



Akademin för hälsa, vård och välfärd

UPPLEVD MOTIVATION TILL FYSISK AKTIVITET GENOM REUMAREHABILITERING

En kvalitativ intervjustudie på personer med reumatiska sjukdomar

SUSANNA HANSSON

MONA YUSUF

Huvudområde: Fysioterapi
Nivå: Grundnivå
Högskolepoäng: 15 hp
Program: Fysioterapeutprogrammet

Kursnamn: Examenarbete med inriktning
mot beteendemedicin
Kurskod: FYSo63

Handledare: Johanna Fritz
Examinator: Cecilia Fridén

Seminariedatum: 2023-09-28
Betygsdatum: 2023-10-20

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Prevalensen av reumatiska sjukdomar är hög. En reumatisk sjukdom kan utgöra lidande och påverka motivationen till fysisk aktivitet. En väsentlig behandlingsmetod är fysisk aktivitet genom dess positiva effekter på sjukdomsförloppet. För att stödja individen i sjukdomen och öka fysisk aktivitet erbjuds reumarehabilitering där fysioterapeutens roll blir central.

Syfte: Syftet var att beskriva hur personer med reumatiska sjukdomar upplever att reumarehabilitering har påverkat motivationen till fysisk aktivitet.

Metod: En kvalitativ studiedesign med individuella semistrukturerade intervjuer tillämpades. Datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. I studien deltog totalt åtta deltagare från två olika rehabiliteringsgrupper.

Resultat: Resultatet mynnade ut i fem huvudkategorier och nio underkategorier. Huvudkategorierna var känslan av att få en kick, ökad kunskap, förändringar i kropp och själ, socialt stöd och kontinuitet i utövandet av fysisk aktivitet.

Slutsats: Reumarehabiliteringen gav en ökad motivation till fysisk aktivitet. Däremot beskrevs att uppkomst av hinder kunde påverka motivationen negativt. Det framgick att reumarehabiliteringen bidrog till att stärka både yttre och inre motivation utifrån Self-determination theory. För att beteendet ska upprätthållas är det viktigt att uppnå inre motivation, genom att tillhörighets- autonomi- och kompetensbehovet tillgodoses. Behoven stärktes under rehabiliteringsperioden, men vidare stöttning kring hur dessa kan uppnås hade varit angeläget.

Nyckelord: Beteendemedicin, Fysioterapi, Självbestämandeteorin, Träning, Vidmakthållande

ABSTRACT

Background: The prevalence of rheumatic diseases is high. A rheumatic disease can constitute suffering and affect the motivation for physical activity. An essential treatment is physical activity, through its positive effects on the course of the disease. To support the individual in the disease and increase physical activity, rheumatic rehabilitation is offered, where the physiotherapist has a central role.

Purpose: The aim of this study was to describe how people with rheumatic disease feel that rheumatic rehabilitation has affected the motivation to physical activity

Method: A qualitative study design with individual semi-structured interviews was applied. The data was analyzed using qualitative content analysis. A total of eight participants from two different rehabilitation groups participated in the study.

Result: The results resulted in five main categories and nine subcategories. The main categories were the feeling of getting a kick, increased knowledge, changes in body and mind, social support, and continuity in the practice of physical activity.

Conclusion: The rheumatic rehabilitation gave an increased motivation for physical activity. It was also described that appearance of obstacles could negatively affect motivation. The rheumatic rehabilitation contributed to strengthening both external and internal motivation based on Self-determination theory. For the behavior to be maintained, it is important to achieve internal motivation, by satisfying the need for relatedness, autonomy, and competence. These were strengthened during the rehabilitation period, but further support regarding how these can be achieved would have been important.

Keywords: Behavioral medicine, Exercise, Maintenance, Physiotherapy, Self-determination theory

INNEHÅLL

1	BAKGRUND	1
1.1	Reumatiska sjukdomar	1
1.2	Behandling vid reumatisk sjukdom	2
1.2.1	<i>Fysisk aktivitet vid reumatisk sjukdom</i>	2
1.2.2	<i>Reumarehabilitering</i>	3
1.3	Fysioterapi med ett beteendemedicinskt förhållningssätt	4
1.4	Motivation	6
1.4.1	<i>Self-determination theory</i>	6
1.5	Problemformulering	7
2	SYFTE	8
3	METOD OCH MATERIAL	8
3.1	Design	8
3.2	Urval	8
3.2.1	<i>Inklusions-och exklusionskriterier</i>	9
3.3	Datainsamling	9
3.4	Tillvägagångssätt	9
3.4.1	<i>Rekrytering</i>	10
3.4.2	<i>Intervjuer</i>	10
3.5	Dataanalys	11
3.6	Etiska överväganden	12
4	RESULTAT	13
4.1	Känslan av att få en kick	13
4.2	Ökad kunskap	14
4.2.1	<i>Lärdomar om reumatisk sjukdom</i>	14
4.2.2	<i>Lärdomar om fysisk aktivitet vid reumatisk sjukdom</i>	14

4.2.3	<i>Lärdomar om olika aktivitetsformer och dess teknik</i>	15
4.3	Förändringar i kropp och själ	15
4.3.1	<i>Fysiska förändringar</i>	15
4.3.2	<i>Psykiska förändringar</i>	16
4.4	Socialt stöd	16
4.4.1	<i>Stöd från gruppmedlemmar</i>	17
4.4.2	<i>Stöd från rehabiliteringspersonal</i>	17
4.5	Kontinuitet i utövandet av fysiska aktivitet	18
4.5.1	<i>Vikten av rutiner för fysisk aktivitet</i>	18
4.5.2	<i>Att få ihop arbete och fysisk aktivitet</i>	18
5	DISKUSSION	19
5.1	Resultatsammanfattning	19
5.2	Resultatdiskussion	19
5.3	Metoddiskussion	23
5.4	Etikdiskussion	26
6	SLUTSATS	27
7	KLINISK BETYDELSE	27
	REFERENSLISTA	29

BILAGA A – INTERVJUGUIDE

BILAGA B – VERKSAMHETSINTYG

BILAGA C – INFORMATIONSBREV

BILAGA D – SAMTYCKESBREV

1 BAKGRUND

Över en miljon av befolkningen i Sverige beräknas vara diagnostiserade med en reumatisk sjukdom (Karleskog et al., 2017). Att leva med en reumatisk sjukdom kan utgöra begränsningar i rörelseförmåga och livskvalitet (Franco-Aguirre et al., 2017). En vanlig behandlingsform som erbjuds till patienter med reumatiska sjukdomar är reumarehabilitering (Alenius et al., 2022), i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer (Socialstyrelsen, 2021). Fysisk aktivitet är en central del av reumarehabilitering (Alenius et al., 2022), där fysioterapeuten får en väsentlig roll till att motivera, implementera och stötta vidmakthållande till fysisk aktivitet (Broberg & Lenné, 2019). För att vidmakthålla fysisk aktivitet har motivation visats ha en avgörande roll (van den Berg et al., 2007; Law et al., 2010). Ett vidmakthållande av fysisk aktivitet kan dessutom vara kostnadseffektivt för hälso-och sjukvården på lång sikt (Socialstyrelsen, 2018).

1.1 Reumatiska sjukdomar

En reumatisk sjukdom är ett kroniskt tillstånd där leder, muskler, skelett eller andra organ blir angripna och nedbrutna. Det finns ett flertal reumatiska sjukdomar med varierande symptom och svårighetsgrad (Karleskog et al., 2017). Reumatiska sjukdomar kategoriseras in i inflammatoriska ledsjukdomar, reumatiska systemsjukdomar, autoinflammatoriska sjukdomar, artros samt lokala och generella smärttillstånd (Karleskog et al., 2017). Många reumatiska sjukdomar ger upphov till inflammation (Lundberg, 2014). Inflammationen kan förekomma lokalt i till exempel en eller flera leder som vid Reumatoid artrit (RA), eller vara utspridd som vid Sjögrens syndrom (SS) och Systemisk lupus erythematosus (SLE) (Lundberg, 2014). I vissa fall är det immunförsvaret som angriper kroppsegna celler och orsakar inflammationen och då klassas sjukdomen som autoimmun (Karleskog et al., 2017). Tre vanliga reumatiska inflammatoriska sjukdomar är RA, Psoriasisartrit och Axial spondylartrit (Karleskog et al., 2017), där RA är vanligast med en prevalens på 0,5–1 % i Sverige (Karleskog et al., 2017). Etiologin bakom reumatiska sjukdomar är inte helt känd, men troligtvis beror det på en kombination av både arv och miljö (Socialstyrelsen, 2021).

Symptomen vid reumatiska sjukdomar kan variera men de vanligaste är smärta, svullnad och stelhet. Andra vanliga symptom är en generell sjukdomskänsla samt fatigue vilket beskrivs som en trötthet som inte går att vila bort (Lundberg, 2014). Utan behandling kan långvarig inflammation på sikt leda till bestående skador på de drabbade organen (Lundberg, 2014).

Samsjuklighet är dessutom vanligt och det föreligger en ökad risk för följsjukdomar som hjärt-och kärlsjukdomar (Gabriel & Michaud, 2009).

Reumatiska sjukdomar kan även innebära negativa sociala och psykologiska konsekvenser för den drabbade. Flera studier visar att personer med reumatiska sjukdomar upplever en hög grad av ensamhet, depression och social isolering (Santiago et al., 2017; Kool & Geenen, 2012). Att leva med en reumatisk sjukdom kan även påverka livskvaliteten negativt (Matcham et al., 2014). Genom de symptom som sjukdomarna medför kan individens arbetsförmåga påverkas och det kan leda till sjukskrivningar (Geuskens et al., 2008). För att minimera symptom, irreversibla skador och följsjukdomar är det väsentligt med tidig diagnostik och rätt insatt behandling (Lundberg, 2014).

1.2 Behandling vid reumatisk sjukdom

Reumatiska sjukdomar behandlas vanligtvis farmakologiskt i kombination med konservativ behandling i form av fysisk aktivitet (Karleskog et al., 2017). Den konservativa behandlingen bör utformas i samråd med en fysioterapeut för att skapa gynnsamma förutsättningar för optimal effekt (Socialstyrelsen, 2021). Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas i första hand patientutbildning och fysisk aktivitet som behandling vid reumatisk sjukdom (Socialstyrelsen, 2021).

1.2.1 Fysisk aktivitet vid reumatisk sjukdom

Enligt World Health Organization (WHO) definieras fysisk aktivitet som "kroppsrörelser orsakade av skelettmuskulaturens sammandragningar som leder till en ökad energiförbrukning" (World Health Organization [WHO], 2022, första stycket). Rekommendationerna om fysisk aktivitet varierar till viss del utifrån ålder, sjukdom och förutsättningar. Personer mellan 18–64 år bör utföra pulshöjande aktiviteter 150–300 min i veckan av måttlig intensitet, eller 75–150 min av hög intensitet. Detta bör kompletteras med muskelstärkande aktiviteter två dagar i veckan. Personer över 65 år bör även integrera funktionell balansträning tre dagar i veckan. Utöver det rekommenderas alla att minska stillasittandet genom regelbundna rörelsepåuser (World Health Organization [WHO], 2022). Personer med reumatiska sjukdomar bör försöka eftersträva de allmänna rekommendationerna kring fysisk aktivitet. Däremot kan den fysiska aktivitetsnivån behöva anpassas utifrån diagnos, individuella förutsättningar och perioder av skov där intensitet och belastning kan behöva justeras (Opava, 2014). Det rekommenderas även regelbunden rörlighetsträning framförallt under perioder av skov, då rörligheten kan vara påtagligt begränsad (Opava, 2014).

Fysisk aktivitet ger flera positiva effekter som ökad cirkulation, förbättrad ledrörlighet och muskelstyrka samt minskad inflammation (Katz et al., 2020). För att uppnå dessa kroppsliga hälsoeffekter är det väsentligt att vidmakthålla fysisk aktivitet över tid (WHO, 2022). Fysisk aktivitet har även positiva effekter på den psykiska hälsan (Pearce et al., 2022; Kelley et al.,

2018). Utöver dessa effekter kan livskvaliteten förbättras, vardagsaktiviteter underlättas och följsjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar förebyggas (Karleskog et al., 2017). Trots detta förblir fysisk inaktivitet ett utbredd problem, inte minst hos personer med reumatiska sjukdomar (Bremander et al., 2020).

Enligt studier har det visats att vanliga orsaker till fysisk inaktivitet hos denna patientgrupp är smärta och fatigue (van den Berg et al., 2007; Law et al., 2010; Metsios et al., 2023). Enligt van den Berg et al. (2007) och Law et al. (2010) är även rädsla för smärta och ledskada i samband med fysisk aktivitet ett hinder. Utöver det anses motivation spela en viktig roll när det gäller att utöva fysisk aktivitet (van den Berg et al., 2007; Law et al., 2010). I en studie av Ehrlich-Jones et al. (2011) framkom att brist på motivation var det främsta hindret till att utöva fysisk aktivitet. Det framkom i en studie av Swärdh et al. (2008) att oförmågan att planera in fysisk aktivitet utifrån egna önskemål kunde utgöra ett hinder för vidmakthållandet. Samtidigt som dessa faktorer kan utgöra ett hinder, är det nödvändigt med insatser som inkluderar fysisk aktivitet då det kan lindra och förebygga sjukdomsutvecklingen (van den Berg et al., 2007; Law et al., 2010). De rehabiliterande insatserna som erbjuds varierar mellan individuella och gruppbaseade behandlingsformer där vårdprofessioner vanligtvis arbetar i team kring patienten (Alenius et al., 2022).

