

UPPLEVELSE AV FOTFUNKTION

– efter konservativt behandlad hälseneruptur

ANNA SVANBOM

SOFIA WEDEBRAND

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Forskning visar att konservativ behandling kan ge nedsatt fotfunktion efter hälseneruptur. Få kvalitativa studier finns inom ämnet, därmed bör denna studie skrivas för att ge djupare förståelse för hur dessa personer upplever sin fotfunktion.

Syfte: Undersöka hur personer som behandlats konservativt upplever sin fotfunktion ett till två år efter en hälseneruptur samt om de upplever sig ha ett undvikande beteende i vardagen.

Metod: Fyra personer som ådragit sig hälseneruptur medverkade i denna kvalitativa studie. Semistrukturerade intervjuer genomfördes och bearbetades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Upplevd fotfunktion är varierande gällande rörlighet, styrka och smärta. Deltagarna upplever skillnad i vardagen jämfört med innan skadan. Deltagarna har undvikande beteende gällande skadesituationen. Tidsförloppet gällande förändringen av fotfunktion från skadetillfället tills i dag har varit långdraget men de flesta upplever att utveckling fortfarande sker.

Slutsats: Nedsatt fotfunktion upplevs i varierande grad, vilket påverkar i vardagen vid exempelvis gång och trappgång. Detta gör det svårt att dra någon gemensam slutsats gällande deltagarnas fotfunktion. Samtliga har dock någon form av undvikande beteende gällande aktiviteten som utfördes vid skadetillfället, på grund av oro och rädsla för ny skada. Fotfunktionens förändring upplevs som långsam vilket gör flera deltagare missnöjda.

Nyckelord: Fotfunktion, hälseneruptur, konservativ behandling, undvikande beteende, upplevelser

ABSTRACT

Background: Previously research shows that people treated conservatively can have reduced foot function after Achilles tendon rupture. However, there are few qualitative studies in the subject, so this essay is written to provide a deeper understanding of how these people feel about their foot function one to two years after the injury.

Purpose: Investigate how people perceive their foot function after conservative treatment one to two year after Achilles tendon rupture and if they have an avoidance behavior in their everyday lives.

Method: Four people who suffered from Achilles tendon rupture participated in this qualitative study. The study was conducted with semi-structured interviews, which in turn were processed using qualitative content analysis.

Results: The perceived foot function is today varied in terms of mobility, strength and pain according to the participants. They feel difference in their everyday life in comparison with before the injury. It appears that participants have avoidance behavior when it comes to the situation of injury. They expressed that the time course of development of foot function from the time of injury until today has been long-lasting but most of the participants mentions that there is still development of the foot function.

Conclusion: The participants experience reduced foot function in varying degrees, who affect them in their everyday life, in situations including walking and staircase- walking. For this reason is it difficult to draw a collective conclusion of the participants experienced foot function. However, the situations where the injury occurred are avoided by the participants because of fear of getting a new rupture. Development of foot function is continuing, but is perceived as slow by many participants and they are not satisfied with this.

Keywords: Achilles tendon rupture, avoidance behavior, conservative treatment, experiences, foot function

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	2
2.1 Incidens och orsak	2
2.2 Diagnostisering.....	2
2.3 Hälsenans uppbyggnad.....	2
2.4 Behandling.....	3
2.5 Fördelar och nackdelar med konservativ och kirurgisk behandling.....	3
2.6 Studiers resultat av konservativ behandling	4
2.7 Definition av ”uppleva”.....	4
2.8 Definition av ”fotfunktion”	4
2.9 Undvikande beteende	5
2.10 Operant inlärningsteori	5
2.11 Respondent inlärningsteori	5
2.12 Problemområde.....	6
3. SYFTE	6
3.1 Frågeställningar	6
4. METOD	7
4.1 Design.....	7
4.2 Datainsamling.....	7
4.3 Intervjuguide.....	7
4.4 Urval	8
4.5 Inklusion- och exklusionskriterier	8
4.6 Genomförande	8
4.7 Intervjudeltagare	10
4.8 Bortfall.....	10

