier (Se tabell 2). Resultatet framkommer nedan genom att varje kategori framställs som en rubrik och varje underkategori som underrubrik. På så sätt visas de resultat som framkommit under undersökning av cancerpatienters upplevelser kring gruppträning.

Tabell 2. Sammanställning av intervjuresultat i underkategorier och kategorier. Tecknet * innebär att kategorin saknar underkategori.

Underkategori	Kategori
Syn på träning	Motivation att träna
Att komma igång	
Vardagsrutin	
Distraktion från sjukdom	
Utformning av träningen	Träningsmiljö
Socialt stöd	
Negativa känslor kring träningen	Hinder för träning
Energibrist	
*	Upplevda positiva effekter efter avslutad träning.

4.1. Motivation att träna

I kategorin motivation till att träna, innefattas underkategorierna "Syn på träning" och "Att komma igång". Det handlar om individuell motivation till gruppträning i sig samt de aspekter som påverkar. I kategorin återspeglas deltagarnas positiva känslor till gruppträningen knutna till deras individuella motivation. Under intervjutillfällena framkom det att motivationen att träna påverkade deras känsla av att komma igång. Det framkom att det upplevdes att träningen blev en vardagsrutin samtidigt som den påtalades vara en distraktion från sjukdomen. Denna kategori tar upp påverkande faktorer som har hjälpt intervjupersonerna att fortsätta träna trots svårigheten att motivera sig själv.

Intervjupersoner hade tagit eget initiativ till att fråga om gruppträning fanns tillgänglig samt att de önskade delta. En upplevelse av att sjukdomen påverkade det psykiska måendet negativt beskrevs och det önskades få handledd träning med en ledare som väl förstod sjukdomen och deltagarnas fysiska och psykiska tillstånd.

4.1.1. Syn på träning

Träningen påtalades av intervjupersoner som motiverande och något man såg fram emot. Den omnämndes som rolig och motiverande i den formen av att få se andra deltagare i samma situation under träningstillfällena. Detta har påtalats vara en faktor som ökade den individuella motivationen och synen på själva träningen. Intervjupersoner har nämnt att de var fysiskt aktiva innan de fick sin cancerdiagnos och väl medvetna om att fysisk träning är en del av en hälsosam och sjukdomsförebyggande livsstil. Det framkom att man ville återgå till sin tidigare fysiska form då det påtalades att sjukdomsförloppet gjort att fysisk träning inte kom i förstahand på grund av ökad fatigue. Detta har gjort att intervjupersoner upplever att deras syn på träning har påverkat deras motivation att träna.

”Skillnaden var väl att jag kände att det går att göra någonting åt det här. Jag... Men jag måste göra det själv, det är ingen annan som kan göra det åt mig.” – Intervjuperson 2.

4.1.2. Att komma igång

Gruppträningen beskrevs som ett tillfälle att komma i gång med sin träning. Intervjupersoner berättade att träning hade varit svårt att orka med och ta tag i individuellt och att det var svårt att veta vad för typ av träning som behövdes. Det uttrycktes att det var en trygghet att ha en träningsledare att fråga då en osäkerhet påtalades om vilka övningar som var lämpliga att göra.

”Jag upplevde det väldigt bra, jag är väldigt glad för att jag gick där och det var jättebra sätt att försöka komma igång lite på det här cirkelträningen då både gruppen man träffade och träffades och ja, pratade och gjorde den här träningen då” -
Intervjuperson 4.

4.1.3. Vardagsrutin

Att få en rutin i sin vardag var något som uppskattades då intervjupersoner varit sjukskrivna under längre perioder. Att ha fasta dagar och tider för träning uttrycktes som en motiverande faktor. Detta var även en anledning till att intervjupersoner tränade trots negativt påverkande faktorer som energibrist och liknande.

”Bara det själva träningen var jättebra och lagom, det var väl en och en halv timme ungefär tror jag sammanlagt fast själva träningen kanske var lite kortare, bra grejer hela tiden där, och sen det var på onsdagarna” – Intervjuperson 4.

4.1.4. Distraction från sjukdom

Det beskrevs att de handledda träningstillfällena var positivt och som en distraction från sjukdomen genom att få komma iväg och göra något annat en stund. Det nämns att sjukdomen sprider mycket oro inombords och att de går i sina egna tankar när de är hemma

och sjukskrivna. Därför upplevdes träningen som en distraktion från dessa tankar samt känslan av att själv kunna ta kontroll för sin fysiska och psykiska hälsa.

”Man går ner sig ganska mycket, men i och med att man kommer iväg på sådan här gruppaktivitet gör att det blir positiv, det är en positiv känsla”- Intervjuperson 4.

4.2. Träningsmiljö

Upplevelserna som framkom kring gruppträning som rehabilitering var blandade. En viktig sak som togs upp var miljöns påverkan på upplevelserna av gruppträningen. Det handlade både om hur gruppträningen var utformad samt vilka personer som var med och deltog. Tydligt framkom det att miljön där gruppträningen hölls hade en positiv inverkan på upplevelsen. Intervjupersoner upplevde miljön som trygg och avslappnad, trots negativa aspekter kring vissa enskilda moment.

4.2.1. Utformning

Det framkom att utformningen och organiseringen av gruppträningen påverkade deltagarnas upplevelser. Det uttrycktes att individanpassningen var viktig på grund av restriktioner efter operationer och svårigheter med ork efter medicinsk behandling. Gruppträningen var utformad på det vis att alla kunde vara med att delta oavsett form och funktionsnivå samt möjligheten att stegra eller förenkla övningar. Möjligheten att kunna byta om och duscha på plats upplevdes som positiv medan cirkelträningen sågs som en bra möjlighet att träna hela kroppen. Det uttrycktes som positivt att hemträningsprogram delades ut, vilket gjorde att man kunde fortsätta träna hemma de dagar det inte var organiserad gruppträning. Detta skapade även en förutsättning för att man skulle kunna bibehålla sin fysiska form efter avslutad träning. Däremot beskrevs det att gruppträningsperioden pågick under för kort tid, att informationen inför träningen var sparsam samt möjligheten att fortsätta delta saknades. Man påtalade även ett missnöje med att gruppträningen inte kom tidigare i behandlingen. Det upplevdes att de kunde mått bättre under cancerbehandlingen om de hade fått möjlighet att börja träna tidigare.

”Man gjorde efter förmåga och det fanns ju, vi hade ju cirkelträning då då, stationsträning. Och så kunde man ju variera hur hårt man ville köra. Eh... Och det var ju några som kunde köra mycket hårdare då, och så var det några som körde lite försiktigare, och det var ju bra.” – Intervjuperson 5.

”Om jag hade redan från dag ett fått möjligheten att, när jag började mina cellgifter, fått möjlighet att gå med i någon träningsgrupp, jag hade hoppar ju på allting. Man är ju helt desperat, man hoppar på allt. Så det tror jag hade varit något som hade gjort att jag kanske hade mått bättre.” – Intervjuperson 6.

4.2.2. Socialt stöd

Intervjupersoner uttryckte det positivt träna i grupp. Ett socialt stöd upplevdes både från andra deltagare samt träningsledaren. Det nämndes att de kunde pusha sig själva när de såg andra som kämpade samt att deltagarna peppade varandra. Samtidigt uttrycktes det att det var en förlåtande miljö, att det fanns förståelse från både träningsledaren och gruppträningens deltagare. Man kunde vila, hoppa över vissa moment eller förenkla övningar vid behov då både träningsledaren och de andra deltagarna hade god förståelse för sjukdomstillståndet. Det nämndes även att gruppen i sig var källan till positiva känslor och skapade mycket skratt och glädje.