1.2.2 Reumarehabilitering

Reumarehabilitering är en form av teamrehabilitering specifikt utformat för personer med reumatiska sjukdomar (Alenius et al., 2022). Teamrehabilitering innebär att olika yrkesprofessioner inom vården samarbetar för att uppnå en heltäckande rehabilitering för patienter (Socialstyrelsen, 2021). Reumarehabilitering bedrivs huvudsakligen på specialiserade reumatologkliniker i Sverige och syftar till att hjälpa patienten att hantera och förbättra olika symptom till följd av sjukdomen. Vanliga yrkesprofessionerna som kan ingå i reumarehabiliteringen är läkare, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och kuratorer. Samarbetet mellan dessa yrkesgrupper är viktigt för att kunna få en helhetsbild av patienten. De olika professionerna i teamet kan med sina kompetenser göra bedömningar och utvärderingar från flera perspektiv (Alenius et al., 2022).

Reumarehabilitering utgår från rekommendationer kring Modern Reumarehabilitering (MORR), vilket fungerar som ett arbetsunderlag för reumatologkliniker i Sverige. Genom MORR skapas förutsättningar till ett enhetligt arbetssätt mellan regionerna vilket möjliggör att vården som bedrivs för personer med reumatiska sjukdomar i Sverige blir mer jämlik (Alenius et al., 2022). Upplägget kring reumarehabilitering kan variera mellan olika reumatologkliniker, däremot är innehållet likartat med en strävan mot gemensamma mål i enlighet med MORR (Alenius et al., 2022).

Generellt består reumarehabilitering av en intensiv fyraveckorsperiod med schemalagda aktiviteter tre hel- eller halvdagar i veckan (Alenius et al., 2022). Deltagare har då möjlighet att få ledighet från arbete och ersättning från Försäkringskassan för samtliga rehabiliteringsdagar (Försäkringskassan, 2016). Rehabiliteringen genomförs vanligtvis i form av sammansatta patientgrupper med olika reumatiska diagnoser. De inblandade

yrkesprofessionerna har huvudansvar för olika delar av rehabiliteringsprogrammet. Aktiviteterna som förekommer i reumarehabilitering innefattar anpassad undervisning och rådgivning om sjukdomarna. Dessutom inkluderas förebyggande arbete som att stödja patienten till hälsosamma levnadsvanor vilket i sin tur kan minska risken för en negativ sjukdomsutveckling. Inom reumarehabilitering förekommer även varierande former av fysisk aktivitet både individuellt och i grupp, där fysioterapeuten får en central roll (Alenius et al., 2022). Gruppträning har setts kunna motivera individer till utövande av fysisk aktivitet (Raymond et al., 2016). Dessutom har det även visats bidra med positiva fysiska och psykiska hälsoeffekter hos personer med reumatiska sjukdomar (Neuberger et al., 2007; Breedland et al., 2011).

Ett av de övergripande målen med reumarehabilitering är att tillsammans med patienten skapa en individuell målinriktad rehabiliteringsplan som syftar till att öka motivationen till att utföra och vidmakthålla fysisk aktivitet. Genom rehabiliteringsplanen kan patientens funktioner i vardagen förbättras samtidigt som det kan bidra till en ökad livskvalitet. Rehabiliteringsplanen syftar även till att minimera risken för ytterligare försämring i framtiden efter avslutad behandling (Alenius et al., 2022). I Hagel (2012) framkom att deltagande i teambaserad rehabilitering specifikt för personer med reumatiska sjukdomar förbättrade konditionen och livskvaliteten samt den allmänna hälsan. Studien visade att kvinnor hade tydligast förbättringar, då de var en grupp som hade sämre kondition med mer utspridd smärta och sämre livskvalitet innan deltagande i rehabiliteringsprogrammet. Förbättringarna i konditionen och livskvaliteten kvarstod även efter ett år (Hagel, 2012). Genom verktyg och stöd från reumarehabilitering vill man kunna möjliggöra en beteendeförändring hos individen i syfte att framför allt öka deras fysiska aktivitetsnivå även på lång sikt (Alenius et al., 2022). Reumarehabiliteringens förmåga att skapa motivation till en beteendeförändring med ökad fysisk aktivitet är däremot ännu outforskat.

1.3 Fysioterapi med ett beteendemedicinskt förhållningssätt

Inom det beteendemedicinska förhållningssättet framhävs individens beteende som en viktig komponent i relation till individens hälsa (Denison & Åsenlöf, 2012). Ett beteende beskrivs enligt Denison & Åsenlöf (2012) som något en person gör, tänker, säger och känner och kan vara kopplat till specifika situationer. Ett beteende kan vara kopplat till en individs hälsotillstånd samtidigt som individens hälsotillstånd kan leda till vissa beteenden. Fysioterapi med ett beteendemedicinskt förhållningssätt innebär att analysera och arbeta med patientens problematik utifrån ett helhetsperspektiv där både biomedicinska-psykosociala- och beteendemässiga faktorer samverkar (Denison & Åsenlöf, 2012). I föreliggande uppsats avses att studera beteendet fysisk aktivitet hos personer med reumatiska sjukdomar. Fysisk aktivitet innefattar olika kroppsrörelser och påverkas därmed av individens fysiska förutsättningar. Hur vi rör oss påverkas också av psykologiska faktorer som motivation. Dessutom har den sociala och fysiska omgivningen en inverkan på beteendet (Denison & Åsenlöf, 2012).

Vårdrelaterade insatser handlar i många fall om att förändra ett beteende hos patienten i syfte att bibehålla eller uppnå en god hälsa trots olika åkommor (Denison & Åsenlöf, 2012). Inom reumarehabilitering framhävs fysisk aktivitet som det centrala beteendet och något man vill främja på grund av dess positiva effekter (Alenius et al., 2022). Olika hälsoinriktade insatser har däremot visats vara svåra att implementera där följsamheten tenderar att vara låg vilket riskerar att ge kortvariga effekter (Ryan et al., 2008). En möjlig orsak kan vara svårigheten att överföra det nya beteendet från en kontext till en annan (Svärdh et al., 2008). För att effektivisera insatser som avser att uppnå en beteendeförändring är det viktigt att utforska vad som får en individ motiverad till att utföra och vidmakthålla specifika beteenden, med hänsyn till både individ- och omgivningsfaktorer (Denison & Åsenlöf, 2012).

I Svärdh et al. (2008) framkom att fysioterapeuten har en väsentlig roll till att skapa motivation genom uppmuntran, rådgivning, överenskommelser samt anpassning av fysisk aktivitet. De kan även skapa förväntningar till fysisk aktivitet, något som i sin tur motiverar till ett vidmakthållande av beteendet. Svärdh et al. (2008) menar att fysioterapeuten bör förbereda patienten för att beteendet ska vidmakthållas utanför kliniken, vilket kan ske genom att stärka patientens tilltro till att utöva fysisk aktivitet i olika miljöer. Dessutom betonas vikten av att utgå från patientens behov för att skapa ett beteende som vidmakthålls (Svärdh et al., 2008).

Michie et al. (2013) menar även att tillämpning av olika beteendeförändringstekniker kan vara användbart för fysioterapeuter vid arbetet med att uppnå en beteendeförändring hos en patient. Michie et al. (2013) beskriver att desto fler och oftare de olika beteendeförändringsteknikerna tillämpas, desto större effekt och ökad sannolikhet att det sker en beteendeförändring som vidmakthålls över tid. I Nordgren et al. (2018) framkom att en multikomponent intervention för personer med RA baserat på beteendeförändringstekniker bidrog till ökat utövande av fysisk aktivitet. Däremot framkom att de som vidmakthöll fysisk aktivitet framför allt var individer som hade bättre förutsättningar genom ökad tilltro till sin förmåga och färre hinder innan interventionen. Även i Knittle et al. (2015) användes olika beteendeförändringstekniker baserat på Michie et al. (2013), i syfte att öka fysisk aktivitet hos personer med RA. Utöver utbildning kring sjukdomstillståndet fick interventionsgruppen även kompletterande motiverande samtal och coachande stöttning till beteendeförändring. Några av de beteendeförändringstekniker som användes var målsättning, planering kring när och hur beteendet ska utföras, socialt stöd samt identifiering och problemlösning av framtida hinder för fysisk aktivitet. Vid uppföljning visades att interventionsgruppen deltog i och vidmakthöll fysisk aktivitet i högre utsträckning än kontrollgruppen. Utöver det sågs även en ökad motivation till fysisk aktivitet hos interventionsgruppen (Knittle et al., 2015).

1.4 Motivation

Motivation kan enligt Cook & Artino (2016) ses som en drivkraft till att utföra och vidmakthålla specifika målbeteenden. Det som motiverar en individ kan variera utifrån hur viktig en uppgift bedöms vara i en given situation (Ryan & Deci, 2000). Cook & Artino (2016) uppmärksammar betydande faktorer som kan påverka motivationen till ett beteende. I artikeln framkommer bland annat kompetens till att klara av beteendet som en viktig aspekt, men även vilket värde beteendet har för individen.

1.4.1 *Self-determination theory*

Self-determination theory (SDT) är en teori utvecklad av psykologerna Richard Ryan och Edward Deci som belyser vikten av motivation vid en beteendeförändring (Ryan & Deci, 2000). Inom SDT delas motivation in i yttre och inre motivation men teorin fokuserar huvudsakligen på den inre motivationen (Ryan & Deci, 2000).

Yttre motivation handlar om att individen drivs av yttre faktorer vilket motiverar till att genomgå eller avstå ett beteende. Det kan handla om olika former av yttre belöningar som pengar eller beröm från omgivningen. Det kan också handla om att man motiveras till ett beteende för att undvika straff eller för att följa rådande normer och förväntningar i samhället (Ryan & Deci, 2000). I en studie av Raymond et al. (2016) framkom vad som motiverar individer till fysisk aktivitet vid deltagande i gruppträning. I studien betonas framför allt yttre faktorer som socialt stöd och positiva fysiska effekter av fysisk aktivitet. Det beskrevs även att individer motiverades av att se andras prestation och progression (Raymond et al., 2016).

Till skillnad från yttre motivation handlar inre motivation om att beteendet ger en inre tillfredsställelse där individen utför beteendet för att de vill och mår bra av det (Ryan & Deci, 2000). Att känna sig nöjd över ett beteende, en glädje i att utföra beteendet och där individen kan känna en samhörighet till beteendet är faktorer som visats betydelsefulla för att vidmakthålla ett beteende (Kwasnicka et al., 2016). I en studie av Fenton et al. (2021) framkom vikten av inre motivation för fysisk aktivitet. Studiens syfte var att öka fysisk aktivitet hos personer med RA. Studiedeltagarna delades in i en kontroll- och interventionsgrupp och de fick följa ett träningschema i tre månader. Interventionsgruppen fick dessutom SDT-baserade rådgivande samtal baserade på olika beteendeförändringstekniker som tillägg utöver träningschemat. Resultaten visade att interventionsgruppen ökade sin inre motivation och vidmakthöll fysisk aktivitet i högre utsträckning (Fenton et al., 2021).

För att uppnå inre motivation anses tre grundläggande psykologiska behov väsentliga där samtliga av dessa bör tillfredsställas (Ryan & Deci, 2017). De tre behoven är en känsla av autonomi, kompetens och tillhörighet. Autonomi handlar om en individs möjlighet att kunna påverka och ta egna beslut kring handlingar oberoende av yttre faktorer som inverkan. Kompetens handlar om en känsla av att kunna tillämpa de kunskaper och färdigheter som krävs för en given uppgift. Det tredje grundläggande behovet innefattar en känsla av

tillhörighet och belyser vikten av social samhörighet till omgivande människor. Det innefattar ett behov av social acceptans i gruppen samt att omgivningen upplevs trygg och omhändertagande (Ryan & Deci, 2017).

Motivation till ett beteende kan drivas av både yttre och inre faktorer eller en kombination av båda (Ryan & Deci, 2000). Kwasnicka et al. (2016) menar att det är vanligt att individer som genomgår en beteendeförändring inledningsvis drivs av yttre motivation. Genom att ett beteende upprepas och ger en positiv känsla kan beteendet däremot övergå från att drivas av yttre motivation till att istället drivas av inre (Ryan & Deci, 2000). Inom SDT anses inre motivation vara av högre värde och något som bör eftersträvas (Ryan & Deci, 2000). Prestationer i relation till specifika uppgifter där individen drivs av inre faktorer tenderar att ge mer hälsosamma, kreativa och produktiva utfall (Cook & Artino, 2016). Dessutom anses inre motivation nödvändigt för att kunna vidmakthålla beteendet (Ryan & Deci, 2000).