4.9 Dataanalys	10
4.10 Etiska överväganden.....	11
5. RESULTAT	11
5.1 Kategori: Påverkan på fotfunktion	12
5.2 Kategori: Förändring av fotfunktion	13
5.3 Kategori: Påverkan i vardagen	13
5.4 Kategori: Undvikande och icke undvikande beteende	14
5.5 Kategori: Oro.....	14
5.6 Kategori: Aktsamhet	15
6. DISKUSSION	15
6.1 Metoddiskussion.....	15
6.2 Resultatdiskussion	19
6.2.1 Resultatsammanfattning	19
6.2.2 Påverkan på fotfunktion	19
6.2.3 Förändring av fotfunktion.....	20
6.2.4 Påverkan i vardagen	20
6.2.5 Undvikande och icke undvikande beteende	20
6.2.6 Oro/Aktsamhet	21
6.2.7 Praktisk tillämpning och vidare forskning	22
6.3 Etikdiskussion.....	22
7. SLUTSATS	23
REFERENSER	
BILAGA 1- Intervjuguide	
BILAGA 2- Informationsbrev	
BILAGA 3- Beskrivning av abstraktionsprocessen	

1. INLEDNING

I dagsläget finns det bristfälligt med kunskap kring patienters upplevda fotfunktion efter konservativ behandling av hälsenerupturer då ett till två år passerat. Det har gjorts kvantitativa studier av både patienters fotfunktion och deras tillfredsställelse av fotfunktion efter hälseneruptur. Få kvalitativa studier finns inom ämnet och därför bör detta arbete göras för att ge en djupare förståelse för hur dessa patienter själva upplever sin fotfunktion och framförallt för att förstå hur deras vardag kan komma att påverkas ett till två år efter rupturen då personen behandlats konservativt. Resultatet av denna studie kan inte generaliseras men det är viktigt att som klinisk sjukgymnast ha kunskap om utfallen av en viss behandling däribland behandlingen vid hälseneruptur. Studiens resultat kan förhoppningsvis uppmana någon att fortsätta forska inom ämnet för att patienter med hälsenerupturer ska få den bästa behandling som gör att han/hon kan nå den funktionsnivå hon/han hade före rupturen. För att uppnå detta bör både de subjektiva och objektiva resultaten vägas in när man analyserar en behandling. Under den verksamhetsförlagda utbildningen har författarna träffat patienter med hälseneproblem och därigenom har intresse för detta ämne väckts. Ett sjukhus i Mellansverige har visat intresse för patienters upplevelse av fotfunktion efter konservativ behandling av hälseneruptur och i uppdrag av dem kommer studien att genomföras.

2. BAKGRUND

2.1 Incidens och orsak

Incidensen för hälseneruptur skiljer sig bland länderna i väst men ligger någonstans mellan 5 och 36 per 100 000 invånare (Nationellt kompetenscentrum för ortopedi, 2006). De senaste årtiondena har en ökning av hälsenerupturer setts i västvärlden (Leppilathi & Orava, 1998). Det är mer vanligt förekommande att medelålders män som idrottar på fritiden drabbas av hälsenerupturer, vid exempelvis badmintonspelande (Leppilathi & Orava, 1998; Caldwell, 1995; Rajasekar, Gholve, Faraj & Kosygan, 2005; Möller et al., 2001a). Hälsenan är den sena som vanligen råkar ut för ruptur (Ajis & Maffulli, 2007). Enligt Leppilathi och Orava (1998) uppger patienterna att det vid skadetillfället kan förekomma ett ljud liknande en smäll följt av smärta i varierande grad som avtar efter hand. Orsaker till hälsenerupturer kan bland annat vara åldrande, inflammation i senan, sendegeneration, kortikosteroider, antibiotika, hypertermi eller akut trauma (Karkhanis, Mumtaz & Kurdy, 2009). Hälsenan är den sena som utsätts för störst belastning i kroppen och det är i synnerhet vid löpning och hoppande som senan utsätts för stora krafter vilket gör den mottaglig för skada (Nandra, Matharu & Porter, 2011). Oftast sker hälseneruptur under den excentriska fasen vid inbromsning av kroppen, men även en kraftfull plantarflexion av fotleden kan vara orsak till ruptur (Caldwell, 1995).