”Oftast kanske man tänker att, jaha varför orkar inte hon eller han och så men här var det liksom ingen diskussion, man förstår varandra på ett annat sätt och man skrattar åt varandra när man också inte orkade och satte sig på en stol och försökte göra några övningar så ah” – Intervjuperson 3.

4.3. Hinder för träning

Intervjupersoner pratade om motgångar och svårigheter med gruppträningen. Det var däremot inte gruppträningen i sig som upplevdes som hinder, utan personliga negativa känslor och/eller brist på energi som följd av behandlingar de fick. Dessa negativa upplevelser förknippades i samband med gruppträningen av studiens intervjupersoner.

4.3.1. Negativa känslor

Ett hinder för att genomföra gruppträningsperioden uttrycktes som negativa tankar och känslor. Intervjupersoner upplevde att gruppträningen inte hade någon större effekt på deras sjukdomstillstånd, vilket upplevdes som negativt. Intervjupersonerna uttryckte även svårigheter att komma igång med träningen. Det beskrevs att de upplevde sig som stillasittande och inaktiva under sjukdomstiden. Detta gjorde det svårt att motivera sig att komma igång. Det framgick att det fanns en **rädsla** bland träningsgruppen, som följd av dålig information, som gjorde att personer inte riktigt vågade ta ut sig fysiskt. Detta uttrycktes som rörelserädsla då det fanns oro för att träna när man hade varit såpass sjuk eller hade ärr postoperativt. Intervjupersoner nämnde även en rädsla för att förvärra sjukdomen eller att få komplikationer efter operationer. Upplevda biverkningar har intervjupersoner beskrivit påverkat upplevelsen av gruppträningen. Intervjupersoner har påtalat en stramhet i huden efter strålbehandling vilket gjorde det smärtsamt att ta på sig träningskläder och röra sig. Mag- och tarmproblem beskrevs som en negativ faktor som påverkade gruppträningen och håravfall har beskrivits vara jobbigt socialt. Intervjupersonerna upplevde att de skulle velat starta gruppträningen tidigare i sjukdomsförloppet och uppger att informationen från sjukhuset har varit bristfällig, framförallt gällande gruppträningen. Det framkommer även att det upplevdes svårt att komma in i en ny grupp. Det beskrevs nervositet och att det var obekvämt, både i träningslokalen och vid moment som att byta om och duscha. Intervjupersoner önskade flera träningsdagar i veckan och att endast ett tillfälle per vecka var

för lite för att uppleva någon större fysisk effekt såsom exempelvis ökad muskelstyrka eller bättre kondition.

”...som sådan grej kanske kan vara något som påverkar att man tycker att man inte vill ens kanske vill gå flera gånger om det är en jobbig situation, det där byta om och duscha” – Intervjuperson 1.

4.3.2. Energibrist

Som ovan nämnt sågs negativa känslor på som en motarbetande faktor för genomförande av gruppträningen. En annan motarbetande faktor var energibrist. Intervjupersoner uttryckte att de ibland hade svårt att orka träna. Både hela gruppträningsperioden och efter en särskild behandling. Det uttrycktes att trötthet förekom efter cellgifter och strålning. Det berättades att det var svårt att veta hur mycket man orkade göra, att energinivån var svår att förutse. Det uttrycktes även att det kunde uppstå ökad trötthet efter själva gruppträningen som kunde leda till ytterligare energibrist.

”Jag menar, i vanliga fall är vi ju människor det här med träning, man, får man en möjlighet att ligga i soffan så gör man det. Och man går under behandling så den styrkan många många gången högre än när man är frisk, att man vill bli kvar. Jag menar jag, man var ju så dålig att man orkade inte gå hundra meter ens” – Intervjuperson 4.

4.4. Upplevda positiva effekter

Under intervjutillfällena framkom det många olika upplevda effekter efter avslutad träningsperiod. Det uppges en känsla av bättre balans. Det berättas även om bättre kondition. Intervjupersoner uttryckte att de efter gruppträningsperioden orkade mer och hade mer energi. Intervjupersoner besvärades även av stela leder som följd av sin cytostatikabehandling och uttryckte en känsla av mjukare leder efter avslutad träningsperiod. Intervjupersoner uttryckte upplevelsen av bättre styrka i framförallt benen. Det var inte enbart fysiska effekter som nämndes bland intervjupersonerna. Det uttrycktes även en känsla av tillfredsställelse i samband med, och efter avslutad träningsperiod.

”Jag känner att jag kan göra mer. Jag ”dör” inte när jag går upp för trappen hemma, jag bor på tredje våningen.” – Intervjuperson 2.

5. DISKUSSION

5.1. Resultatsammanfattning

Syftet med studien var att undersöka vilka upplevelser som framkommer kring gruppträning för patienter med en cancersjukdom under pågående eller efter avslutad cancerrelaterad behandling. Detta resulterade i 4 huvudkategorier. Motivation att träna, Träningsmiljö, Hinder för träning och Upplevda positiva effekter efter avslutad träning. Intervjupersoner upplevde gruppträningen olika men de var eniga om att det var en positiv upplevelse överlag. Olika personer upplevde dock olika delar av gruppträningen som viktigast. För vissa var den fysiska träningen viktigast och för andra var det mest drivande att få komma hemifrån och träffa andra i samma situation. När frågan om vilka upplevda effekter som förekommit efter gruppträning eller hur det påverkat personernas sjukdomstillstånd rörde det olika uppfattningar om vad personerna fått ut av perioden. För vissa handlade det om ökad styrka, bättre kondition och balans, samt en känsla av att komma igång med träningen. För andra låg fokus på att ha roligt och att gruppen och träningsledaren var stöttande. Det nämndes även att intervjupersoner upplevde det positivt att träningen utfördes på sjukhuset, då man såg det som en förlåtande miljö. Det framkom även att informationen var bristande, samt kom sent i sjukdomsförloppet. Det nämndes även att man önskat få möjligheten att kunna fortsätta att träna organiserat efter avslutad gruppträningsperiod.

5.2. Resultatdiskussion

Intervjupersoner som deltagit i studien har ställt sig positiva till gruppträningen. Det upplevdes att träningen var givande och skapade en känsla av samhörighet av att vara i en grupp där människorna hade förståelse för sjukdomen, dess förlopp och behandling. Intervjupersoner upplevde att träningen kom bra i tiden då de upplevde att de inte hade orkat träna medan de fick cytostatikabehandling. Det framkom även att intervjupersoner har drabbats av håravfall, mag- och tarmproblem samt fatigue vilket stämmer överens med vad rapporten från SBU (2001) nämner. Stark et al. (2012) tar också upp dessa biverkningar i sin kvantitativa studie, vilket även stämmer överens med resultatet av denna kvalitativa studie. De personer som behandlats med strålning har även upplevt problem med smärta och stramhet i huden, vilket även visas som en vanligt förekommande biverkning av Klepp (2018). Det framkom en önskan om att få starta gruppträningen tidigare för att eventuellt minska de biverkningar cancerbehandlingen förde med sig. Mishra et al. (2012) stödjer även detta, då man visat på att träning kan ha en lindrande effekt på biverkningar som framkommer av den farmakologiska behandlingen.