I artikeln av Cook & Artino (2016) beskrivs vad som stärker samt vad som försvagar möjligheterna att uppnå de tre grundläggande behoven som i sin tur kan stärka den inre motivationen. Det som anses stärka tillhörighet är faktorer som respekt, omtänksamhet samt en inkluderande och trygg miljö. Kompetensbehovet stärks av måttliga utmaningar, att beteendet bidrar med positiva utfall, men också av positiv feedback som kan stärka individens tilltro till att klara av uppgiften. För att stärka autonomibehovet bör individen erbjudas valmöjligheter samt att omgivningen uppmuntrar individens eget tänkande och personliga ansvar för sina handlingar (Cook & Artino, 2016). Ett annat sätt att stärka autonomibehovet är att bidra med information till patienten varför en beteendeförändring är viktig och vilka hälsoeffekter som kan väntas utan att det upplevs pressande (Ryan & Deci, 2000). Genom att inom hälso-och sjukvården fokusera på att stärka tillhörighets-, kompetens-och autonomibehovet ökas förutsättningarna till att en beteendeförändring vidmakthålls över tid (Ryan et al., 2008).

1.5 Problemformulering

Reumatiska sjukdomar är vanligt förekommande och kan utgöra lidande för individen, där symptom som smärta, stelhet och fatigue medföljer. Fysisk aktivitet har visats minska symptom och sjukdomsutveckling. Studier visar att personer med reumatiska sjukdomar i allmänhet inte uppfyller rekommendationer kring fysisk aktivitet, där brist på motivation visats vara en bidragande faktor till detta. Som en del av behandlingen erbjuds reumarehabilitering på specialiserade kliniker där fysisk aktivitet genomsyras och fysioterapeutens kompetens blir betydelsefull. Hälsorelaterade interventioner som syftar till att förändra ett beteende som ökad fysisk aktivitet tenderar att ha kortvariga effekter och det kan finnas svårigheter i att implementera det nya beteendet i en vardaglig kontext. Vidmakthållande av fysisk aktivitet är en förutsättning för en god rehabilitering, med positiva effekter på hälsa och sjukdomsförlopp. Motivation har studerats vara en betydelsefull faktor när det gäller att utföra och vidmakthålla fysisk aktivitet. Enligt SDT kan en individ drivas av både inre och yttre motivation. Inre motivation anses däremot vara centralt för att kunna

vidmakthålla en beteendeförändring. Det finns bristfällig forskning om hur deltagande i reumarehabilitering påverkar motivationen till fysisk aktivitet. Denna kunskapslucka är därmed väsentlig att undersöka. Genom att undersöka vad som påverkar motivationen utifrån ett patientperspektiv kan reumarehabiliteringen utvecklas från patienters behov vilket skulle kunna ha gynnsamma hälsoeffekter för framtida patientgrupper. Utöver positiva individuella effekter, kan ett vidmakthållande av fysisk aktivitet även ha kostnadseffektiva fördelar för hälso-och sjukvården.

2 SYFTE

Syftet var att beskriva hur personer med reumatiska sjukdomar upplever att reumarehabilitering har påverkat motivationen till fysisk aktivitet.

3 METOD OCH MATERIAL

3.1 Design

I studien tillämpades en beskrivande kvalitativ design. Designen gav möjlighet till djupare och reflekterande svar och eftersom syftet med studien var att beskriva patienters subjektiva upplevelser ansågs denna design vara lämplig (Carter & Lubinsky, 2016).

3.2 Urval

Ett bekvämlighetsurval gjordes av personer som deltagit i reumarehabilitering på en specifik reumatologklinik i Sverige. Bekvämlighetsurval anses vara ett enkelt och praktiskt tillvägagångssätt till att hitta informanter (Carter & Lubinsky, 2016). Urvalet av deltagare gjordes av personer som har deltagit i reumarehabilitering under året 2022.

Rehabiliteringsperioden avsåg en tidsperiod på fyra sammanhängande veckor, med tre heldagar i veckan. De åtta deltagarna som ingick i studien blev rekryterade från två olika rehabiliteringsperioder under år 2022. Med hänsyn till befintliga tidsbegränsningar valde studieförfattare att sätta en gräns vid åtta deltagare. Samtliga av dessa åtta deltagare som tillfrågades tackade ja till att delta i studien och ingen studiedeltagare valde att avbryta sitt deltagande. Studieförfattarna valde att rekrytera deltagare från hela år 2022, för att öka chansen att uppnå tillräckligt många deltagare till studien. Alla deltagare i studien hade

medverkat i reumarehabiliteringen under nästintill samtliga tillfällen som erbjöds under perioden. Deltagarnas ålder varierar med ett åldersspann mellan 30–78 år med en genomsnittsålder på 55,7 år, sju av de deltagande var kvinnor och en var en man. De olika diagnoserna som förekom bland deltagarna var Reumatoid artrit, Psoriasisartrit, Systemisk lupus erythematosus, Sjögrens syndrom samt Axial spondylartrit.

3.2.1 Inklusions-och exklusionskriterier

Inklusionskriterier för att delta i studien var att personen i fråga skulle ha en diagnostiserad reumatisk sjukdom och kunna göra sig förstådd samt uttrycka sig på svenska. Deltagaren skulle ha gått reumarehabilitering mellan 2022-01-01 – 2022-12-31, varit närvarande under minst tre tillfällen samt vara över 18 år.

Exklusionskriterier för deltagande i studien var personer med diagnostiserad artros eller andra lokala och generella smärttillstånd som fibromyalgi. Dessa exkluderades från studien då de inte inkluderas i reumarehabiliteringen.

3.3 Datainsamling

Datainsamlingen utfördes genom individuella semistrukturerade intervjuer vilket innebär att det finns en strukturerad intervjuguide med specifika frågor men att författaren kan anpassa följdfrågor utifrån deltagarens svar. Denna intervjudesign sätter tydliga och avgränsade ramar samtidigt som den möjliggör en ökad flexibilitet i intervjusituationer (Carter & Lubinsky, 2016). Intervjuguiden i denna studie (Bilaga A) bestod av fem bakgrundsfrågor av sluten karaktär för att få en bild av studiedeltagaren och sex öppna huvudfrågorna som var relevanta till studiens syfte. Till huvudfrågorna fanns ytterligare en till tre specifika följdfrågor. Utöver dessa kunde fem generella följdfrågor som ”kan du utveckla hur du tänker” och ”kan du förklara lite närmare” tillämpas, något som gav möjlighet till ytterligare fördjupning från deltagarens svar (Bilaga A). Två pilotintervjuer genomfördes, den ena på plats och den andra virtuellt via Zoom för att testa intervjusituationen och säkerställa att intervjuguiden var tillräckligt omfattande för att ge svar på studiens syfte. Pilotintervjuerna valdes att inkluderas i studien då inga ändringar av intervjuguiden har skett. Samtliga deltagare kontaktades i efterhand via telefon för att tillfrågas om antal närvarande dagar i reumarehabilitering, då denna fråga inte fanns med i intervjuguiden.

3.4 Tillvägagångssätt

En kontakt initierades med en klinik där reumarehabilitering var integrerat efter ett förslag från kliniken om möjligheten till forskningssamarbete. I ett tidigt skede träffade studieförfattarna en yrkesverksam fysioterapeut från kliniken. Tillsammans med fysioterapeuten diskuterades studiens praktiska genomförande och ändamål.

Studieförfattarna hade sedan kontinuerlig mailkontakt med fysioterapeuten för att diskutera vissa relevanta intervjufrågor men även för att få hjälp med rekrytering av deltagare.

3.4.1 Rekrytering

Ett verksamhetsintyg (Bilaga B) skickades via mejl till fysioterapeuten som i sin tur vidarebefordrade detta till den verksamhetsansvarige på den aktuella kliniken. Verksamhetschefen signerade intyget vilket gav godkännande att författarna kunde utföra studien samt gjorde det möjligt att skicka ut förfrågan om deltagande.

Fysioterapeuten tog kontakt med potentiella deltagare från två rehabiliteringsperioder under år 2022. Deltagarna kontaktades av fysioterapeuten antingen via telefon eller i samband med besök på kliniken för att höra om intresse fanns samt om kontaktuppgifter kunde lämnas ut till studieförfattarna för vidare kontakt. Ett informationsbrev (Bilaga C) skickades till samtliga deltagare antingen via mejl eller post av fysioterapeuten på kliniken. Efter godkännande om att kontaktuppgifter kunde lämnas ut återkopplade fysioterapeuten till studieförfattarna. Studieförfattarna påbörjade en fortlöpande rekrytering via telefon tills totalt åtta deltagare hade tackat ja. Under rekryteringssamtalet berättade studieförfattarna mer om studiens syfte och bestämde plats och tid för intervju.

3.4.2 Intervjuer

Intervjuerna pågick under en period från slutet av april till mitten av maj år 2023. Alla deltagare fick välja om de ville genomföra intervjun på en valfri fysisk plats som bestämdes gemensamt eller virtuellt via Zoom. I samband med intervjun fick varje deltagare möjlighet att läsa igenom informationsbrevet (Bilaga C) ytterligare en gång. Deltagaren fick även signera ett samtyckesbrev (Bilaga D) vilket gav godkännande om deltagande och hur data planerades att sparas. För de som deltog via Zoom skickades samtyckesbrevet via mejl eller post i samråd med studiedeltagaren några dagar innan planerad intervju. Deltagaren fick signera intyget och skanna in det eller ta en bild för att sedan återkoppla det till studieförfattarna. Samtycket godkändes även muntligt av samtliga deltagare innan intervjun startade.

Författarna intervjuade totalt åtta studiedeltagare varav tre intervjuer utfördes via Zoom med både ljud och kamera på. Resterande fem intervjuer genomfördes på en gemensamt bestämd plats. En studiedeltagare blev intervjuad i sitt hem, en blev intervjuad i en av studieförfattarnas hem och tre blev intervjuade i bokade grupprum i universitetets lokaler. Intervjuerna varade mellan 20–60 min med ett genomsnitt på 25 minuter. Samtliga intervjuer spelades in med diktafon och därefter fördes ljudfilen över till lösenordskyddad dator för vidare transkribering och analys. Författarna delade upp ansvarsområden för intervjuerna där en fick huvudansvaret för att ställa intervjufrågorna utifrån intervjuguiden och den andra fick möjlighet att ställa följdfrågor. Den som hade huvudansvar för intervjufrågorna hade även ansvar för ljudinspelningen. Författarna valde att turas om

genom att ta huvudansvar för varannan intervju. Båda författarna deltog under samtliga intervjuer för att kunna hjälpas åt och minimera risken att viktig information uteblev.

3.5 Dataanalys

Efter de första två pilotintervjuerna var utförda delades de upp och transkriberades ordagrant. Studieförfattarna läste och lyssnade igenom varje pilotintervju två gånger tillsammans för att säkerställa att de kunde tas med i studien. Efter att resterande sex intervjuer var utförda delade studieförfattarna jämlikt upp ansvaret för transkribering av materialet. Efter transkriberingen läste båda studieförfattarna igenom texterna för att få en helhetsbild över materialet. Det insamlade materialet analyserades gemensamt genom kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004), med en manifest tolkning. Metoden för en manifest tolkning innebär att man analyserar materialet textnära och undviker för djupa tolkningar. Meningar relevanta till syftet markerades i texten med specifika färger, så kallade meningsbärande enheter (Graneheim & Lundman, 2004). För att underlätta analysprocessen fick varje deltagare en egen färg och siffra. De meningsbärande enheterna kondenserades sedan, med endast den centrala informationen bevarad. De kondenserade meningarna granskades av båda studieförfattarna kontinuerligt. Därefter sattes en kod som beskrev den kondenserade meningen. Alla koderna skrevs ned på post-it-lappar som placerades i högar med liknande ämnen, för att enklare kunna se och bilda underkategorier och kategorier. Kategorierna och underkategorierna användes sedan för att besvara syftet (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen utfördes med ett induktivt förhållningssätt, vilket innebär att inga färdiga kategorier användes utan de framställdes under arbetsprocessen (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna gick även tillbaka till den transkriberade texten för att säkerställa att inget relevant material hade missats eller uppfattats fel.

Tabell 1: Tabellen nedan visar exempel på hur analysprocessen utformades utifrån Graneheim och Lundmans metod (Graneheim & Lundman, 2004).

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
“och sedan att vi håller ihop gruppen som var. Vi har en messengergrupp där vi pushar varandra och så”	Håller ihop i gruppen som var. Har messengergrupp där vi pushar varandra.	Fortsatt stöd från gruppen	Stöd från gruppmedlemmar	Socialt stöd

”Så fick vi prova på mycket olika träningsformer. Så det har man ju lärt sig och tagit med. Vad passar mig och vad kan jag fortsätta med”	Fick prova olika träningsformer. Lärt sig vad som passar en och vad man kan fortsätta med.	Fått erfarenheter av olika träningsformer	Lärdomar om olika aktivitetsformer och dess teknik	Ökad kunskap
---	--	---	--	--------------

3.6 Etiska överväganden

De fyra etiska riktlinjerna samtyckes-, informations-, konfidentialitets- och nyttjandekravet från Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013) samt dataskyddsförordningen (GDPR) för personuppgiftsbehandling (Integritetskyddsmyndigheten, 2021) har tillämpats i studien.

Samtyckeskravet tillämpades genom att deltagarna gav muntligt och skriftligt samtycke att medverka i studien (Bilaga D). Deltagarna fick även information om att de hade rätt att återkalla sitt samtycke utan känd orsak. Informationskravet tillämpades genom muntlig och skriftlig (Bilaga C) information om studiens syfte, genomförandet samt för- och nackdelar med att delta. Dessutom beaktades principen om frivilligt deltagande (World Medical Association, 2013), genom information om att det är frivilligt att delta i studien, att de när som helst kunde välja att avbryta sitt deltagande och att ett eventuellt deltagande inte kommer att påverka fortsatta behandling.