2.2 Diagnostisering

Det går att diagnostisera hälseneruptur genom palpation av senan och Thomsons/Calf squeeze test, vid fortsatt oklarhet använder man magnetresonanstomografi (MRT) eller ultraljud för fastställande (Ajis & Maffulli, 2007; Caldwell, 1995; Karkhanis et al., 2009). Vid diagnostiseringen kan det ibland förekomma ett palperbart hål i senan samtidigt som senan kan vara öm och svullen vid en akut ruptur (Ajis & Maffulli, 2007; Karkhanis et al., 2009). Vanligaste området där senan rupturerar är cirka två till sex centimeter ovanför senans infäste på tuber calcanei. Detta beror troligtvis på att det är en minskad blodtillförsel i detta område som gör senan mer sårbar (Caldwell, 1995).

2.3 Hälsenans uppbyggnad

Muskeln M. Gastrocnemius och M. Soleus bildar tillsammans hälsenan som fäster på tuber calcanei, dessa muskler utför bland annat plantarflexion i foten (Feneis & Dauber, 2006). Vid ruptur av hälsenan kan det förekomma nedsatt styrka och smärta vid plantarflexion. Det kan

dock gå att utföra en viss aktiv plantarflexion av foten ifall de långa tåflexorerna och M. Tibialis posterior inte är påverkade av rupturen (Ajis & Maffulli, 2007).

2.4 Behandling

I dag förs en diskussion kring valet av behandling vid hälsenerupturer. Hälsenerupturerna kan behandlas antingen konservativt eller kirurgiskt. Vid kirurgisk behandling används antingen öppen eller perkutan kirurgi för sutur av senan (Nilsson-Helander et al., 2010; Nandra, Matharu & Porter, 2011; Khan & Carey Smith, 2010). I en studie av Nilsson-Helander et al.(2010) får patienterna både under den konservativa och kirurgiska behandlingen till en början bära gips i två veckor och efterföljande sex veckor bära en ortos. Ortosen går upp till knäet och placerar foten, initialt, i en cirka 30 graders plantarflexion. Plantarflexionen minskas successivt fram tills ortosen tas av. Patienterna får börja belasta foten till smärtgräns efter sex till åtta veckor (Nilsson-Helander et al., 2010). Enligt det aktuella sjukhusets vårdprogram för hälseneruptur utförs behandlingen i likhet med Nilsson-Helander et al. (2010) då patienterna bär ortos eller gips i åtta veckor och därefter påbörjar rehabiliteringen. Under tiden patienten bär ortos får han/hon belasta foten fullt, de rekommenderas dock att använda två kryckkäppar. Rehabiliteringen innebär initialt rörelseträning av foten som stegras successivt med olika former av balans- och styrkeövningar för foten.

2.5 För- och nackdelar med konservativ och kirurgisk behandling

Det finns risker med båda behandlingarna, vid operation riskerar man bland annat infektion medan den konservativa behandlingen visar en högre risk för rerupturer (Nilsson-Helander et al., 2010; Nandra, Matharu & Porter, 2011). En studie av Khan och Carey Smith (2010) visar en statistiskt signifikant lägre risk för reruptur vid öppen operation jämfört med konservativ behandling, men det finns däremot en högre risk för infektion vid operation. Studier visar dock varierande resultat på hur stor risken är att drabbas av reruptur (Nilsson-Helander et al., 2006).

Möller, Lind, Movin och Karlsson (2001b) visade i en studie att patienterna inte har en återställd muskelfunktion två år efter skadan, oavsett kirurgisk eller konservativ behandling. Även Olsson et al. (2011) kom fram till att flertalet av patienterna två år efter rupturen fortfarande har symtom, nedsatt fysisk aktivitetsnivå jämfört med innan skadan samt uppnår inte full fotfunktion, efter varken kirurgisk och konservativ behandling. Deras resultat visar

förbättringar gällande funktion och upplevda symtom mellan ett och två års uppföljning dock små förbättringar men statistiskt signifikanta.