Intervjupersoner har även behandlats genom operation där en tumör avlägsnats, vilket även Olsen (2019) skriver, är en vanlig behandlingsmetod vid cancer. Då dessa personer har haft ärr på kroppen och därefter inte kunnat träna fullt som de andra deltagarna har de fått anpassa gruppträningen därefter. Dessa intervjupersoner har dock upplevt att de fått ut lika

mycket av gruppträningen trots detta. Miljön och gruppträningens olika moment har tillåtit deltagarna att anpassa eller byta ut övningar och gjort att de ändå upplevt att de kan ta del av alla träningsmoment. Dessutom har intervjupersoner upplevt att träningen medfört att de känner sig mer säkra på att det inte medför någon ytterligare skada, som även tas upp av Larsson, Jönsson, Olsson, Gard & Johansson (2008).

Intervjupersoner påtalade en rädsla att eventuell träning skulle kunna medföra postoperativa komplikationer, som till exempel bråck eller att riskera att behöva göra om operationen. Det nämndes även att brist på information kring träning och cancer skulle kunna skapa rädsla och undvikande i förhållande till fysisk ansträngning, då intervjupersoner kunde uppleva att träningen kunde påverka välmående negativt. Rädsla och undvikande visas i en modell av Lethem et al. (1983). I modellen framställs vikten av uppfattning av skada, konfrontation och rädsla för rörelse som avgörande för hur en individ hanterar smärta och huruvida denna smärta blir långvarig. Intervjupersoner talar dock inte om smärta, utan om rädslan för rörelse och eventuell försämring, och att detta minskar lusten att träna. Samtidigt nämns det att detta konfronteras med hjälp av gruppträningen, vilket i sin tur har lett till att de börjat våga träna självständigt. Dessa personer upplevde att gruppträningen medfört att de kände sig mindre oroliga för eventuella komplikationer och fortsatt träning på egen hand, som även visas av Juvet et al. (2017).

Thomas et al. (2019) visar att gruppträningar handleda av fysioterapeuter kan vara en del av behandling för patienter med en cancersjukdom, vilket kan medföra att risken för inaktivitet under behandling och en känsla av att vara uttråkad kan reduceras. Detta kunde överföras till det resultat som framkom under intervjutillfällena. Av intervjupersonerna som deltagit i studien har flertalet ansett att det var positivt att gruppträningen var på en viss dag med fasta tider. Det medförde att vardagen fick en mening. Det framkom även att intervjupersoner blev distraherade från sjukdomen för en stund då de flesta var sjukskrivna under en längre period. Dessa personer angav att de fick något att se fram emot, som att få träffa de andra i gruppen och träna fysiskt. Intervjupersoner berättade att de kände sig gladare efteråt vilket även Kangas et al. (2008) diskuterar i sin metaanalys. De har också upplevt att de fått mer energi, alternativt lärt sig att fördela den. I en systematisk litteraturöversikt av Mishra et al. (2012) påvisas att minskad fatigue kan framkomma som resultat av en träningsintervention, vilket stämmer överens med intervjupersoners upplevelser.

Speck et al. (2010) visar i sin metaanalys att fysisk aktivitet under behandling av en cancersjukdom kan öka styrkan i övre- och nedre extremitet, höja livskvaliteten och den fysiska aktivitetsnivån. Det stämmer överens med resultatet av denna studie, då intervjupersoner påtalat en upplevd ökad styrka i benen och en ökad aktivitetsnivå i vardagen. Intervjupersoner har även berättat om en känsla av bättre balans och kondition efter avslutad gruppträning. Dock har Speck et al. (2010) granskat kvantitativa mätningar före och efter träningsinterventioner då det visat positiva effekter på styrkan i övre- och nedre extremitet. I examensarbetet har författarparet endast utgått från intervjupersonernas upplevelser och därför kan man fråga sig om man kan jämföra ett kvantitativt resultat med ett kvalitativt, och därefter dra en slutsats. Om mätningar hade gjorts före och efter träningsinterventionen kan resultatet varit annorlunda i jämförelse med den individuella

upplevelsen. En annan aspekt är att många av intervjuerna utförts en tid efter intervjupersonerna avslutat gruppträningsperioden vilket kan medföra att upplevelsen kan ha förskönats och i minnet upplevs som en mer positiv upplevelse än var den egentligen var.

Schmitz et al. (2005) nämner också att fysisk träning kan reducera oro, depression och cancerrelaterad fatigue. Intervjupersonerna berättade att de upplevt en ökad trötthet fysiskt och psykiskt under behandlingen. Det påtalades att de känt sig deppiga och haft dålig energi. Det upplevdes även mycket generella negativa känslor vilket påverkade deras upplevelse av gruppträningen. Dessa negativa känslor kan även kopplas till Banduras (1977) beskrivning av stress, vilket även förklarar sambandet mellan sjukdomen som stress och patienternas nedstämdhet. Dock har intervjupersonerna berättat att de upplevt att gruppträningsperioden har påverkat det psykiska måendet positivt, vilket även stöds av Schmitz et al. (2005).

Psykosociala interventioner i kombination med träning kan också minska cancerrelaterad fatigue enligt Kangas et al. (2008). Intervjupersoner upplevde ökad energi av träningen samt från det sociala stödet av att träna i grupp. Det påtalades att deltagarna peppade varandra men samtidigt hade förståelse för vad varje person gick igenom, vilket kan kopplas till begreppet kollektiv efficacy som Bandura (1971) beskriver. Detta upplevdes av intervjupersoner vara en avgörande anledning till varför de valde att fortsätta genomföra träningen, trots besvär med biverkningar och minskade energinivåer.

Som Hojman et al. (2018) skriver ökar fysisk aktivitet bland annat genomblödningen i vävnaderna, cellförnyelsen, har en positiv inverkan på immunförsvaret samt hjälper kroppen att hantera kroniska inflammationer och infektioner. De beskriver även att det kan reducera sjukdomens progression samt bromsa metastasbildning. Intervjupersonerna berättade att de hade en positiv inställning till träningen. De var väl medvetna om att fysisk aktivitet överlag är hälsosamt, kan bromsa metastasbildning, förebygga en framtida cancersjukdom och är en förutsättning för ett fortsatt hälsosamt liv, vilket påtalades som en motivationsökande faktor. Deltagarna berättade att de såg gruppträningen som ett sätt att komma igång och få upp sin fysiska aktivitetsnivå samt ha en träningsledare som anpassar och utformar träningen. De beskrev att de fått en ökad motivation till att fortsätta träna på egen hand efter det att gruppträningsperioden var över. Intervjupersoner angav att de fått ut mycket av träningen och såg det som en stor del av rehabiliteringen inför att kunna återgå till vardag efter sjukdomen.

En annan aspekt som kan tänkas haft en inverkan på resultatet gällde intervjupersonernas tidigare aktivitetsnivå. Hur fysiskt aktiva personerna varit tidigare och vilken relation till träning de haft innan sjukdomen kan ha påverkat inställningen till gruppträningen. En ytterligare faktor kan ha varit hur aktiva personerna varit under cancerrehabiliteringen utöver gruppträningen. Det kan i sig ha påverkat de upplevda effekterna, som exempelvis ökad energi eller bättre kondition och styrka. Hade författarparet tagit hänsyn till detta och frågat om fysisk aktivitet utöver gruppträningen hade resultatet kunnat få ett annat utfall och de upplevda effekterna hade eventuellt kunnat skiljas åt, beroende på om personerna endast tränat under gruppträningen eller varit fysiskt aktiva under en större del av träningsperioden.