I enlighet med konfidentialitetskravet (World Medical Association, 2013) har informationen behandlats konfidentiellt, där ingen utomstående har haft tillgång till materialet. Inspelning skedde via diktafon och transkribering av intervjun utfördes på en ostörd plats. Det transkriberade materialet kodades dessutom med siffror och färger. Materialet förvarades på lösenordskyddade datorer som raderades efter godkänt examensarbete. Den insamlade informationen kommer endast används för forskningsändamål i enlighet med nyttjandekravet (World Medical Association, 2013). Valmöjlighet av plats för intervju erbjöds för att sätta deltagarens behov i centrum samt öka deltagarens trygghet (World Medical Association, 2013).

4 RESULTAT

Dataanalysen mynnade ut i fem huvudkategorier och nio underkategorier (Tabell 2), som förklarar hur deltagarna upplever att reumarehabiliteringen har påverkat motivationen till fysisk aktivitet. Dessa kategorier presenteras nedan.

Tabell 2: Sammanställning av alla kategorier och underkategorier.

Kategorier	Underkategorier
Känslan av att få en kick	
Ökad kunskap	Lärdomar om reumatisk sjukdom
	Lärdomar om fysisk aktivitet vid reumatisk sjukdom
	Lärdomar om olika aktivitetsformer och dess teknik
Förändringar i kropp och själ	Fysiska förändringar
	Psykiska förändringar
Socialt stöd	Stöd från gruppmedlemmar
	Stöd från rehabiliteringspersonalen
Kontinuitet i utövandet av fysisk aktivitet	Vikten av rutiner för fysisk aktivitet
	Att få ihop arbete och fysisk aktivitet

4.1 Känslan av att få en kick

Det uttrycktes att reumarehabiliteringen gav en kick. Kicken beskrevs som en känsla av ökad drivkraft i nära anslutning till deltagandet som gav en nytändning till fysisk aktivitet. Det påtalades att kicken bidrog till ökad fysisk aktivitet och upprätthållande av nya aktivitetsvanor som hade formats under reumarehabiliteringen. Vidare beskrevs att kicken kvarstod även efter avslutad rehabiliteringsperiod, då det upplevdes ett ökat behov till fysisk aktivitet. Det uttrycktes även en önskan om att delta i reumarehabilitering på nytt, då kicken förväntas avta.

“Nä men alltså det måste jag ju säga. Den här kursen som jag gick då. Eller rehabkursen då, det var väl den som satte igång det. Jag har ju försökt förut men då har jag väl inte varit tillräckligt motiverad, men att jag fick en, ja vad ska man säga en kick när jag gick den här rehabkursen.” – Deltagare 1

4.2 Ökad kunskap

Det framgick att reumarehabiliteringen hjälpte deltagare att få en ökad kunskap kring sin sjukdom. Den schemalagda undervisningen som var inkluderad i reumarehabiliteringen uppskattades, då det gav en bredare inblick kring sjukdomarna utifrån ett teoretiskt perspektiv. Den ökade kunskapen gav motivation till fysisk aktivitet efter deltagandet i reumarehabiliteringen, då det gav en ökad förståelse kring fysisk aktivitets betydelse. Dessutom bidrog reumarehabiliteringen till en ökad insikt om olika aktivitetsformer och dess tillhörande utrustning samt teknik, vilket påverkade motivationen till fysisk aktivitet positivt.

4.2.1 Lärdomar om reumatisk sjukdom

Efter deltagande i reumarehabilitering upplevdes en ökad sjukdomsinsikt, samt kunskap om inflammation och hur det påverkar kroppen. Det framkom även att reumarehabiliteringen gav en ökad förståelse för att problemen går i skov och att det finns möjlighet till att förbättra genom att ändra på sitt levnadssätt. Ytterligare något som framkom var att reumarehabiliteringen gav en ökad acceptans kring sjukdomen och verktyg i hur man kan hantera sina symptom. Vidare har även den ökade kunskapen lett till en acceptans kring att smärta inte är farligt, något som underlättat till fysisk aktivitet.

”Jag kunde inte springa, för jag hade ju skov då, och det visste inte jag vad det var... Kan du förstå, jag har trott att jag inte kan springa. Nä men det kan jag ju inte, inte när jag har ett skov.” – Deltagare 7

4.2.2 Lärdomar om fysisk aktivitet vid reumatisk sjukdom

Lärdomar om fysisk aktivitet var något som framgick som hade ökat motivationen. Det uppgavs en ökad förståelse för de positiva effekter som fysisk aktivitet har vid reumatisk sjukdom samt en ökad medvetenhet om konsekvenser av att vara fysiskt inaktiv. Ytterligare något som framkom var att reumarehabiliteringen gav lärdomar om att fysisk aktivitet i måttlig mängd inte är skadligt och att det inte är farligt med träningsvärk. En annan insikt var att vila kan förvärra besvären, framför allt på lång sikt.

“Men också att få veta ehm, jag skadar mig inte av att träna för att jag har en inflammation någonstans, utan så länge det inte gör ont liksom och dagarna efter är värre så är det ju liksom lugnt.” – Deltagare 3

Dessutom framgick att deltagandet bidrog till att hitta en hälsosam balans kring utförandet av fysisk aktivitet, något som tidigare upplevts svårt. Detta upplevdes vara en viktig aspekt för att hitta rätt dosering på intensitet, frekvens och duration i kombination med vila, som i sin tur var betydelsefullt för att kunna uppnå uppsatta mål och må bra långsiktigt. Det framkom att deltagare upplevde att de fått adekvata råd och verktyg kring hur de kan anpassa

den fysiska aktiviteten för att hitta en lämplig nivå. Med hjälp av de nya verktygen kunde de mer självständigt styra den fysiska aktiviteten med hänsyn till individuella förutsättningar.

“Aa men alltså jag är inte rädd eller vad man ska säga, jag kan sätta kanske mer hälsosamma gränser.” – Deltagare 5

4.2.3 Lärdomar om olika aktivitetsformer och dess teknik

Genom den bredd av aktiviteter som erbjöds, gavs en möjlighet att hitta en lämplig och glädjeric aktivitetsform som passade utifrån individuella behov och förutsättningar, något som upplevdes öka motivationen. Bassängträning påpekades som en populär aktivitetsform. Det framkom även att deltagare upptäckte att fysisk aktivitet i grupp underlättar. Reumarehabiliteringen bidrog även till lärdomar om aktiviteternas tillhörande utrustning och dess teknik. Detta beskrevs öka bekvämligheten vid utövandet av aktiviteterna, något som i sin tur underlättade vidmakthållandet av fysisk aktivitet.

“Så den här gången fick jag ju en instruktion i hur det funkade på gymmet, men men mycket är, hade jag inte haft den grunden att jag liksom har känt mig trygg i mina övningar och så innan jag lämnade sjukhuset hade jag nog inte fortsatt.” – Deltagare 3

4.3 Förändringar i kropp och själ

Deltagare i studien upplevde att de fick flera positiva förbättringar både fysiskt och psykiskt under deltagande i reumarehabiliteringen, vilket bidrog till en ökad motivation till fysisk aktivitet. Förbättringarna var relaterade till märkbara förändringar i sjukdomssymtom men också generella effekter som ökad styrka, kondition och välbefinnande. Däremot framkom det att tilltagande symptom kunde utgöra ett hinder för fysisk aktivitet och påverka motivationen negativt.

4.3.1 Fysiska förändringar

Det framfördes att reumarehabiliteringen bidrog till successiva fysiska förbättringar som ökad styrka, kondition, förbättrad gångförmåga samt minskad smärta och stelhet i lederna, vilket gav en ökad motivation till att utöva fysisk aktivitet. Något som också nämndes var att deltagandet i reumarehabilitering gav möjlighet att upptäcka och utmana sina egna fysiska förmågor, vilket i sin tur motiverade till vidmakthållandet av fysisk aktivitet.

“Eehm rörelsemässigt, konditionen allt blev bättre. Jag fick ju en helt annan motivation” – Deltagare 2

Även om reumarehabiliteringen bidrog med positiva fysiska förändringar som i sin tur ökade motivationen framkom att känslan inte var bestående. Det uttrycktes att tillkomna symptom som ökad smärta och stelhet bidrog till att motivationen kunde minska. Det beskrevs även en svårighet att utöva fysisk aktivitet vid perioder av skov när symptomen är mer uttalade. Vidare beskrevs att dessa perioder kunde leda till bakslag med en svårighet att återgå och vidmakthålla fysisk aktivitet.

“Eehm ja, alltså när jag kommer i gång och tränar så kan jag sätta i gång men sen så händer oftast någonting att jag blir sjuk, att jag får mer ont i kroppen, att jag inte kommer iväg på träningen och sen liksom fortsätter det sådär och så slutar jag liksom.” – Deltagare 3

4.3.2 Psykiska förändringar

Utöver fysiska förändringar upplevdes även förändringar i det psykiska måendet. Förbättringar i det psykiska måendet gav ett ökat välmående, något som motiverade till att fortsätta med fysisk aktivitet. Det uttrycktes en ökad medvetenhet och erfarenhet kring endorfiner och dess positiva effekt på humöret. Upplevelsen av de psykiska förbättringarna började redan under reumarehabiliteringsperioden i takt med att den fysiska aktiviteten blev alltmer regelbunden.

“Men också det här med att röra på sig gör ju att man får dom här endorfinerna, så det gör ju faktiskt att man inte blir lika deprimerad” – Deltagare 3

Det framkom att det psykiska måendet kunde variera, vid perioder av stress, trötthet och nedstämdhet upplevdes att motivationen och utövandet av fysisk aktivitet påverkades negativt. Dessutom uttrycktes även en viss rädsla för fysisk aktivitet då det kan utlösa smärta. Det beskrevs att smärtan initialt kan öka i samband med fysisk aktivitet, vilket upplevs skapa rädsla och oro som i sin tur har en negativ inverkan på motivationen.

" Och så är man rädd. Konstant rädd" – Deltagare 7

4.4 Socialt stöd

Det sociala stödet som reumarehabiliteringen genererade gav en ökad motivation till att utöva fysisk aktivitet både under och efter rehabiliteringsperioden. Det framkom att stödet från gruppmedlemmarna var en viktig faktor genom uppmuntran, erfarenhetsutbyte och en känsla av gemenskap. Dessutom upplevdes att stödet från rehabiliteringspersonalen var betydelsefullt för motivationen. Vid avslutad rehabiliteringsperiod framkom att alternativa stöd hittats genom personer i individens sociala omkrets som underlättade motivationen och vidmakthållandet av fysisk aktivitet.

4.4.1 Stöd från gruppmedlemmar

Det framgick att stödet från gruppmedlemmarna motiverade till fysisk aktivitet. Gruppdynamiken upplevdes positivt och deltagare stöttade varandra även när rehabiliteringen, under vissa stunder kunde upplevas som utmanande på grund av symptom bilden. Det framkom att det var viktigt att få möjlighet att utöva fysisk aktivitet med personer med liknande förutsättningar, något som uttrycktes saknas i dagsläget. Det framfördes även att deltagare har ett fortsatt stöd genom sociala medier, där de motiverar varandra till fysisk aktivitet. Den fortsatta kontakten mellan gruppmedlemmarna upplevdes även skapa förväntningar till fortsatt fysisk aktivitet. Utöver det virtuella stödet framfördes en ökad insikt kring vikten av att hitta stöd från familjemedlemmar, arbetskollegor och vänner, för att kunna upprätthålla sina nya aktivitetsvanor.

“Nämen jag tror man gör det där lilla extra som man kanske inte gör när man kör själv liksom. För då när vi körde i gruppen då, då var det liksom som att vi peppade lite grann varandra, liksom. Hela tiden då. Åå, då blir man ju lite mer motiverad också. Aa jag tyckte det var kul att köra i grupp” – Deltagare 8

Genom reumarehabiliteringen gavs även en möjlighet att träffa individer med liknande problematik där de kunde dela med sig av sina erfarenheter. Det upplevdes givande både att träffa dem med samma diagnos men också att träffa individer med andra diagnoser. Genom reumarehabiliteringen, kunde även deltagare genom erfarenhetsutbyte och det sociala samspelet relatera och inspireras av varandra, något som upplevdes öka motivationen till fysisk aktivitet.

“Vi ger ju varandra tips och råd och peppar och de. Så nej, jag tycker att alla med reumatisk sjukdom ska gå en sådan här grupp.” – Deltagare 4

4.4.2 Stöd från rehabiliteringspersonal

Utöver positiva upplevelser av stödet från varandra framkom också att rehabiliteringspersonalens stöd var viktigt för motivationen till fysisk aktivitet. Det uppgavs att fysio- och arbetsterapeuterna var lyhörda och tog hänsyn till individuella behov. De kunde anpassa upplägget kontinuerligt, framför allt vid utökad smärta. Den personliga kontakten som formades upplevdes även betydelsefull. Dessutom uppskattades de råd som rehabiliteringspersonalen delade med sig av, vilket upplevdes saknas efter rehabiliteringsperioden. Det framgick även en upplevd känsla av yttre förväntningar från rehabiliteringspersonalen, något som upplevdes motivera till att utöva fysisk aktivitet.