2.6 Studiers resultat av konservativ behandling

Enligt Leppilathi och Orava (1998) finns det vid konservativ behandling risk för en förlängd hälsena som kan leda till försvagad muskelkraft. Pendelton et al. (1997) påträffade inga mätbara skillnader styrkemässigt mellan den skadade och friska foten, 19 till 37 månader efter skadan, hos personer som genomgått konservativ behandling. De fann dock att patienterna upplevde en sidoskillnad och att de inte litade på sin skadade fot.

Rajasekar et al. (2005) har undersökt patienters subjektivt upplevda nöjdhet angående bland annat sin fotfunktion och aktivitetsnivå med hjälp av en visuell analog skala två år efter skadan. Resultatet visar att 70 procent av patienterna var nöjda med resultatet och det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad mellan dem som fått konservativ och kirurgisk behandling.

Nestorson, Movin, Möller och Karlsson (2000) har gjort en studie om objektiv och subjektiv fotfunktion tre år efter hälseneruptur hos patienter över 65 års ålder som behandlats kirurgiskt och konservativt. Studien visar att dessa patienter har nedsatt funktion gällande uthållighet i vadmuskeln på den skadade sidan men att patienterna upplever sig vara nöjda då de klarar av att utföra de aktiviteter som krävs i vardagen till exempel gång och trappgång.

2.7 Definition av "uppleva"

Uppleva definieras enligt Nationalencyklopedin (2011) som att ”vara med om (ngt) som direkt berörd part” och/eller ”uppfatta och värdera på ett känslomässigt plan”. I arbetet definieras uppleva som personernas egna känslor och erfarenheter av den situation som hälsenerupturen skapat.

2.8 Definition av "fotfunktion"

I detta arbete definieras fotfunktion som personernas egna upplevelser och tankar kring hur de upplever att deras fot fungerar i dag; fotfunktion är därmed ett subjektivt begrepp i denna studie.

2.9 Undvikande beteende

I en studie av Pendelton, Resch, Stenström och Åström (1997) framgick det att flertalet patienter inte kom tillbaka till samma aktivitetsnivå, 19 till 37 månader efter skadan, vad gäller sportande huvudsakligen på grund av upplevd rädsla för en ny ruptur. Även Fruensgaard, Helmig, Riis och Stovring (1992) kom i deras studie fram till att patienter inte återgick till den idrott de utövade när de skadade sig på grund av rädsla för att råka ut för en ny liknande skada, istället började många av dem utöva andra idrotter. Delar av detta arbete fokuserar på om patienterna upplever sig ha undvikande beteende i dagsläget till följd av rupturen och dess eventuella orsak.

2.10 Operant inlärningsteori

Ett undvikande beteende kan enligt operant inlärningsteori beskrivas som att slippa undan en obehaglig konsekvens (Baldwin & Baldwin, 2001). Beteenden producerar konsekvenser enligt operant inlärningsteori. Ett beteende kan, utifrån denna teori, hämmas eller förstärkas utifrån konsekvenserna som beteendet producerar. Konsekvenserna laddar det som föregår beteendet (antecedent) och påverkar på så vis hur personen i framtiden kan komma att agera i liknande situationer. Om ett beteende för med sig positivt förstärkande konsekvenser kommer det öka sannolikheten för att personen upprätthåller beteendet men om personen däremot upplever negativt bestraffande konsekvenser i form av smärta eller likande som följd av beteendet minskar det sannolikheten för att beteendet kommer att upprepas. (Baldwin & Baldwin, 2001).