Intervjupersonernas upplevelser i förhållande till gruppträningen kan kopplas till den socialkognitiva teorin, som enligt Bandura (1977) innebär att människor agerar i samspel mellan individ, miljö och beteende. På individnivå ingick personernas cancerdiagnos och biologiska förutsättningar, miljön kopplades till gruppen som strävade efter samma mål och beteende innefattade utförande av den organiserade träningen.

Under individfaktorerna ingick bland annat intervjupersonernas olika uppfattningar om vilka effekter som framkom av gruppträningen. Där ingick bättre kondition, balans och ökad styrka i nedre extremitet. Det framkom även att den rädsla som fanns för eventuella komplikationer minskade succesivt ju längre in i träningsperioden personerna kom. Individernas motivation spelade en roll för utfallet av träningen. De framkom att motivationen steg ju mer man upplevde att man klarade av trots den ökade trötthet som upplevts efter den farmakologiska behandlingen. Viljan att bli frisk och få återgå till livet före sjukdomen var även den en motiverande faktor. Det framkom att man fysisk ville återfå den form man haft tidigare.

Miljön kunde innefatta gruppen och sjukhuset där gruppträningen ägde rum. Man beskrev en trygghetskänsla till platsen och en förlåtande miljö. Det framkom att det var positivt att deltagare var i samma situation och att träningsledaren hade förståelse för sjukdomen samt dess behandling och följd. Att träna på ett vanligt gym beskrevs som jobbigt på grund av ärr efter operationer och håravfall efter farmakologisk behandling. Därför upplevdes platsen för gruppträningen som trygg och personerna påtalade en känsla av bekvämlighet. Intervjupersonerna nämner att gruppdeltagarna skapat glädje, skratt, stöttning och vänskap sinsemellan under en period som var både fysiskt och psykiskt påfrestande.

Intervjupersonernas beteende ansågs vara utförandet av gruppträningen. Exempelvis hur de tränade under tillfällena, vilka övningar de utförde och hur mycket de tog ut sig fysiskt under träningstillfällena. Beteendet i sig kunde vara att de tränade och att de ibland tog sig dit trots en ökad trötthet och minskad energi, om de duschade och bytte om på plats eller hur de interagerade med de andra deltagarna.

Individen, miljön och beteendet hos intervjupersonerna har ansetts samspela med varandra. Motivationen har påverkat deras beteende när de utförde träningen. Miljön, i form av gruppen påverkade i sin tur de enskilda individerna genom att de pushade varandra vilket påverkade beteendet genom ett bättre utförande av träningen.

Det har under intervjuerna nämnts att det var positivt att träna i grupp vilket har kopplats till begreppen kollektiv efficacy och modellinläring. Enligt Bandura (1977) innebär kollektiv efficacy att gruppen stöttade varandra i träningen och siktade mot samma mål. Det kan tänkas ha påverkat utfallet för varje individs upplevelse och höjt intervjupersoners self-efficacy, genom att de upplevt att de klarat av att genomföra gruppträningen på sjukhuset med den gruppen personer som närvarat vid tillfällena. Modellinläring har beskrivits genom att intervjupersoner observerat varandra under träning och beskrivit en känsla av "kan de, kan jag". Detta stämmer överens med Banduras (1977) förklaring av hur en grupp

kan påverka individers motivation och tilltro till sin förmåga. Det har beskrivits som ett skäl att våga pusha sig själv ytterligare då deltagare upplevt att fysisk träning inte är farligt trots en svår sjukdom, samtidigt som detta ökat personernas motivation och syn på träning. En oro och osäkerhet beskrevs av att träna med sjukdom, efter operationer och farmakologiska behandlingar. Dock minskade oron och osäkerheten efter att träningen startat och känslor av att lyckas träna trots dessa faktorer beskrevs. Detta stämmer överens med studien (Speck et al, 2010). Trots att träningen påtalades som ett orosmoment upplevdes det som mindre relevant ju längre in i träningsperioden intervjupersonerna kom. Detta kan kopplas till Banduras (1977) begrepp *mastery experience*, vilket innebär att en persons *self-efficacy* ökar i och med att ett beteende som upplevts svårt och utmanande utförs flertalet gånger.

Enligt examensarbetets resultat skulle man kunna tyda en växelverkan mellan de tre olika delarna i den socialkognitiva teorin. Bandura (1977) beskrev dessa delar som individ, miljö och beteende. Det skulle kunna anses att miljöfaktorerna, vilket är det sociala sammanhanget i gruppen och fysioterapeutens stöd och kompetens har medfört att intervjupersonerna har velat fortsätta att utföra beteendet träning. Träningen har i sin tur kunnat leda till de positiva upplevda effekterna intervjupersoner nämner, som exempelvis bättre styrka, kondition och energinivå. Dessa upplevda positiva effekter skulle kunna kopplas till individen. På så vis skulle man eventuellt kunna tyda ett samband mellan gruppträningen och den socialkognitiva teorin. Dessa upplevda positiva effekter bekräftar även den kvantitativa forskningen som visar på biologiska effekter kopplat till gruppträning för patienter med en cancersjukdom (Mishra et al. 2012; Speck et al. 2010; Kangas et al. 2008; Juvet et al. 2017),

5.3. Metoddiskussion

5.3.1. Design

För besvara syftet med studien undersöktes upplevelser som framkom av gruppträning med hjälp av en kvalitativ design. Denna design valdes då den subjektiva upplevelsen tillåts ta fokus då resultaten har baserats på patienternas individuella upplevelser och känslor (Olsson & Sörensen, 2007).

En kvantitativ design utgår från en teori som stöds av forskningsmaterial eller tidigare erfarenheter (Olsson & Sörensen, 2007). Enligt Berg (2004) är den kvantitativa ansatsen värderingsfri och, mäter och jämför variabler. Det finns en brist på studier som dokumenterar cancerpatienters upplevelser kring gruppträning. Därför hade inte författarparet antaganden eller teorier om vad patienternas upplevelser innefattade. Syftet med studien var inte att undersöka förändring över tid eller att jämföra olika grupper med hjälp av kvantitativa data, därmed ansågs det att en kvantitativ design inte var lämplig för detta examensarbets syfte. Däremot hade man, utifrån den kvantitativa evidens som finns, kunnat bilda en teori och genom enkäter besvara examensarbetets syfte. Sett från detta perspektiv hade kvantitativ design kunnat vara lämplig för arbetet.

Kvalitativa studier har en låg grad av överförbarhet då människors subjektiva känslor inte kan generaliseras (Bentsson, 2016). Bristande analytisk förmåga och intervjuteknik kunde skapat en risk för studiens giltighet (Luciani, Campbell, Whitmore, Di Mauro, Jack, 2019). Samtidigt är det mycket viktigt att studera människors upplevelser och känslor inom hälso- och sjukvården, då syftet med vården är att främja hälsa oberoende av om det är kroppsliga eller känslomässiga besvär.