“De stöttade oss och visade oss hur man skulle göra...och det betyder ju jättemycket. Dels om man har frågor. Om man har ont här eller där. Vi kan göra si eller så, istället att man fick alternativ av dem till olika träningsredskap.” – Deltagare 6

4.5 Kontinuitet i utövandet av fysiska aktivitet

Vid intervjuerna framgick att reumarehabiliteringen bidragit till en kontinuitet i utövandet av fysiska aktivitet något som hade en positiv inverkan på motivationen till fysisk aktivitet. Däremot framkom att det kunde upplevas svårt att vidmakthålla en kontinuitet efter avslutad rehabiliteringsperiod, då det beskrevs vara en utmaning att kombinera de nya aktivitetsvanorna med arbetet.

4.5.1 Vikten av rutiner för fysisk aktivitet

Det framfördes att reumarehabiliteringen bidrog till att skapa rutiner kring utövandet av fysisk aktivitet. Genom ett regelbundet schema under en månads tid blev den fysiska aktiviteten en del av individens vardagsrutiner. Det upplevdes att motivationen till fysisk aktivitet ökade, då det var viktigt att inte tappa flödet i kontinuiteten. Deltagare utövade fortfarande fysisk aktivitet under samma veckodagar som på reumarehabiliteringen. Kontinuiteten underlättade även utförandet av fysisk aktivitet för de som upplevde det som ointressant.

“Jag har fått in rutin, det är det första. Eehm för jag tränar fortfarande samma dagar som rehab, rehabperioden var på.” – Deltagare 6

4.5.2 Att få ihop arbete och fysisk aktivitet

Det uppgavs att det i efterhand varit svårt att vidmakthålla fysisk aktivitet på grund av stressiga arbetssituationer. Arbetsdagar upplevdes långa och energikrävande, något som uttrycktes minska motivationen. Vid hemkomst ville deltagare vila, bevara energi och återhämta sig för att kunna möta nästkommande dag. Vidare uttrycktes en önskan gällande en utbredd tillgång till sjukhusgymmet för ett fortsatt utövande av fysisk aktivitet, då det upplevdes vara en mer bekväm miljö. Detta var något som försvårades på grund av arbetstider som var oförenliga med sjukhusgymnets öppettider.

”Jag förstår att de inte kan ta folk dygnet runt, men de kunde ha öppet två kvällar i veckan kanske, så kunde man liksom åka efter jobbet eller något sånt där, de skulle underlätta mycket” – Deltagare 8

5 DISKUSSION

5.1 Resultatsammanfattning

Syftet med studien var att undersöka hur deltagande i reumarehabilitering har påverkat motivationen till fysisk aktivitet hos personer med reumatiska sjukdomar. Genom intervjuerna framkom flera faktorer som ansågs öka motivationen till fysisk aktivitet. Det uppgavs att reumarehabiliteringen gav en kick samt genererade en ökad kunskap kring reumatisk sjukdom och om fysisk aktivitets betydelse. Ett annat fynd som påverkade motivationen var förändringar i kropp och själ, där både fysiska och psykiska aspekter belystes. Vidare ansågs det sociala stödet både från gruppmedlemmar och av rehabiliteringspersonalen betydelsefullt till att öka motivationen för fysisk aktivitet. Samtidigt framkom att sjukdomssymptom och arbetssituation kunde utgöra hinder för motivationen och vidmakthållande av fysisk aktivitet.

5.2 Resultatdiskussion

Vid intervjuerna uttrycktes att reumarehabiliteringen gav en kick till fysisk aktivitet, vilket beskrevs som en ökad drivkraft till beteendet. Uttrycket kan jämföras med hur motivation beskrivs av Cook & Artino (2016), som menar att det kan ses som en drivkraft till att utföra och vidmakthålla specifika målbeteenden. Däremot framgick det i denna studie att kicken förväntas att avta, vilket gör att begreppen delvis skiljer sig åt. Uttrycket hade därmed behövts studeras mer djupgående för att utforska innebörden ytterligare. Troligen var det flera faktorer som samspelade och bidrog till kicken, som den ökade kunskapen, det sociala stödet samt fysiska och psykiska förbättringarna.

Det beskrevs att reumarehabiliteringen bidrog till en ökad kunskap kring reumatiska sjukdomar. Dessutom vidgades kunskapen om fysisk aktivitet, både teoretiskt och praktiskt. Den ökade kunskapen kan kopplas till kompetensbehovet inom Self-determination theory (SDT), som i sin tur utgör en grundpelare för att uppnå inre motivation (Ryan & Deci, 2017). Vidare framkom det att reumarehabiliteringen hjälpte deltagare att hitta en lämplig nivå i utförandet av fysisk aktivitet. Genom måttliga utmaningar kan individens tilltro till att klara av beteendet stärkas, något som vidare stärker kompetensbehovet (Cook & Artino, 2016). Rådgivning kring hur fysisk aktivitet skulle anpassas och utrustning användas upplevdes öka motivationen och vidmakthållandet av fysisk aktivitet. Att klara av att utföra olika övningar med rätt teknik, kan ses som att kompetensbehovet inom SDT stärktes (Ryan & Deci, 2017). De fick även valmöjligheter och information gällande hur de självständigt kunde påverka sina omständigheter, vilket kan kopplas till autonomibehovet. Uppfylldhet av autonomibehovet är i sin tur viktigt för att uppnå inre motivation (Ryan & Deci, 2017). Autonomibehovet stärktes vidare genom att deltagare fick prova olika aktivitetsformer med ett valfritt deltagande. Det uppgavs att utbudet av aktivitetsformer gav en möjlighet att hitta en glädjeric och passande

aktivitetsform. Att hitta glädje i ett beteende anses i sin tur vara en viktig aspekt för motivation och vidmakthållande av ett beteende (Kwasnicka et al., 2016).

I studiens resultat framkom att reumarehabiliteringen gav både fysiska och psykiska förbättringar, som i sin tur ökade motivationen till fysisk aktivitet. Det upplevdes fysiska förbättringar i sjukdomssymptom samt en ökad styrka och kondition, vilket ökade motivationen. Detta kan jämföras med en studie av Raymond et al. (2016) där det framkom att kroppsliga förbättringar motiverade till fysisk aktivitet. Kroppsliga förbättringar kan ses som en form av yttre belöning vilket därmed kan kopplas till yttre motivation i enlighet med SDT (Ryan & Deci, 2000). Det framkom även att det psykiska måendet kunde variera. Detta går i linje med tidigare studier som visat att det är vanligt förekommande med försämringar i det psykiska måendet hos denna patientgrupp (Kool & Geenen, 2012; Santiago et al., 2017). Vid perioder av stress, trötthet och nedstämdhet upplevdes motivationen till fysisk aktivitet påverkas negativt. Reumarehabiliteringen bidrog med förbättringar i det psykiska måendet, vilket i sin tur motiverade till fysisk aktivitet. Dessa resultat kan jämföras med Hagel (2012) där det framkom att teambaserad rehabilitering för personer med reumatiska sjukdomar gav ökat psykiskt välmående. Vad ur reumarehabiliteringen som bidrog till förbättringar i det psykiska måendet i denna studie är inte helt klarlagt, men skulle kunna härledas till en kombination av både fysiologiska och/eller sociala omgivningsfaktorer. Det framgick i resultatet att rädsla för smärta och skada i samband med fysisk aktivitet utgjorde ett hinder. Detta överensstämmer med studierna av van den Berg et al. (2007) och Law et al. (2010), där det framgick att rädsla för ledskada i samband med fysisk aktivitet är ett vanligt hinder hos denna patientgrupp, vilket minskade motivationen. Samtidigt uppgavs i denna studie att reumarehabiliteringen bidragit till en ökad acceptans kring smärtan och en vetskap om att det inte är farligt, vilket i sin tur kunnat minska rädslan och ökat motivationen till fysisk aktivitet. Den förändrade sjukdomsinsikten stärkte självtilliten och därmed även kompetensbehovet, något som i sin tur stödjer möjligheten att uppnå inre motivation (Ryan & Deci, 2017).

I denna studie framgick att tilltagande sjukdomssymptom som omfattade både fysiska och psykiska symptom i form av smärta, fatigue och stelhet var en utmaning för motivationen och vidmakthållande av fysisk aktivitet. Detta resultat överensstämmer med tidigare studier, där det framkom att vanliga hinder till vidmakthållandet av fysisk aktivitet hos denna patientgrupp är tillkommen smärta och fatigue (Law et al., 2010; Metsios et al., 2023; Swärdh et al., 2008; van den Berg et al., 2007). Då reumatiska sjukdomar är kroniska tillstånd kommer symptomen alltid finnas i varierande omfattning (Karleskog et al., 2017). Detta belyser vikten av att individanpassa och ge verktyg till hur fysisk aktivitet kan utövas även vid perioder då symptomen är mer utbredda. Det framkom att rehabiliteringspersonalen gav adekvata råd och verktyg under rehabiliteringsperioden, men det upplevdes saknas i efterhand. Under reumarehabiliteringen upplevdes symptomen inte vara hindrande i samma utsträckning. Detta visar på att det fanns en eller flera faktorer i reumarehabiliteringen som bidrog till att beteendet utfördes och att dessa faktorer övervägde symptombilden. I resultatet framgick att det sociala stödet från gruppmedlemmar var betydelsefullt vid situationer under reumarehabiliteringen då symptomen var omfattande,

men förmodligen var det flera faktorer som samverkade och gav den ökade motivationen till att utföra beteendet.

Det sociala stödet som reumarehabilitering gav var något som upplevdes ha ökat motivationen till fysisk aktivitet, något som kan kopplas till både yttre och inre motivation (Ryan & Deci, 2000). Yttre motivation kan ses genom att deltagare motiverades av beröm och uppmuntran från varandra och av rehabiliteringspersonalen. I enlighet med SDT kan detta ses som olika former av yttre belöningar (Ryan & Deci, 2000). Detta resultat överensstämmer med studier av Raymond et al. (2016) och Swärdh et al. (2008), där det framkom att yttre sociala faktorer var viktigt för motivation och utövandet av fysisk aktivitet. I Raymond et al. (2016) framkom att det sociala stödet genom gruppträning kunde upplevas stöttande genom uppmuntran, men att det samtidigt kunde ingiva en tävlingskänsla genom jämförelser med gruppmedlemmar. Detta skulle kunna jämföras med denna studie där det framkom att deltagare kunde inspireras och jämföra sig med varandra, något som i sin tur gav en ökad motivation till fysisk aktivitet. I Raymond et al. (2016) fanns likheter med denna studie då båda undersökt upplevelser av fysisk aktivitet i grupp, däremot undersöktes inte motivation. Raymond et al. (2016) har använt sig av triangulering där olika forskare varit delaktiga i processen och det beskrevs att mättnad uppnåtts, vilket stärker deras studieresultat. Eftersom Raymond et al. (2016) är en kvalitativ studie blir överförbarheten begränsad. Dessutom skiljer sig kontexten mellan studierna, något som ytterligare begränsar överförbarheten. I Raymond et al. (2016) var det multisjuka patienter inlagda inom slutenvård i Australien, jämfört med denna studie där de fick öppenvård i Sverige. Patientgruppen i Raymond et al. (2016) hade en genomsnittsålder på 82,5 år till skillnad från 55, 7 i denna studie. Studien ansågs ändå användbar då den visar liknande resultat som tidigare studier (Fenton et al., 2021; Swärdh et al., 2008). Swärdh et al. (2008) menar att fysioterapeutens roll är väsentlig för att stötta vidmakthållande av fysisk aktivitet hos personer med reumatisk sjukdom. I studien belystes att beteendet kunde vidmakthållas genom förväntningar och överenskommelser med fysioterapeuten kring hur och när fysisk aktivitet ska utföras. I denna studie visades att både rehabiliteringspersonalen och gruppmedlemmarna gav förväntningar vilket motiverade till fysisk aktivitet. Detta går i linje med yttre motivation som beskriver att individer kan drivas till beteenden genom förväntningar från omgivningen (Ryan & Deci, 2000).

Den sociala omgivningen kan även bidra till att tillhörighetsbehovet stärks, vilket är ett av de grundläggande behoven för inre motivation (Ryan & Deci, 2017). Faktorer som respekt, social acceptans och att omgivningen upplevs omhändertagande är betydelsefulla faktorer för att stärka tillhörighetsbehovet (Cook & Artino, 2016). Det framkom att gruppsammanhållningen i reumarehabiliteringen var positiv och miljön upplevdes bekväm. De fysiska mötena uppskattades där en samhörighet skapades, något som ansågs öka motivationen till fysisk aktivitet. Efter avslutad rehabiliteringsperiod saknades detta. Däremot har den fortsatta kontakten genom sociala medier till viss del kunnat bidra till att tillhörighetsbehovet kunnat tillfredsställas, vilket hade positiva effekter på motivationen och vidmakthållandet av fysisk aktivitet.