2.11 Respondent inlärningsteori

Undvikande beteende kan även förklaras utifrån respondent inlärningsteori. Inom denna teori talar man om att biologiska reflexer som exempelvis smärta och rädsla kan komma att påverka hur en person reagerar i ett specifikt sammanhang (Baldwin & Baldwin, 2001). Då en person utsätts för en händelse till exempel en skada i en specifik situation kan detta utlösa en känslomässig respons i form av rädsla för den specifika situationen. Före skadan var den situationen ett så kallat neutralt stimuli då inga responser fanns bundna till just denna situation. Första gången personen får en respons i form av exempelvis smärta eller rädsla kallas detta för obetingat stimulus och det agerandet som personen gör vid skadetillfället kallas obetingad respons. Ifall personens beteende fortsätter som efter skadan kommer

stimulus bli betingat och likaså responsen för just den specifika situationen (Baldwin & Baldwin, 2001).

2.12 Problemområde

Nistor (1981) konstaterar att det är betydelsefullt att ta hänsyn till patienternas upplevelse av en behandling utöver det kliniska resultatet när man jämför olika behandlingar, så som konservativ och kirurgisk behandling. Det finns i dagens läge lite information om patienters upplevelse av fotfunktion efter konservativt behandlad hälseneruptur, då ett till två år passerat, och där patienterna har kunnat berätta mer öppet om sina tankar och erfarenheter gällande fotfunktionen och dess eventuella konsekvenser i vardagen. Denna studie bör genomföras för att få djupare förståelse för hur patienternas upplevda fotfunktion är i dag och ifall personerna upplever sig undvika situationer i vardagen till följd av skadan. Denna information skulle kunna komma att komplettera kvantitativa studier som genomfört fysiska tester efter hälsenerupturer och dessa studier kan tillsammans med denna kvalitativa studies resultat förhoppningsvis bidra till att sjukgymnaster får en helhetsbild, gällande fysiska och psykologiska aspekter, gällande resultatet av konservativ behandling.

3. SYFTE

Undersöka hur personer som behandlats konservativt upplever sin fotfunktion ett till två år efter en hälseneruptur samt om de upplever sig ha ett undvikande beteende i sin vardag.

3.1 Frågeställningar

- Upplever personerna i dagsläget att fotfunktionen är påverkad, och i så fall på vilket sätt?
- Upplever personerna i dag att deras fotfunktion förändras, och i så fall på vilket sätt?
- Upplever personerna i dag att deras vardag påverkas av skadan och i så fall på vilket sätt?
- Upplever personerna i dag att de undviker situationer till följd av skadan och i så fall varför?

4. METOD

4.1 Design

Arbetet är en kvalitativ deskriptiv studie med en induktiv ansats, där data analyserats utifrån en manifest innehållsanalys (Elo & Kyngäs, 2008). En kvalitativ innehållsanalys valdes då syftet var att upptäcka skillnader och likheter i texterna. Eftersom studien avser att få fram människors redogörelser av upplevd fotfunktion har en induktiv ansats valts där man har för avsikt att vara objektiv när man analyserar (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Med en induktiv ansats menas att man som författare inte har någon förutbestämd teori som ska testas utan istället vill man belysa området (Trost, 2010). Författarna har på detta vis använt sig av den induktiva ansatsen då ingen teori som skulle testats satts upp innan. Manifest innehållsanalys innehåller en viss tolkning men tolkningens omfattning skiljer sig i jämförelse med latent innehållsanalys där man analyserar intervjumaterialet i djupare grad (Graneheim & Lundman, 2003).

4.2 Datainsamling

Studien har genomförts under höstterminen 2011/vårterminen 2012 med enskilda semistrukturerade intervjuer vid fem olika tillfällen med personer som behandlats konservativt för hälseneruptur. Semistrukturerade intervjuer valdes då det ger möjlighet till att ställa följdfrågor efter de redan förbestämda frågorna vilket kan generera i mer information (Domholdt, 2005). Båda författarna deltog under samtliga intervjuer och en diktafon användes för ljudupptagning som hjälp för att samla in den information som framkom under intervjuerna. Intervjuerna avrundades då deltagarna upprepade det som tagits upp tidigare och när ingen ny information framkom under intervjun. När de fyra intervjuerna hade genomförts ansåg sig författarna ha uppnått mättnad gällande datainsamlingen, vilket är i enlighet med Granskär och Höglund-Nielsen (2008) och deras definition av begreppet mättnad.