Tanken bakom val av forskningsdesign var att möjliggöra undersökning av individers upplevelser och få ett så brett perspektiv på examensarbetets ämne som möjligt. Enligt Carter & Lubinsky (2016), bör mätningar enligt designen single-case göras flera gånger över tid. Detta ansågs inte vara relevant då syftet med denna uppsats inte är att mäta. Eftersom författarparet var ute efter den subjektiva upplevelsen efter avslutad träning där endast en mätning i form av intervju ägt rum, antogs det att single-case inte var en lämplig design för studien.

5.3.2. Urval

Studiens initiala exklusionskriterier bestämdes av verksamheten som organiserade gruppträningen. Som tidigare nämnts berodde verksamhetens urval på bland annat cancerdiagnos och prognos. Utöver detta är det ovisst om vilka kriterier, eller om de finns över huvud taget, som avgör vilka som får erbjudandet att delta på gruppträning. Författarparet har inte fått någon tydlig information kring vilka kriterier som fanns för att patienter skulle få erbjudande att delta i författarparets studie. Enligt författarparets uppfattning gjordes en subjektiv bedömning av varje patient i verksamheten. Detta urval från de patienter som ingick i gruppträningsperioden, var svårt att påverka, och därmed svårt att diskutera huruvida det hade sett ut om verksamhetens urval hade varit annorlunda. I studien deltog det sex kvinnor. Det finns en möjlighet att resultatet hade sett annorlunda ut om det enbart var män som intervjuades, eller om könen var jämt fördelade. Trovärdigheten i en studie ökar om populationen varierar i ålder (Lundman & Graneheim, 2017). Detta kan ha påverkat resultatet då många av de som deltog var i medelåldern. Hade åldersspannet hos intervjupersonerna varit bredare, finns det en möjlighet att det hade resulterat i mer varierad data.

Ett av studiens inklusionskriterier var att intervjupersonerna skulle ha deltagit under hela gruppträningsperioden. Därmed utgjorde detta kriterium risken att deltagarna enbart hade en positiv inställning till träning och därmed kom inte negativa aspekter kring gruppträningen fram. Det kan antas att de som haft negativa tankar och känslor kring gruppträningen inte deltar hela perioden och därmed utesluts från studien. Urvalet ska eftersträva en population med stor variation av erfarenheter för att uppnå en bredd i resultatet (Rosberg, 2017). Det skulle även kunnat medföra att resultatet vore annorlunda om inklusionskriteriet vore ändrat till att man deltagit på gruppträningen åtminstone ett fåtal gånger. Däremot skulle detta kunna medföra att intervjupersoner berättar om en bild de skapat efter endast ett träningstillfälle. Det kan heller inte avgöras hur denna bild hade sett ut om de hade fortsatt gå trots sina negativa upplevelser. Enligt Lundman & Graneheim (2017) ökar trovärdigheten i en studie om populationen även varierar i erfarenheter. I texten

ovan framkommer att det saknades negativa erfarenheter kring gruppträning, vilket in sin tur minskar examensarbetets trovärdighet.

Ett annat inklusionskriterie var att patienten skulle ha utfört gruppträningen under eller efter avslutad cytostatika-/strålbehandling. Detta kriteriet öppnade upp för fler individer att ha möjligheten att delta i studien och därmed ge ett bredare resultat med fler upplevelser. Hade däremot detta kriteriet ändrats till antingen avslutad eller pågående behandling kunde resultatet blivit lättare att koppla eller utesluta patientens behandling som en påverkande faktor.

Sista inklusionskriteriet var att intervjupersonerna talade flytande svenska. Detta kriteriet valdes för att minska risken för missförstånd mellan författare och intervjupersoner. Detta sågs på som viktigt för författarparet då det ansågs att förstå och återberätta intervjupersonernas upplevelser var en avgörande faktor för att besvara studiens syfte. Å andra sidan skulle undersökningen av utländska individers upplevelser kunna avvika från svenska personers upplevelse och därmed ge ett annat resultat.

Patienternas diagnos skrevs inte ut i uppsatsen för att bevara konfidentialitet. Eftersom det var ett lågt antal deltagare och vissa personer hade cancerdiagnoser som var mindre vanliga, fanns det en risk för att material från datainsamlingen skulle kunna härledas tillbaka till dessa intervjupersoner.

5.3.3. *Datainsamling*

För att besvara syftet på bästa möjliga sätt valdes det att göra semistrukturerade intervjuer med låg grad av strukturering enligt en intervjuguide (se bilaga B). Då syftet med studien var att ta reda på subjektiva upplevelser kring gruppträning anses detta ha kunnat öka möjligheten att få svar kopplade till syftet som vid en intervju med hög strukturering hade kunnat utebli (Olsson & Sörensen, 2007). Enligt Carter & Lubinsky (2016) är detta en lämplig datainsamlingsmetod för examensarbetets syfte och den valda designen.

Fördelarna med semistrukturerade intervjuer var att det ställdes öppna frågor vilket gav intervjupersonerna möjligheten att fritt uttrycka sina personliga känslor och åsikter kring gruppträning. Enligt Bengtsson (2016) skapar detta ett mer nyanserat resultat vilket annars kunnat utebli. Nackdelarna med semistrukturerade intervjuer utan slutna frågor och konkreta svar var att intervjupersonernas svar kunde vara svåra att tolka, vilket även bekräftas av Bengtsson (2016). En annan nackdel med denna metod var att svaren intervjupersonerna gav inte alltid innehöll den information som var relevant för författarparet och därmed inte blev relevant för studien. Då frågorna som ställdes var öppna, upplevde författarparet att intervjupersonerna hade svårt att veta vad de skulle svara, därmed uppstod det tillfällen när intervjupersonerna inte svarade på frågorna som ställdes. Båda författarna var närvarade under alla intervjutillfällena med samma intervjuledare som höll i intervjun. Detta för att alla tillfällen skulle vara så lika som möjligt och därmed minska antal felkällor.

Strukturerade intervjuer, med slutna frågor och konkreta svar, hade tagit bort möjligheten för intervjupersonen att uttrycka sig öppet kring sina upplevelser och hade därmed kunnat leda till otillräckliga resultat (Bengtsson, 2016). Detta med tanke på att strukturerad intervju inte gett möjligheten att ställa följdfrågor och bygga vidare på studiedeltagares svar, därmed valdes denna metod bort.

En faktor som kunnat påverka resultatet av intervju svaren kan vara att författarparet intervjuat en viss typ av grupp och därför fått liknande svar. Detta beskriver även Lundman och Graneheim (2017), att en homogen grupp kan minska trovärdigheten ett resultats trovärdighet. De som intervjuats har ställt sig positiva gentemot gruppträningen vilket kan tänkas bero på att det är just dessa personer som väljer att ställa upp på en sådan intervju. Studien har inte heller uppnått mättnad då intervjuerna varit för få och det har framkommit ny information vid varje intervjutillfälle. Skulle syftet varit att uppnå mättnad skulle författarparet utfört flera intervjuer med ett smalare forskningsområde. Det kan även tänkas att ytterligare tankar hade kommit fram om fler och längre intervjuer gjorts. Å andra sidan var författarparet intresserade av de spontana tankar som uppkom vid de frågor som ställdes till intervjupersonerna för att undvika att patienterna skulle bli riktade åt något specifikt svar.