Det framkom i resultatet att reumarehabiliteringen gav en kontinuitet i utövandet av fysisk aktivitet, något som ökade motivationen och underlättade vidmakthållandet. ”Att planera när och hur” ett visst beteende ska utföras är en betydelsefull beteendeförändringsteknik för att uppnå kontinuitet (Michie et al., 2013). I tidigare studier av Knittle et al. (2015) och Fenton et al. (2021) användes tekniken, något som sågs kunna bidra till en ökad motivation och underlättade vidmakthållande av fysisk aktivitet. Knittle et al. (2015) och Fenton et al. (2021) är båda RCT studier vilket är en fördel, då det ökar möjligheten att dra orsakssamband, då man minimerat risken för selektionsfel och därmed att resultatet blir snedvridet (Björk, 2010). RCT som studiedesign möjliggör generaliserbarhet i större utsträckning, däremot inkluderades endast personer med RA i studierna, något som delvis minskar generaliserbarheten till patientgruppen i denna studie. Självskattningsformulär användes i båda studierna, vilket ger en ökad risk för svarsbias (Björk, 2010). Dessutom var tidsramen för uppföljningarna relativt korta på 3 månader i Fenton et al. (2021) och 6 månader i Knittle et al. (2015), vilket försvårar bedömningen av effekterna av interventionerna på långt sikt. I studierna av Fenton et al. (2021) och Knittle et al. (2015) användes dessutom en kombination av beteendeförändringstekniker, vilket gör det svårt att fastställa vilken av dessa som gav effekt. Michie et al. (2013) menar att desto fler beteendeförändringstekniker som används desto mer effekt, vilket innebär att det troligtvis var kombinationen av beteendeförändringstekniker som ökade motivationen och underlättade vidmakthållandet. I denna studie framkom att deltagare tillämpade beteendeförändringstekniken ”Att planera när och hur” genom att de inspirerats av upplägget i reumarehabiliteringen. Detta visades genom inplanering av fysisk aktivitet utifrån samma dagar som reumarehabiliteringen varade, vilket underlättade kontinuiteten. Det framkom att fysisk aktivitet initialt kunde upplevas ointressant, men utövandet blev lättare i takt med att den blev mer kontinuerlig. Positiva hälsoeffekter av fysisk aktivitet uppträder även successivt genom ett kontinuerligt utförande (WHO, 2022). Huruvida det i denna studie var kontinuiteten i sig eller att den bidrog till fysiska och psykiska förbättringar, som i sin tur ökade motivationen, var oklart från denna studie.

Det kan vara en utmaning att uppnå en kontinuitet av ett nytt beteende (Ryan et al., 2008). Swärdh et al. (2008) diskuterar att överförbarheten av beteendet till en vardaglig kontext kan vara en utmaning, något som även visas i denna studie. Det framkom att det var en svårighet att kombinera fysisk aktivitet med arbetet, något som försvårat vidmakthållandet. Arbetssituationen kunde upplevas stressig, vilket gjorde att varken tid eller energi fanns till att utöva fysisk aktivitet. Dessa fynd belyser ett eventuellt behov av att diskutera aktivitetsbalans samt hur fysisk aktivitet kan integreras i vardagen efter avslutad rehabiliteringsperiod. I Nordgren et al. (2018) framkom vikten av att belysa individuella förutsättningar, då vidmakthållandet påverkas av det. Det är därmed väsentligt att stödja individer som har sämre förutsättningar för att fysiska aktivitet ska vidmakthållas även hos dessa. Enligt Swärdh et al. (2008) kan det även vara lämpligt att förbereda patienten för ett vidmakthållande av beteendet efter avslutad träningsperiod genom att stärka individens förmåga att utöva fysisk aktivitet i vardagliga kontexter. Att uppmuntra till fysisk aktivitet utanför den kliniska kontexten skulle kunna underlätta integrering av fysisk aktivitet efter rehabiliteringsperioden. Om patienten känner att de kan klara av att utföra fysisk aktivitet

utanför den kliniska kontexten kan det i sin tur stärka kompetensbehovet, i enlighet med SDT (Ryan & Deci, 2017).

Vid intervjuerna framkom även en önskan om fortsatt fysisk aktivitet på rehabiliteringskliniken, vilket försvårades på grund av arbetstider som var oförenliga med öppettiderna på kliniken. Detta försvårade vidmakthållandet av beteendeförändringen, vilket överensstämmer med Swärdh et al. (2008), där det framkom att bristande förmåga att kunna påverka tider kring fysisk aktivitet kan upplevas hindrande för vidmakthållandet. Att inte själv kunna påverka när fysisk aktivitet ska utföras kan i sin tur kopplas till bristande uppfyllnad av autonomibehovet enligt SDT (Ryan & Deci, 2000). I denna studie framkom även en önskan om fortsatt fysisk aktivitet tillsammans med gruppmedlemmarna. Ett av reumarehabiliteringens syfte är att skapa en beteendeförändring med ökad fysisk aktivitet (Alenius et al., 2022). Swärdh et al. (2008) konstaterar att det är angeläget att utforma en plan för hur fortsatt fysisk aktivitet kan ske utanför kliniken för att underlätta motivation och vidmakthållandet. Genom en plan för fortsatt fysisk aktivitet enligt deltagarnas önskemål hade även autonomibehovet kunnat stärkas och i sin tur den inre motivationen. Dessutom kan den inre motivationen stärkas genom ett kontinuerligt upprepande av beteendet med positiva utfall (Ryan & Deci, 2000). Tidsperioden på totalt tolv dagar kanske inte var tillräckligt för att uppnå inre motivation. En utökad möjlighet till fysisk aktivitet hade ökat förutsättningarna till att inre motivation hinner uppnås och i sin tur ett vidmakthållande av beteendet.

5.3 Metoddiskussion

En kvalitativ studiedesign tillämpades i föreliggande studie. Denna design lämpar sig för att undersöka individers subjektiva upplevelser och erfarenheter av ett fenomen (Carter & Lubinsky, 2016), vilket var denna studies ändamål. Eftersom kvalitativ forskning undersöker personliga upplevelser kopplade till specifika sammanhang blir överförbarheten begränsad (Malterud, 2001). Resultatet kan däremot skapa hypoteser och ses som komplement till tidigare och vidare forskning inom ämnet (Malterud, 2001). Ett bekvämlighetsurval tillämpades och detta utgör en svaghet för studiens överförbarhet då det är kontextbundet (Lundman & Graneheim, 2008). Det rekryterades deltagare från endast en klinik. För att stärka överförbarheten hade en större studiepopulation behövts med rekrytering från olika kliniker för att få en större spridning. På grund av begränsade resurser blev det svårt att genomföra en studie i den omfattningen. Att rekrytera deltagare med relevant erfarenhet av studieämnet är väsentligt för att säkerställa resultatens giltighet (Lundman & Hällgren-Granheim, 2017). Alla deltagare i denna studie hade erfarenhet av att delta i reumarehabiliteringen, något som stärker giltigheten då de kan dela med sig av sina upplevelser om hur motivationen till fysisk aktivitet påverkats. Deltagare rekryterades från två olika tidsperioder, vilket är något som skulle kunna haft en inverkan på resultatet, då motivationen kan påverkas över tid och minnessvårigheter uppstå. Däremot anser

studieförfattarna att det kan vara en fördel att grupperna deltog under olika tidsperioder då det kan ge en variation av upplevelser, något som kan stärka överförbarheten.

En väl strukturerad och planerad intervju är väsentligt för datainsamlingen vid kvalitativ forskning (Carter & Lubinsky, 2016). Ett centralt begrepp är mättnad, vilket kan sägas uppnås då intervjuer har utförts i den utsträckningen att ingen ny väsentlig information uppkommer (Lundman & Graneheim, 2008). Då urvalet var begränsat till åtta deltagare blir det därmed svårt att uppnå mättnad, vilket också är något som utgör en svaghet för studien. Pilotintervjuer genomfördes vilket gav författarna möjlighet att tillgodogöra sig erfarenhet av att intervjua, vilket ansågs betydelsefullt då denna erfarenhet saknades. Det hade varit fördelaktigt med ytterligare kunskaper för att möjligen få ett rikare material. Studieförfattarnas begränsade kunskaper kan även ha påverkat studieförfattarnas delaktighet i studien genom kroppsspråk, hur frågor ställts, bekräftande ord samt förmåga att känna av intervjusituationen (Danielson, 2012a). Intervjuguiden utformades med en semistrukturerad form, vilket gav möjlighet till flexibilitet under intervjusituationen. En strukturerad form hade kunnat tillämpas, fördelen med detta är att det ställer mindre krav på studieförfattarnas kompetens (Carter & Lubinsky, 2016). Detta kan dock begränsa materialet, då följdfrågor inte kan ställas i samma omfattning. Om det däremot tillämpades en ostrukturerad intervju hade det givit möjlighet till friare och djupare reflektioner kring ämnet. Denna metod tillämpades inte, då det ställer krav på förmåga att ställa relevanta följdfrågor och styra intervjuerna till syftet (Carter & Lubinsky, 2016).

Deltagarna gavs möjlighet att välja valfri plats för intervjun. Studieförfattarna strävade efter att få till ett fysiskt möte, då det ger möjlighet att avläsa kroppsspråk, vilket kan vara svårt vid intervjuer online (Carter & Lubinsky, 2016). Däremot var studieförfattarna ändå tydliga med att det är upp till deltagaren att bestämma lämpligast tid och plats. En av pilotintervjuerna genomfördes online, vilket gav studieförfattarna möjlighet att se över intervjusituationen. Kroppsspråket upplevdes kunna avläsas någorlunda då kamera var aktiverat under samtalet. En nackdel är att intervjuerna har utförts på olika platser vilket skulle kunna ha haft en inverkan på resultatet, då kontexten varierat. Däremot har studieförfattarna försökt skapa liknande förutsättningar under samtliga intervjuer. Detta gjordes genom en fördelning av ansvarsområden som minimerade risken för otydligheter och störningsmoment. Intervjuerna spelades in med hjälp av en diktafon. Inspelning kan göra att deltagaren känner sig obekvämt och viktig information riskeras att inte komma fram (Carter & Lubinsky, 2016). Att spela in intervjuer gör dock att författarna ges möjlighet att lyssna igenom samt transkribera intervjuerna. Det minimerar risken att viktig information uteblir och intervjuledaren kan vara mer delaktig under samtalet genom att inte behöva föra anteckningar. Vidare finns en utmaning vid intervjusituationer att deltagare formulerar sina svar baserat på vad de tror att intervjuledarna vill att de ska säga, så kallad intervjuareffekt (Kjellström, 2012). Detta kan ha påverkat resultatet, då det inte blir deltagarnas verkliga upplevelser. Studieförfattarna försökte undvika detta genom att förtydliga att det inte fanns något svar som var rätt eller fel.

Enkäter med kvalitativ utformning är en datainsamlingsmetod som skulle kunna tillämpas. Enkäten hade då bestått av öppna frågor för att kunna fånga upplevelser. Det finns en risk

med denna metod, då frågor riskeras att missuppfattas eller att deltagarna besvarar frågorna kortfattat. Följdfrågor skulle inte kunnat ställas i samma utsträckning, vilket kan leda till att materialet blir begränsat (Carter & Lubinsky, 2016). Däremot kan det vara en fördel med enkäter, då det ger möjlighet för deltagaren att reflektera kring svaren i lugn och ro. Studieförfattarna ansåg ändå att den valda metoden var mer lämplig för denna målgrupp. Förutom att följdfrågor inte kan ställas i samma utsträckning, kan det även bli svårt att skriva på grund av symptombilden vid reumatiska sjukdomar. Fokusgruppsintervjuer hade kunnat vara en annan metod till att besvara syftet. Det är en gruppintervju där deltagare samlas gemensamt för att diskutera öppet om frågor relaterade till ämnet. Forskaren intar en mer passiv roll, men ser till att diskussionerna inte avviker från ämnet (Wibeck, 2012). Denna metod kan få deltagarna inspirerade av varandra då de delar liknande erfarenheter, vilket kan locka fram berättelser som kan berika materialet. Det kan dock finnas en risk att deltagarnas åsikter färgas av varandra, och att det därmed inte blir deltagarnas verkliga åsikter som träder fram. Det finns även en risk att viktig information missas och att enbart vissa personers åsikter blir framträdande (Wibeck, 2012). Att arrangera fokusgrupper kan även vara svårt då det ställer krav på flexibilitet för överenskommelse av tid och plats. Samtidigt ställer det krav på forskaren att kunna styra samtalet när det glider i väg från syftet (Wibeck, 2012). Studieförfattarna ansåg att individuella intervjuer lämpade sig bättre för studiens syfte, då det gav möjlighet till bredare svar från varje deltagare. Dessutom ökade deltagarnas delaktighet, genom att studieförfattarna kunde visa sitt intresse för varje enskild deltagares upplevelser. Delaktigheten och giltigheten visas genom de enskilda citaten och det framställda resultatet som är baserat på samtliga deltagares upplevelser (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017). Vid kvalitativ studiedesign får forskaren inflytande under hela forskningsprocessen. Att redogöra för hur forskarens roll kan ha influerat arbetet är väsentligt för studiens kvalitet, vilket benämns reflexivitet (Malterud, 2001). Studieförfattarna har en teoretisk förförståelse kring beteendemedicin. Tidigare kunskaper om teorier kan ha gjort att samtalet omedvetet styrts i en specifik riktning. Detta kan i sin tur ha påverkat delaktigheten, då studieförfattarnas intressen omedvetet kan ha influerat samtalet.