4.3 Intervjuguide

Det instrument som användes var en intervjuguide (se bilaga 1) bestående av sex stycken frågor som var framtagna av författarna för att besvara studiens frågeställningar. I enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) avsåg författarna att göra intervjufrågorna korta och enkla samt skapades i deskriptiv form då syftet var att få intervjupersonerna att ge spontana redogörelser av sina upplevelser. Ett utkast av frågor till en intervjuguide lämnades in till

examinator och handledare för granskning. En revidering gjordes efter detta och nya frågor genererades. Det gjordes en testintervju innan studien påbörjades för att testa om intervjuguiden fungerade eller om den var i behov av en ny revidering, testintervjun gav också författarna tillfälle att träna på sin intervjuteknik. Det finns ett syfte i att testa intervjufrågorna då olika frågeformuleringar kan ge skilda resultat (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Testintervjun genomfördes på en anhörig till författarna som har achillestendinos. Det bestämdes att intervjuguiden skulle användas då den anhöriga fann frågorna lättförståeliga. Då båda författarna deltog under intervjuerna gav det en större möjlighet till att följdfrågor skapades. Följdfrågor kan ge intervjuer vidare bredd (Domholdt, 2005) och förhoppningsvis gav det detta arbete mer information. Exempel på följdfrågor som ställdes under intervjuerna var ”har du tänkt på om styrkan är nedsatt?” och ”du känner alltså ingen skillnad?”.

4.4 Urval

Personer som har behandlats konservativt efter en hälseneruptur har tillfrågats vilket gör urvalet ändamålsenligt. Ambitionen var att ett stickprovsurval skulle göras efter kön och ålder för att få en så heterogen blandning av deltagare i studien som möjligt (Domholdt, 2005). Men då få kvinnliga deltagare fanns att tillgå samt avböjde bestod gruppen enbart av manliga deltagare i varierande ålder.

4.5 Inklusion- och exklusionskriterier

Inklusionskriterierna till studien var att personerna enbart skulle ha behandlats konservativt för sin hälseneruptur samt vara över 18 års ålder. Hälsenerupturen skulle ha inträffat för minst ett år sedan och inte vara mer än två år gammal. Uppdragsgivaren efterfrågade de tidigare patienternas upplevelser ett år efter att hälsenerupturen inträffat, och författarna valde att avgränsa tidsplanet upp till två år, då det eventuellt kunde varit stora skillnader gällande fotfunktionen ifall tidsplanet varit längre. Exklusionskriterierna var diabetes mellitus, tidigare hälseneruptur, neurovaskulära sjukdomar samt andra fotåkommor som påverkar fotfunktionen, då dessa besvär gör det svårt att avgöra om påverkan på fotfunktionen beror på hälsenerupturen eller dessa andra åkommor.

4.6 Genomförande

Deltagarna i studien har rekryterats av författarna med hjälp av en kontaktperson på det aktuella sjukhuset. Utifrån en lista, som framtagits av uppdragsgivaren, med patienter som skadats för ett till två år sedan och som behandlats konservativt för hälsenerupturer på det

aktuella sjukhuset, valde författarna ut de patienter ut som uppfyllde inklusionskriterierna. Det gjordes ett stickprovsurval utifrån den nya listan med de patienter som uppfyllde inklusionskriterierna och dessa kontaktades. Deltagarna kontaktades initialt genom att de erhöll ett informationsbrev (se bilaga 2) som skickades ut av uppdragsgivaren med information gällande arbetets syfte, bakgrund samt på vilket sätt de kunde bidra till arbetet. Information om att all data skulle komma att hanteras konfidentiellt och att de när som helst kunde dra sig ur utan att behöva ange dess orsak fanns med i brevet. Även kontaktuppgifter med e-post och telefonnummer till författarna samt handledaren fanns med i informationsbrevet. Därefter kontaktades deltagarna per telefon av författarna för att ta upp en intresseanmälan om deltagande i studien. Information om att arbetet kan komma att publiceras elektroniskt framkom under telefonsamtalet samt under intervjuerna med deltagarna. Författarnas ambition var att sex till åtta personer skulle intervjuas för att hinna genomföra en innehållsanalys av datainsamlingen inom tidsramen för examensarbetet. Fem deltagare intervjuades på grund av brist på deltagare att tillfråga.