Under studiens gång har författarparets intervjuteknik succesivt förbättrats med antal intervjuer som genomförts vilket kan tyda på att sista intervjun genomförts med bättre kvalitet jämfört med första tillfället. Med kvalitet menas lämpliga följdfrågor, förmågan att identifiera ord som ombeds utvecklas samt författarparets säkerhet i rollen som intervjuledare. Eftersom många av svaren intervjupersonerna angett liknat varandra finns en risk att författarparet omedvetet fört in intervjupersonerna på liknande svar då svaren har kunnat förutses. Detta anses vara en risk med intervjuer, och anses som ett metodfel (Kjellström, 2017). Dock har författarparet utgått från intervjuguiden och samma frågor har ställts till alla deltagare (se bilaga B). En skillnad har varit att följdfrågorna har kunnat skilja sig beroende på vad intervjupersonerna svarat.

En risk finns att intervjupersonerna har undvikit negativa aspekter kring sina upplevelser för att undvika eventuella konsekvenser av sina svar, trots tydlig information om att svaren inte kunnat härledas till en viss person. Eftersom intervjupersonerna inte ingått i samma grupp under samma tid har träningstillfällena legat olika långt bak i tiden för olika intervjupersoner. Det antas att ju längre tid som gått, desto mer kan upplevelserna ha förvrängts beroende på personens inställning och sinnesstämning.

5.3.4. Tillvägagångssätt

I början av studien kontaktades verksamheten som organiserar gruppträning angående godkännande, information och utskick av informationsbrev till potentiella studiedeltagare (se bilaga A). Den valda utskicksmetoden anses vara den lämpligast för att minska risken för brott mot konfidentialitet. Det anses att desto mindre personuppgifter som utlämnats, desto mindre är risken för att obehöriga kommer åt den insamlade informationen.

Innan varje intervju gavs information kring arbetet samt studiens syfte. En risk med det är att för mycket/för lite information kan vilseleda patienten, på det vis att intervjupersonen skulle kunna få ett intryck att författarparets förväntar vissa typer av svar alternativt ställer krav på intervjupersonens svar.

Studiedeltagare, efter samtycke om deltagande, kontaktades angående mötesplats och tid för intervjutillfälle. Fördelen med att studiedeltagare får välja intervjuplatsen skapar en större bekvämlighet för studiedeltagare, samt kan bidra att öka förtroende för studien och författarparet. På detta vis kommer det även skapas ett samarbetsvilligt klimat, som förhoppningsvis bidrar till att studiedeltagare lämnar så bra upplysningar som möjligt (Olsson & Sörensen, 2007). Till studiens fördel valdes aldrig offentliga eller folkfyllda platser av deltagare, därmed förekom aldrig störande moment under intervjutillfällena. Fysiska träffar med intervjupersonerna kan anses vara en fördel då detta kan skapa möjligheten att uppleva en bättre personlig relation enligt Jacobsen (2012).

Att intervjuerna har utförts på olika platser kan ha påverkat intervjusvaren beroende på hur bekväma patienterna känt sig att svara på frågorna. Däremot har hänsyn tagits till platsen för intervju utifrån patientens önskemål vilket ansågs vara en förutsättning för att de skulle känna sig så bekväma som möjligt.

Under intervjuerna satt författarparet mitt emot intervjupersonen. Detta gjordes av bekvämlighetsskäl då författarparet oftast satt runt ett rektangulärt bord. Detta gjorde att valet stod mellan att sitta bredvid patienten eller mitt emot. Det bestämdes att det var lämpligast att sitta mitt emot patienten för att man då inte satt obekvämt nära intervjupersonen och samtidigt kunde observera kroppsspråk och mimik.

5.3.5. *Analys*

Då författarparet har valt att inte utgå från en teori när data analyserats faller studien under en induktiv ansats som vanligen används vid kvalitativa metoder. Den utgår från upptäckter som görs under studiens gång som sedan kan skapa en teori. Nackdelar är att det är svårt att anta vilka resultat som kan uppkomma vid intervjutillfällena och därför medföra svårigheter att formulera en lämplig intervjuguide (Olsson & Sörensen, 2007).

En deduktiv ansats valdes bort då den grundar sig i ett antagande som görs innan de verkliga förhållandena undersökts, vilket inte har gjorts i denna studie som följd av bristande kunskap. En deduktiv ansats används ofta i kvantitativa studier man kan även användas vid kvalitativ design (Olsson & Sörensen, 2007). Innehållsanalysen som valdes var manifest, då resultat grundades i det intervjupersonerna har uttryckt utan eventuella tolkningar. Hade det valts att göra en latent innehållsanalys finns det en sannolikhet för att resultatet hade blivit annorlunda. I en latent innehållsanalys strävar man efter att hitta en underliggande mening bland den data som samlats in, vilket är motsatsen till en manifest innehållsanalys, där man istället strävar efter att noggrant beskriva precis vad deltagarna sagt under intervjutillfällena (Bengtsson, 2016). En latent innehållsanalys bortvaldes då det önskades att förmedla de

konkreta upplevelserna som framkom under datainsamlingen.

Under intervjutillfällena dokumenterades inte patientens ansiktsuttryck eller känslor vilket hade kunnat ge en tydligare bild av hur patienten känner kring frågorna som ställs och svaren som ges. Däremot kan detta anses som positivt då det tillåter författarparet att objektivt tolka patientens ord utan känslomässig påverkan på analysen.

5.3.6. Styrkor och svagheter

Det är upp till läsaren att avgöra huruvida denna studiens resultat kan överföras till andra organiserade gruppträningar för patienter som har drabbats av cancer (Lundman & Graneheim, 2012). En svaghet med studien är att författarparets kunskap kring intervjuteknik och utförande är begränsad vilket kan medföra att intervjuerna och intervjupersonernas svar blir av sämre kvalitet. Detta antagandet görs på bakgrund av oerfarenhet hos författarparet då det är den första intervjustudien som utförs. Dessutom är författarparet oerfarna när det gäller utförande av innehållsanalyser, vilket minskar studiens tillförlitlighet. Lundman och Graneheim (2012) uttrycker att större kunskap och erfarenhet kring kvalitativ innehållsanalys leder till ett bättre resultat. Om större erfarenhet av en dataanalys hade funnits kunde det ha resulterat i andra underkategorier och kategorier som i sin tur hade kunnat skapa en annan bild av materialet. Enligt Lundman och Graneheim (2012), kommer det alltid föreligga en viss grad av tolkning när material analyseras med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. Detta påverkar resultatets trovärdighet. En annan nackdel är att följdfrågorna skiljt sig utifrån vad personerna givit för svar. Det kan tänkas ha påverkat de svar som intervjupersonerna angivit, alternativt att ytterligare information uppkommit.

Under analysen har resultatet diskuterats mellan författarparet flertalet gånger samt med övriga medlemmar och handledare vid grupphandledningstillfällena, vilket ökar tillförlitligheten för studien. Vad gäller underkategorier och kategorier har de reviderats för att göra resultatet så konkret som möjligt. En annan fördel är att intervjufrågorna utgick från intervjuguiden vilket medför att samma frågor ställs till alla intervjupersoner, vilket stärker tillförlitligheten ytterligare. I uppsatsens resultat finns citat från intervjupersoner, vilket förstärker studiens giltighet (Lundman och Graneheim, 2012).