Val av intervjufrågor kan ha haft en inverkan på vilken typ av information som framkommit. Öppna frågor användes vilket gav möjlighet att fritt diskutera kring frågan samt minskade studieförfattarnas delaktighet. Vid dataanalys tillämpades en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004), vilket är beroende av författarna för att kunna tolka materialet. Detta kan ha påverkat studiens tillförlitlighet negativt, då det kan finnas en risk för misstolkning av deltagarnas beskrivna upplevelser. Däremot tillämpades ett manifest angreppssätt i analysen, något som ökar tillförlitligheten (Graneheim & Lundman, 2004), eftersom deltagarnas verkliga ord blir mer framträdande, till skillnad från ett latent förhållningssätt där författaren gör en djupare tolkning av materialet (Danielson, 2012b). Dessutom har analysprocessen beskrivits noggrant vilket stärker tillförlitligheten, då det finns möjlighet för läsaren att skapa sig en bild över processen. För att ytterligare stärka tillförlitligheten hade studieförfattarna kunnat kontakta deltagarna i efterhand för att se ifall de ville komplettera med värdefull information till studien. Dessutom hade ett utkast på det

framställda resultatet kunna skickats till deltagarna för att säkerställa att resultatet överensstämmer med deras upplevelser (Wallengren & Henricson, 2012).

Triangulering är ett annat sätt att stärka tillförlitligheten. Det innebär att man studerar forskningsämnet ur flera perspektiv genom tillämpning av olika metoder för att få en djupare förståelse (Malterud, 2001). Carter et al. (2014) diskuterar att triangulering kan ske i olika former. En av dessa är utredningstriangulering, som innebär att fler än en forskare är delaktiga i studien och kan ge sina synvinklar kring ämnet. I denna studie har detta tillämpats genom att det är två studieförfattare som varit delaktiga i arbetsprocessen. Detta är ett sätt att stärka studiens tillförlitlighet, då olika perspektiv har kunnat lyftas, diskuterats samt bekräftats (Carter et al., 2014). Att dataanalysen utfördes gemensamt skulle kunna ha haft en inverkan på resultatet genom att studieförfattarnas tolkningar kan ha färgats av varandra. Initialt planerades att utföra delar av dataanalysen på varsitt håll för att sedan jämföras. Om liknande resultat framkommit hade det stärkt studiens tillförlitlighet, då det ger en samstämmighet kring tolkningen av materialet (Malterud, 2001). Vidare kan tillförlitligheten i en studie stärkas genom att utomstående personer kritiskt granskar arbetet (Wallengren & Henricson, 2012), något som tillämpats i denna studie genom kontinuerlig granskning av handledare och studiekamrater.

5.4 Etikdiskussion

Studieförfattarna har försökt att förhålla sig till etiska principer i enlighet med Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013). Informationskravet (World Medical Association, 2013) tillämpades genom att deltagarna fått information om studien vid ett flertal tillfällen. Detta har varit en fördel, då deltagare haft möjlighet att reflektera och göra sig införstådda i studien, eventuella risker samt rättigheter. Den initiala kontakten skedde genom fysioterapeuten på grund av regler kring GDPR (Integritetsskyddsmyndigheten, 2021), vilket skulle kunnat påverka tillämpning av samtyckeskravet negativt. Det finns en risk att deltagarna kan ha upplevt en press av att delta då rekryterande fysioterapeut även hade fortsatta behandlingstillfällen. Efter godkännande om utlämning av personuppgifter valde studieförfattarna att ringa till deltagarna för rekrytering. Detta tillvägagångssätt kan ha påverkat deltagarnas svar, då det eventuellt kan upplevas svårare att avstå än om förfrågan hade skett skriftligt. Däremot fanns det beskrivet i informationsbrevet att deltagarna kunde avbryta sitt deltagande och upphäva sitt samtycke. Studieförfattarna har förhållit sig till konfidentialitetskravet (World Medical Association, 2013), där det insamlade materialet har avpersonifierats. Dessutom har samtliga intervjuer spelats in via diktafon, vilket är ett säkrare sätt att spela in då det inte är uppkopplat mot eventuella molntjänster och därmed inte risk för spridning (Integritetsskyddsmyndigheten, 2021). Materialet bevarades sedan på lösenordskyddade datorer, detta tillvägagångssätt skulle kunna innebära eventuell risk för spridning genom dataintrång, däremot har studieförfattarna iakttagit försiktighet kring hantering av sin dator under arbetets gång. I enlighet med nyttjandekravet (World Medical Association, 2013) har den insamlade

informationen endast använts för studiens ändamål. Studieförfattarna har inget vinstintresse av det insamlade materialet. För att ytterligare stärka nyttjande- och confidentialitetskravet raderades materialet direkt efter godkänt examensarbete för att minska risk för spridning.

6 SLUTSATS

Reumarehabilitering bidrog till en ökad motivation till fysisk aktivitet. Faktorer som framgick ha ökat motivationen var känslan av att få en kick, en ökad kunskap, förändringar i kropp och själ, socialt stöd samt kontinuitet i utövandet av fysisk aktivitet. Däremot kunde motivationen avta, främst vid uppkomst av olika hinder som var relaterade till sjukdomssymptom och arbetssituation. I studiens resultat framkom att faktorer i reumarehabiliteringen som påverkade motivationen, kan kopplas till både inre och yttre motivation inom SDT. Huruvida deltagare drevs av yttre eller inre motivation, eller en kombination av dessa är svårt att uttala. Om individer däremot enbart drivs av yttre motivation riskeras att beteendet upphör vid avslutad rehabiliteringsperiod. Det innebär att individen kan behöva hitta alternativa yttre stöd för att upprätthålla beteendet, vilket visades i denna studie genom ett ökat behov av yttre förstärkningar från den sociala omgivningen. Då inre motivation är väsentlig för att vidmakthålla ett beteende blir det betydelsefullt att fysioterapeuter stödjer uppfyllnad av tillhörighets- autonomi- och kompetensbehovet. Reumarehabiliteringen bidrog till att stärka behoven, men eventuellt hade vidare stöttning av dessa behövts för att uppnå en långsiktig beteendeförändring. Sammanfattningsvis tyder resultatet på att reumarehabilitering kan påverka motivationen till fysisk aktivitet positivt, däremot är det inte säkert att en bestående beteendeförändring uppnås. Resultaten i studien belyser aspekter som både ökade och hindrade motivationen, samt hur fysioterapeuter kan arbeta med att stödja deltagarnas motivation till att utöva och vidmakthålla fysisk aktivitet. Då detta är en kvalitativ studie bunden till en specifik kontext bör resultatet tolkas med varsamhet, då generalisering inte är möjlig.

7 KLINISK BETYDELSE

Denna uppsats beskriver personer med reumatiska sjukdomars upplevelser av hur deltagande i reumarehabilitering har påverkat motivationen till fysisk aktivitet. Då motivation är väsentligt för att vidmakthålla fysisk aktivitet, blir studiens resultat relevant då det ger en ökad inblick i vad som påverkar motivationen. Studien får klinisk relevans genom att fysioterapeuter kan inspireras över vad som kan behöva implementeras i reumarehabiliteringen och i patientens vardag för att stärka individens motivation till att

vidmakthålla fysisk aktivitet även efter rehabiliteringsperioden. Resultaten kan även användas av andra kliniskt yrkesverksamma som arbetar med att eftersträva beteendeförändringar i form av ökad fysisk aktivitet. I studien deltog totalt åtta deltagare från en klinik under en specifik tidsperiod, vilket begränsar överförbarheten. För att öka överförbarheten hade det varit fördelaktigt att utföra en kvalitativ studie med större spridning både geografiskt, tids- och populationsmässigt. Det behövs vidare forskning på hur det nya beteendet kan integreras och vidmakthållas även långsiktigt efter avslutad rehabiliteringsperiod. Reumarehabilitering tillämpar flera beteendeförändringstekniker som information om beteende-hälsa, socialt stöd och förstärkning av önskvärt beteende. Däremot hade det kunnat vara fördelaktigt med ytterligare fokus på beteendeförändringstekniker som främjar vidmakthållande och därmed skapa förutsättningar till en god sjukdomsprognos. Det behövs dock vidare forskning för att fastställa detta. Vidare hade det varit intressant att studera om ytterligare tillfredställande av autonomi-, kompetens- och tillhörighetsbehovet hade haft en positiv inverkan på vidmakthållandet av fysisk aktivitet. Exempelvis genom en intervention där deltagare som önskar får fortsätta utöva fysisk aktivitet på klinik tillsammans med varandra under en längre tidsperiod.

REFERENSLISTA

- Alenius, G.M., Avik, A., Calander, A.M., Lindqvist, E., Magnusson-Bucher, S., Teleman, A. (2022). *Rekommendationer för Modern ReumaRehabilitering: På uppdrag av Svensk Reumatologisk Förening*. Svensk Reumatologisk Förening.
<https://svenskreumatologi.se/grupper/arbetsgrupper/riktlinjer-for-modern-reumarehabilitering-morr/#>
- Björk, J. (2010). *Praktisk statistik för medicin och hälsa*. Liber.
- Breedland, I., van Scheppingen, C., Leijnsma, M., Verheij-Jansen, N. P., & van Weert, E. (2011). Effects of a group-based exercise and educational program on physical performance and disease self-management in rheumatoid arthritis: a randomized controlled study. *Physical therapy, 91*(6), 879–893.
<https://doi.org/10.2522/ptj.20090010>
- Bremander, A., Malm, K., Andersson, M. L., & BARFOT study group (2020). Physical activity in established rheumatoid arthritis and variables associated with maintenance of physical activity over a seven-year period - a longitudinal observational study. *BMC rheumatology, 4*, 53. <https://doi.org/10.1186/s4192da7-020-00151-6>
- Broberg, C., & Lenné, R. (2019). *Fysioterapi - Profession och vetenskap*. Stockholm: Fysioterapeuterna.
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A. J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. *Oncology nursing forum, 41*(5), 545–547.
<https://doi.org/10.1188/14.ONF.545-547>
- Carter, R. E., & Lubinsky, J. (2016). *Rehabilitation Research: Principles and Applications* (5th ed.). Missouri: Elsevier.
- Cook, D. A., & Artino, A. R., Jr (2016). Motivation to learn: an overview of contemporary theories. *Medical education, 50*(10), 997–1014. <https://doi.org/10.1111/medu.13074>
- Danielson, E. (2012a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 163–174). Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2012b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 329–343). Studentlitteratur.
- Denison, E., & Åsenlöf, P. (2012). *Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnastik*. Studentlitteratur.

- Ehrlich-Jones, L., Lee, J., Semanik, P., Cox, C., Dunlop, D., & Chang, R. W. (2011). Relationship between beliefs, motivation, and worries about physical activity and physical activity participation in persons with rheumatoid arthritis. *Arthritis care & research*, 63(12), 1700–1705. <https://doi.org/10.1002/acr.20616>
- Fenton, S. A. M., Veldhuijzen van Zanten, J. J., Metsios, G. S., Rouse, P. C., Yu, C. A., Ntoumanis, N., Kitas, G. D., & Duda, J. L. (2021). Testing a self-determination theory-based process model of physical activity behavior change in rheumatoid arthritis: results of a randomized controlled trial. *Translational behavioral medicine*, 11(2), 369–380. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa022>
- Franco-Aguirre, J. Q., Cardona-Tapias, A. A., & Cardona-Arias, J. A. (2017). Health-related quality of life of rheumatic disease patients treated in a specialized IPS in Medellin, Colombia. *Journal of medicine and life*, 10(4), 223–231.
- Försäkringskassan. (2016). *Rehabiliteringsersättning. Rättslig kvalitetsuppföljning (Rättslig uppföljning 2016:2)*.
- Gabriel, S. E., & Michaud, K. (2009). Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the rheumatic diseases. *Arthritis research & therapy*, 11(3), 229. <https://doi.org/10.1186/ar2669>
- Geuskens, G. A., Hazes, J. M., Barendregt, P. J., & Burdorf, A. (2008). Work and sick leave among patients with early inflammatory joint conditions. *Arthritis and rheumatism*, 59(10), 1458–1466. <https://doi.org/10.1002/art.24104>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hagel, S. (2012). *Team rehabilitation and health care utilization in chronic inflammatory arthritis patients*. [Doktorsavhandling, Lund University]. <https://lup.lub.lu.se/search/files/3721355/3021652.pdf>
- Integritetskyddsmyndigheten (2021). *Dataskyddsförordningen (GDPR)*. <https://www.datainspektionen.se/lagar--regler/dataskyddsförordningen/>
- Karleskog, L., Saxne, T., Rudin, A., Rönnblom, L., & Engman, Y. (2017). *Reumatologi* (3 uppl). Studentlitteratur.
- Katz, P., Andonian, B. J., & Huffman, K. M. (2020). Benefits and promotion of physical activity in rheumatoid arthritis. *Current opinion in rheumatology*, 32(3), 307–314. <https://doi.org/10.1097/BOR.0000000000000696>
- Kelley, G. A., Kelley, K. S., & Callahan, L. F. (2018). Community-deliverable exercise and anxiety in adults with arthritis and other rheumatic diseases: a systematic review with meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ open*, 8(2), e019138. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019138>