5.4. Etikdiskussion

Enligt författarparet framkom förutsedda risker under datainsamlingen. Intervjupersoner uttryckte negativa känslor och emotioner i samband med frågor som ställdes under intervjutillfällena. Författarparet var redan innan datainsamlingen medvetna om att detta kunde vara en risk som medförde svårigheter och bemötte detta med försiktighet, empati och förståelse. Att intervjuerna upplevdes som känslomässigt jobbiga av intervjupersonerna var en risk för studiens resultat. Om någon önskat avbryta sin medverkan hade resultatet blivit bristande.

Dessa etiska risker förhindrades genom att före intervjuernas genomförande meddela intervjupersoner om att vissa frågor kunde uppfattas som känsliga och att det var okej att avbryta intervjun, ta en paus eller välja att inte svara på frågorna om detta önskades. Om det under intervjun upptäcktes att det blev känsligt så upprepades informationen om paus eller avbrytande vid önskemål. Detta gjordes för att intervjupersoner inte skulle känna sig skyldiga att fullfölja trots ett muntligt och skriftligt samtycke till deltagande. Det ansågs att författarparet lyckades hantera de risker som uppstod, därmed anses inte de etiska aspekterna kring arbetet ha påverkat studiens resultat.

6. SLUTSATSER

Resultatet visar på att intervjupersoner ställer sig positiva till den fysioterapeut-handledda gruppträningen och upplever att de haft många positiva känslor kopplade till både den fysiska träningen samt möjligheten att träffa andra i samma situation och bli instruerade av en fysioterapeut. Det framkommer att upplevelserna av gruppträningen påverkades av både biomedicinska, psykologiska och sociala faktorer. Att träna tillsammans med andra personer med en cancerdiagnos har gjort att intervjupersonerna upplevt en samhörighet, empati och förståelse för varandra som grupp. Det beskrevs att det var positivt att deltagarna var i samma situation och siktade mot samma mål. Det nämndes att gruppträningen var ett tillfälle att få komma igång med träningen igen efter sjukdomen, att styrkan i benen och konditionen ökat samt gav en lärdom av att kunna förhålla sig till nya ärr efter operationer. Intervjupersoner beskrev att de lärt sig att hantera sin minskade energi efter behandling samt hur man senare kan fortsätta träna på egen hand. Det framkom dock en önskan om fortsatt handledd träning i grupp. Dessutom önskades det tydligare och snabbare information och en tidigare start av gruppträningen då biverkningar efter behandling hade önskat reduceras. Det framkom att intervjupersoner ansåg att träningsperioden var en bra rehabilitering inför att återigen komma igång med vardag- och arbetsliv efter sjukdomen. Resultatet skulle eventuellt kunna kopplas till den socialkognitiva teorin och tyda på en växelverkan mellan individuella, beteendemässiga och omgivningsfaktorer. Det skulle även eventuellt kunna anses att uppsatsens resultat bekräftar den kvantitativa forskning som presenteras, sett från ett upplevelses perspektiv.

7. KLINISK BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING

Uppsatsen kan, genom att lyfta och uppmärksamma vad cancerpatienter upplever under gruppträning, ge fysioterapeuter en djupare förståelse för patienters uppfattning och känslor

kring gruppträning. Denna information kan förhoppningsvis användas för att utveckla och förbättra gruppträningens innehåll och utformning.

Eftersom urvalet i denna studie enbart gällde de som fullföljt träningen vore det intressant att undersöka upplevelserna hos alla patienter med en cancersjukdom som fick erbjudandet att delta på gruppträningen, oberoende av följsamheten till gruppträningen. Att inkludera dessa patienter hade eventuellt kunnat få fram flera negativa aspekter och ge en förståelse för varför de valde att avsluta träningsperioden. Genom att göra detta kan man lättare identifiera brister med gruppträningen och på så sätt göra en insats för att få flera gruppträningsdeltagare.

REFERENSLISTA

- Ahmed, R. L., Thomas, W., Yee, D., & Schmitz, K. H. (2006). Randomized Controlled Trial of Weight Training and Lymphedema in Breast Cancer Survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 24(18), 2765-2973. doi: 10.1200/JCO.2005.03.6749
- Bandura, A. (1977) Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2, 8-14. doi: 10.1016/j.npls.2016.01.001
- Berg, B.L. (2004). Qualitative research methods for the social sciences. (5. ed.) Boston, Mass.: Pearson.
- Broberg, C., & Lenné, R. (2017). *Fysioterapi: Profession och vetenskap*. Stockholm: Fysioterapeuternas förbundsstyrelse.
- Cancer. (u.å.) *Nationalencyklopedin*. Hämtad 11. November, 2019, från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/cancer>
- Carter, R. E., & Lubinsky, J. (2016). *Rehabilitation Research: Principles and Applications*. (5:e upplagan). Philadelphia: Elsevier.
- Denison, C., & Åsenlöf, P. (2012). *Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnastik*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Illustrerade medicinska sjukdomar: patofysiologi, omvårdnad, behandling*. (3:e upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- FYSS. (2011). *Rekommendationer om fysisk aktivitet*. Järna: yrkesföreningar fysisk aktivitet.
- FYSS. (2017). *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Läkartidningen förlag AB.
- Hojman, P., Gehl, J., Christensen, J. F., & Pedersen, B. K. (2018). Molecular Mechanisms Linking Exercise to Cancer Prevention and Treatment. *CellPress*, 27(1), 10–21. doi: 10.1016/j.cmet.2017.09.015
- Jacobsen, D.I. (2012). Förståelse, beskrivning och förklaring: introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete. (2., uppdaterade och utök. uppl.) Lund: Studentlitteratur
- Juvet, L. K., Thune, I., Elvsaa, I, K, Ø., Fors, E, A., Lundgren, S., Bertheussen, G., Leivseth, G., & Oldervoll, L, M. (2017). The effect of exercise on fatigue and physical functioning

- in breast cancer patients during and after treatment and at a 6 months follow up: A meta-analysis. *The Breast*. 33, 166-177. doi: 10.1016/j.breast.2017.04.003
- Kangas, M., Bovbjerg, D. H., & Montgomery, G. H. (2008). Cancer-related fatigue: A systematic and meta-analytic review of non-pharmacological therapies for cancerpatients. *Psychological Bulletin*, 135(5), 700–741. doi: 10.1037/a0014650
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl., s. 57-74). Lund: Studentlitteratur AB.
- Klepp, O. (2018). Strålebehandling. *Store medisinske leksikon*. Hämtad 3 juni, 2019, från <https://sml.snl.no/str%C3%A5lebehandling>
- Larsson, I. L., Jönsson, C., Olsson, A. C., Gard, G., Johansson, K. (2008). Women's experience of physical activity following breast cancer treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 422-429. doi:/10.1111/j.1471-6712.2007.00546.x
- Luciani, M., Campbell, K. A., Whitmore, C., Di Mauro, S., Jack, S. M. (2019). How to critically appraise a qualitative health research study. *Professioni infermieristiche*, 72(4), 283-293.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2:a uppl.). (s. 187–201). Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017) Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 219–234) Lund: Studentlitteratur.
- Mishra, S., Sherer R. W., Geigle, P. M., Berlanstein, D. R., Topaloglu, O., Gotay, C. C., & Snyder, C. (2012). Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). doi:10.1002/14651858.CD007566.pub2
- Olsen, T. K. (2019). Kreftkirurgi. *Store medisinske leksikon*. Hämtad 7 januari, 2020, från <https://sml.snl.no/kreftkirurgi>
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (2:a upplagan). Stockholm: Liber.
- Pehrsson, A. (Folkhälsoinstitutet). (1997). *Vårt behov av rörelse: en idéskrift om fysisk aktivitet och folkhälsa*. Stockholm: Gothia: Folkhälsoinstitutet.

- Petersen, A. M., & Pedersen, B. K. (2005). The anti-inflammatory effect of exercise. *Journal of Applied Physiology*, 98(4), 1154–1162. doi:10.1152/jappphysiol.00164.2004
- Rosberg, S. (2017). Fenomenologi. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3. uppl., s.107-123). Lund: Studentlitteratur AB.
- Schmitz, K. H., Holtzman, J., Courneya, K. S., Mâsse, L. C., Duval, S., Kane, R. (2005). Controlled Physical Activity Trials in Cancer Survivors: A systematic Review and Meta-analysis. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 14(7). 1588-1595. doi:10.1158/1055-9965
- Schmitz, K. H., Ahmed, R. L., Troxel, A., Cheville, A., Smith, R., Lewis-Grant, L., Bryan, C. J., Williams-Smith, C. T., Greene, Q. P. (2009). Weight Lifting in Women with Breast-Cancer-Related Lymphedema. *The New England Journal of Medicine*. 361(7). 664-673. doi: 10.1056/nejmoa0810118
- SFS 2003:460. *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 24 maj, 2019, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- Slade, P., Troup, J., Lethem, J., & Bentley, G. (1983). The fear-avoidance model of exaggerated pain perception—II: Preliminary studies of coping strategies for pain. *Behaviour Research and Therapy*, 21(4), 409–416. doi:10.1016/0005-7967(83)90010-4
- Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011: Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor*. Hämtad 30 maj, 2019, från Socialstyrelsen, <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/levnadsvanor/socialstyrelsens.nationella.riktlinjer.for.sjukdomsforebyggandemetoder.pdf?fbclid=IwAR3bNc4k7UxblBAJaN2i8J4fxVryLVWLOBoNsYNBMjigTXr9MX6IExm-cl>
- Speck, R. M., Courneya, K. S., Mâsse, L. C., Duval, S., & Schmitz, K. H. (2010). An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(2), 87-100. doi:10.1007/s11764-009-0110-5
- Stark, L., Tofthagen, C., Visovsky, C., McMillan, S. C. (2012). The symptom experience of patients with cancer. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 14(1), 61-70. doi:10.1097/NJH.0b013e318236de5c

- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2001). *Cytostatikabehandling vid cancer*. Stockholm: SBU. Hämtad 2019-05-30 från: https://www.sbu.se/contentassets/7273ef2d1bba425d960d05f74855f2a1/cyto_samm.pdf
- Stevinson, C. & Fox, K.R. (2006). Feasibility of an exercise rehabilitation program for cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 15(4), 386-396. doi:10.1111/j.1365-2354.2006.00677.x
- Svensk Beteendemedicinsk Förening. (u.å.). Hämtad 2020-04-06 från <https://beteendemedicin.wordpress.com>
- Timonen, L., Rantanen, T., Timonen, T. E., & Sulkava, R. (2002). Effects of group-based exercise program on the mood state of frail older woman after discharge from hospital. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(12), 1106-1111. doi:10.1002/gps.757
- Thomas, V. J., Seet-Lee, C., Marthick, M., Cheema, B. S., Boyer, M. W., & Edwards, K. M. (2019). Aerobic exercise during chemotherapy infusion for cancer treatment: a novel randomised crossover safety and feasibility trial. *Supportive care in cancer*, (28)2, 625-632. doi:10.1007/s00520-019-04871-5
- U.S. Department of Health and Human Services. (1996). *Physical activity and health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Bilaga A - Informationsbrev

Informationsbrev och förfrågan om samtycke till examensarbete

Härmed tillfrågas du om att delta i en intervju till ett examensarbete på Mälardalens Högskola inom fysioterapi. Du har blivit tillfrågad eftersom du har diagnosticerats med cancer och har varit deltagande i organiserad gruppträning för patienter med en cancersjukdom.

Studier visar att fysisk aktivitet har en stor påverkan på cancersjuka. Detta sett både från ett kroppsligt-, känslomässigt- och vardagligt perspektiv. Det talas om att fysisk aktivitet har en förmåga att bromsa cancerutvecklingen, minska antalet biverkningar som uppstår efter strål- och/eller cytostatikabehandling samt öka livskvalitén och välmående. Vi är intresserade av att undersöka vilka upplevelser du har haft i samband med gruppträningen du deltagit i under din pågående behandling.

Du tillfrågas som deltagande därför att du genomgår cytostatika- eller strålbehandling för din cancersjukdom och har deltagit i handledd gruppträning. Deltagande är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan någon närmare motivering. Att avbryta din medverkan kommer heller att påverka din vård. Vi har fått ditt namn från de ansvariga sjukgymnaster/fysioterapeuter för gruppträningen på Västerås sjukhus.

För att undersöka dina upplevelser kring gruppträningen kommer du träffa oss under ett tillfälle. Mötet beräknas ta ungefär 30 minuter. Under mötet kommer vi genomföra en intervju som kommer handla om dina personliga upplevelser och känslor kring gruppträningen.

Medverkan i studien innebär inga stora risker för dig som önskar delta. Du kommer att få tala om dina upplevelser kring genomförd gruppträning vilket beroende på dina svar kan medföra att känsliga ämnen tas upp, som vi gärna ser att du beskriver. Intervjun kommer spelas in, men resultaten kommer aidentifieras så att informationen inte kan härledas till dig. Materialet kommer vara tillgängligt för författarparet. Dina svar och resultat kommer behandlas så obehöriga inte kan ta del av dem. Efter avslutad studie kommer all information om dig destrueras.

En fördel kan vara att du som deltagare, genom att berätta om dina upplevelser, kan hjälpa kliniken att upplysa om hur gruppträningen upplevs av patienter.

Yttre upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga. Se baksida för kontaktpersoner och för skriftligt samtycke.

Ada Blomgren:
abn17017@student.mdh.se
Tel: 0738082738

Kristian Maryashine:
kme17003@student.mdh.se
Tel: 0762463179

Thomas Overmeer (handledare):
thomas.overmeer@mdh.se
Tel: 0730258393

Post:
Norra Allégatan 34A
72219
Västerås

Jag har läst ovanstående information och ger härmed mitt samtycke om medverkan i studien:

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Bilaga B; Intervjuguide

Vilken cancer var du diagnosticerad med?

Utförde du gruppträningen under eller efter avslutad behandling?

Vad fick du för information om gruppträningen innan den började?

Kan du berätta för oss hur du upplevde gruppträningen?

Vad kommer du ta med dig från denna gruppträningsperioden?

Vilka känslor förknippar du med gruppträningen?

Hur har gruppträningen påverkat ditt sjukdomstillstånd?

Vilka effekter har du upplevt av gruppträningen?

Förslag till följdfrågor

Skulle du kunna utveckla?

Vad menar du när du säger ...?

Vad gjorde att du upplevde det så?

Skulle du kunna förklara mer om ...?