- Knittle, K., De Gucht, V., Hurkmans, E., Peeters, A., Ronday, K., Maes, S., & Vlieland, T. V. (2015). Targeting motivation and self-regulation to increase physical activity among patients with rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial. *Clinical rheumatology*, 34(2), 231–238. <https://doi.org/10.1007/s10067-013-2425-x>
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.69–92). Studentlitteratur.
- Kool, M. B., & Geenen, R. (2012). Loneliness in patients with rheumatic diseases: the significance of invalidation and lack of social support. *The Journal of psychology*, 146(1-2), 229–241. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.606434>
- Kwasnicka, D., Dombrowski, S. U., White, M., & Sniehotta, F. (2016). Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. *Health psychology review*, 10(3), 277–296. <https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1151372>
- Law, R. J., Breslin, A., Oliver, E. J., Mawn, L., Markland, D. A., Maddison, P., & Thom, J. M. (2010). Perceptions of the effects of exercise on joint health in rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology (Oxford, England)*, 49(12), 2444–2451. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keq299>
- Lundberg, I. E. (2014). Fysisk aktivitet och inflammation. I C.H. Opava (Red.), *Fysisk aktivitet vid reumatisk sjukdom* (s. 45–54). Studentlitteratur.
- Lundman, B., & Graneheim, H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. i M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen, *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 188–202). Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (Uppl. 3, s. 219–234) Studentlitteratur.
- Malterud K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet (London, England)*, 358(9280), 483–488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Matcham, F., Scott, I. C., Rayner, L., Hotopf, M., Kingsley, G. H., Norton, S., Scott, D. L., & Steer, S. (2014). The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: a systematic review and meta-analysis. *Seminars in arthritis and rheumatism*, 44(2), 123–130. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2014.05.001>
- Metsios, G. S., Fenton, S. A. M., Tzika, K., Moe, R. H., Fragoulis, G. E., Vlieland, T. P. M. V., Nikiphorou, E., Van den Ende, C. H. M., Fatouros, I., van der Esch, M., Niedermann, K., Stavropoulos-Kalinoglou, A., van Zanten, J. J. C. S. V., Brodin, N., O'Brien, C. M., Koutedakis, Y., Kennedy, N., Swinnen, T. W., Bostrom, C., Kitas, G. D., ... IMPACT-RMD Consortium (2023). Barriers and facilitators for physical activity in rheumatic and musculoskeletal disease: a European-based survey. *Clinical rheumatology*,

10.1007/s10067-023-06518-7. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1007/s10067-023-06518-7>

- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J., & Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 46(1), 81–95.
<https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- Neuberger, G. B., Aaronson, L. S., Gajewski, B., Embretson, S. E., Cagle, P. E., Loudon, J. K., & Miller, P. A. (2007). Predictors of exercise and effects of exercise on symptoms, function, aerobic fitness, and disease outcomes of rheumatoid arthritis. *Arthritis and rheumatism*, 57(6), 943–952. <https://doi.org/10.1002/art.22903>
- Nordgren, B., Fridén, C., Demmelmaier, I., Bergström, G., Lundberg, I. E., Nessen, T., Dufour, A. B., Opava, C. H., & PARA Study Group (2018). An Outsourced Health-enhancing Physical Activity Program for People with Rheumatoid Arthritis: Study of the Maintenance Phase. *The Journal of rheumatology*, 45(8), 1093–1100.
<https://doi.org/10.3899/jrheum.171002>
- Opava, C. H. (Red.). (2014). *Fysisk aktivitet vid reumatisk sjukdom*. Studentlitteratur.
- Pearce, M., Garcia, L., Abbas, A., Strain, T., Schuch, F. B., Golubic, R., Kelly, P., Khan, S., Utukuri, M., Laird, Y., Mok, A., Smith, A., Tainio, M., Brage, S., & Woodcock, J. (2022). Association Between Physical Activity and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 79(6), 550–559.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0609>
- Raymond, M. J., Burge, A. T., Soh, S. E., Jeffs, K. J., Winter, A., & Holland, A. E. (2016). Experiences of older adults in a group physiotherapy program at a rehabilitation hospital: A qualitative study. *Journal of hospital medicine*, 11(5), 358–362.
<https://doi.org/10.1002/jhm.2550>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.68>
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2017). *Self-determination theory: basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York: Guilford Press.
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *European Health Psychologist*, 10(1), 2-5.
- Santiago, M. G., Marques, A., Kool, M., Geenen, R., & da Silva, J. A. P. (2017). Invalidation in Patients with Rheumatic Diseases: Clinical and Psychological Framework. *The Journal of rheumatology*, 44(4), 512–518. <https://doi.org/10.3899/jrheum.160559>

- Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor: Stöd för styrning och ledning*
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf>
- Socialstyrelsen. (2021). *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar: Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-1-7137.pdf>
- Swärdh, E., Biguet, G., & Opava, C. H. (2008). Views on exercise maintenance: variations among patients with rheumatoid arthritis. *Physical therapy*, 88(9), 1049–1060.
<https://doi.org/10.2522/ptj.20070178>
- van den Berg, M. H., de Boer, I. G., le Cessie, S., Breedveld, F. C., & Vliet Vlieland, T. P. (2007). Most people with rheumatoid arthritis undertake leisure-time physical activity in the Netherlands: an observational study. *The Australian journal of physiotherapy*, 53(2), 113–118. [https://doi.org/10.1016/s0004-9514\(07\)70044-2](https://doi.org/10.1016/s0004-9514(07)70044-2)
- Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 193–214). Studentlitteratur.
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481–496). Studentlitteratur.
- World Health Organization. (5 oktober 2022). *Physical activity*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.2>

BILAGA A

Introduktion av studiens syfte, genomgång av samtycke samt eventuella frågor.

Syftet med studien är att beskriva hur personer med reumatiska sjukdomar upplever att grupprehabilitering har påverkat motivationen till fysisk aktivitet.

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

- Hur gammal är du?
- Kön?
- Vad har du för sysselsättning?
- Vilken typ av reumatisk sjukdom har du?
- Hur länge har du haft diagnosen?

Intervjufrågor

1. Vad betyder fysisk aktivitet för dig?

Följdfråga: Hur såg din fysiska aktivitetsnivå ut innan grupprehabiliteringen?

Följdfråga: Hur ser din fysiska aktivitetsnivå ut i dagsläget?

Följdfråga: Vad är dina upplevelser av fysisk aktivitet? (kroppsligt, känslomässigt, socialt).

Generella följdfrågor: *Kan du utveckla hur du tänker, kan du förklara det där lite närmare, hur menar du då, på vilket sätt, varför tror du att det blev så?*

2. Kan du berätta om din fysiska aktivitetsnivå har förändrats sedan du deltog i grupprehabiliteringen?

Följdfråga: Om den har förändrats, kan du berätta hur den har förändrats?

Följdfråga: Om den inte har förändrats, vad hade du behövt för att fortsätta med fysisk aktivitet på egen hand efter grupprehabiliteringen?

Generella följdfrågor: *Kan du utveckla hur du tänker, kan du förklara det där lite närmare, hur menar du då, på vilket sätt, varför tror du att det blev så?*

3. Kan du berätta om ett tillfälle när du var fysiskt aktiv efter grupprehabiliteringen?

Följdfråga: Vad gjorde att du bestämde dig för att utföra den fysiska aktiviteten?

Generella följdfrågor: *Kan du utveckla hur du tänker, kan du förklara det där lite närmare, hur menar du då, på vilket sätt, varför tror du att det blev så?*

4. Kan du berätta om vad i grupprehabiliteringen som har varit värdefullt för att du ska kunna fortsätta med fysisk aktivitet?

Följdfråga: Skulle du kunna beskriva mer om på vilket sätt och varför du tyckte det var värdefullt?

Generella följdfrågor: *Kan du utveckla hur du tänker, kan du förklara det där lite närmare, hur menar du då, på vilket sätt, varför tror du att det blev så?*

5. Kan du beskriva vad som underlättar eller försvårar ditt utövande av fysisk aktivitet?

Generella följdfrågor: *Kan du utveckla hur du tänker, kan du förklara det där lite närmare, hur menar du då, på vilket sätt, varför tror du att det blev så?*

6. Vilka lärdomar tog du med dig från grupprehabiliteringen?

Följdfråga: Kan du beskriva hur detta har påverkat hur du tänker kring fysisk aktivitet?

Generella följdfrågor: *Kan du utveckla hur du tänker, kan du förklara det där lite närmare, hur menar du då, på vilket sätt, varför tror du att det blev så?*

Avslutande fråga

7. Har du något mer du vill tillägga?

BILAGA B

INTYG OM TILLSTÅND FÖR EXAMENSARBETE I FYSIOTERAPI

Preliminär titel på studien:

Upplevd motivation till fysisk aktivitet genom grupprehabilitering: En kvalitativ intervjustudie på personer med reumatiska sjukdomar

Students namn, e-post och telefon:

Students namn, e-post och telefon:

Handledare på Mälardalens Universitet, namn, e-post och telefon:

Verksamhet och ort:

Kontaktperson vid verksamheten: namn, e-post och telefon:

Verksamhetschef: namn, e-post och telefon:

Datum och ort:

Namnteckning, verksamhetschef

BILAGA C

Förfrågan om deltagande i en studie om motivation till fysisk aktivitet genom grupprehabilitering

Vi är två fysioterapeutstudenter som studerar på Mälardalens Universitet. Vi håller just nu på att skriva vårt examensarbete där vi vill undersöka hur deltagande i grupprehabilitering på en reumatologklinik påverkar motivationen till fysisk aktivitet.

Bakgrund & Syfte: Att leva med reumatisk sjukdom kan medföra symtom som smärta och stelhet, något som kan utgöra begränsningar i rörelseförmåga och livskvalité. Forskning har visat att fysisk aktivitet kan minska dessa symtom men trots detta är följsamheten till fysisk aktivitet låg. Genom denna studie vill vi undersöka hur personer med reumatiska sjukdomar upplever att grupprehabilitering har påverkat motivationen till fysisk aktivitet.

Förfrågan om deltagande: Du tillfrågas att delta i vår studie eftersom du har deltagit i grupprehabilitering på en reumatologklinik. Är du intresserad av att delta i studien kommer vi att kontakta dig efter att du gett ditt godkännande till fysioterapeuten om att dina kontaktuppgifter kan lämnas ut till oss.

Kriterierna för att delta i studien är att du ska ha en diagnostiserad reumatisk sjukdom. Du ska ha deltagit under minst tre tillfällen av en grupprehabiliteringsperiod på en reumatologklinik under tidsperioden 2022-01-01 – 2022-12-31. Du behöver även kunna förstå och uttrycka dig på svenska.

Studiens praktiska genomförande: Vi planerar att genomföra individuella intervjuer som metod till vårt arbete. En intervju kommer att hållas med dig och den beräknas ta cirka 20 min. Du väljer själv om du vill genomföra intervjun fysiskt på en plats som vi gemensamt bestämmer eller om du hellre deltar online via Zoom. Intervjun kommer att handla om dina upplevelser och erfarenheter från grupprehabiliteringen och hur det påverkat din motivation till fysisk aktivitet. Samtalet kommer spelas in på diktafon och därefter skrivas över på lösenordskyddad dator för att analyseras.

Risker: Det finns inga uppenbara risker med att delta i studien, men om du någon gång under intervjun upplever att det känns obehagligt har du rätt att ta paus eller avbryta.

Fördelar: Genom att du delar med dig av dina upplevelser och erfarenheter bidrar du till ökad kunskap inom området. Grupprehabiliteringen kan även utvecklas genom en ökad förståelse för vad som skapar motivation till fysisk aktivitet. Det är också betydelsefullt i forskningssyfte att få en berikad bild av verkligheten för att kunna göra kvalitetsförbättringar.

Konfidentialitet: Allt material från intervjun behandlas konfidentiellt, vilket innebär att ingen utomstående ska kunna identifiera dig som deltagare. Endast studieförfattarna kommer att ha tillgång till materialet som sedan raderas efter avslutat examensarbete.

Presentation av studiens resultat: Studiens resultat kommer att presenteras som en kandidatuppsats vid Mälardalens Universitet.

Frivillighet: Deltagande i studien är helt frivilligt och du har rätt att när som helst avbryta utan att behöva ange orsak. Du får då välja om du vill att dina svar raderas och exkluderas från studien. Att avbryta deltagande i studien är inte något som kommer att påverka din fortsatta behandling.

Är du intresserad av att delta ger du godkännande om det till fysioterapeuten så kontaktar vi dig. Du är varmt välkommen att kontakta oss om du har övriga frågor om studien. Tack på förhand!

Kontaktuppgifter

Susanna Hansson, xxxxxx@student.mdu.se, 07x-xxx xx xx.

Mona Yusuf, xxxxxx@student.mdu.se, 07x- xxx xx xx.

Handledare: Johanna Fritz, xxxxx@mdu.se, 07x-xxx xx xx.

BILAGA D

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och/eller skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i studien *Upplevd motivation till fysisk aktivitet genom grupprehabilitering: En kvalitativ intervjustudie på personer med reumatiska sjukdomar*
- Jag samtycker till att mina data tillfälligt sparas på det sätt som beskrivs i informationen om studien.

Plats och datum	Underskrift
	Namnförtydligande



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