Intervjuerna ägde rum i ett grupprum på en högskola samt i ett kontor på det aktuella sjukhuset under november och december år 2011. Platserna gavs som förslag av författarna och deltagarna antog en av dessa platser. Författarna valde dessa två platser som förslag då de uteslöt yttre störande moment i form av exempelvis andra människor samt att de skulle vara lätta för deltagarna att hitta till. Intervjuerna genomfördes på så sätt att båda författarna var delaktiga under samtliga intervjuer men att en av författarna var huvudansvarig för en enskild intervju. Huvudansvaret växades från intervju till intervju.

Ändring gällande genomförandet har gjorts vad gäller den initiala kontakten med deltagarna. Från början var det tänkt att deltagarna skulle kontaktas per telefon för information gällande arbetets syfte, bakgrund samt på vilket sätt de kunde bidra till arbetet. Ett svar om deltagande skulle efterfrågas direkt per telefon och de personer som önskade delta i arbetet skulle få ett informationsbrev hemskickat där de hade möjlighet att läsa om de uppgifter som framkommit under samtalet. Ändringen gällande att skicka ut informationsbrevet först gjordes för att få ut information om studien så tidigt som möjligt samt på grund av sekretesslagen gällande de tidigare patienternas personuppgifter, då dessa inte fick föras ut från det aktuella sjukhuset. På grund av svårigheter att infinna sig på det aktuella sjukhuset under dess öppettider, hade författarna initialt för avsikt att föra med sig telefonnummer till de tidigare patienterna ut från det aktuella sjukhuset.

4.7 Intervjudeltagare

Deltagarna i studien var män mellan 30-och 60 år gamla, en man var i 30 årsåldern, en i 40 årsåldern, en i 50 årsåldern samt en i 60 årsåldern och samtliga deltagare skadade sig för 20-till 24 månader sedan. Deras hälsenerupturer inträffade i samband med badminton- och innebandyspelande samt vid hopp. Flera av deltagarna har stillasittande arbeten.

4.8 Bortfall

Hantering av eventuella bortfall var tänkt att lösas genom att nya intervjupersoner skulle tillfrågas för att få in tillräckligt med information så att en innehållsanalys var genomförbar. Av elva personer som tillfrågats om deltagande i studien tackade fem personer ja till att delta. En av dessa personer räknas som ett bortfall då det framkom under intervjun att han hade en ledsjukdom som påverkar hans fotfunktion. Författarna bedömde att informationen från de resterande intervjuerna var tillräcklig för att genomföra en innehållsanalys och valde därför att inte kontakta fler personer.

4.9 Dataanalys

Datamaterialet från intervjuerna analyserades med hjälp av en manifest kvalitativ innehållsanalys som innefattar olika steg, en så kallad abstraktionsprocess (Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim & Lundman, 2003). Intervjuerna transkriberades, det vill säga översattes från ljud till skrift. Transkriberingen delades upp mellan författarna med hänsyn till att detta arbete är tidskrävande och för att tidsplanen var pressad. Författarna hade innan transkriberingen påbörjades diskuterat igenom tillvägagångssättet som var att ord för ord som sades i intervjun skulle skrivas ned förutom ord som "hmm", "ehh" och harklingar som skulle tas bort. Intervjudeltagarna fick under denna process en varsin bokstav, A, B, C och D, detta för att hålla deras identitet konfidentiell under analysens gång. En intervju utgör en analysenhet i denna studie. De transkriberade texterna lästes sedan av de båda författarna ett flertal gånger för att skapa en förståelse för texterna innan författarna tillsammans tog ut meningsenheter. Ur intervjuerna plockades stycken ut där innebörden var likartad och dessa kallas för meningsenheter (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Meningsenheterna markerades i olika färg beroende på vilken frågeställning de besvarade. Meningsbärande enheter som besvarade den första frågeställningen fick blå färg, den andra frågeställningen fick grön, den tredje frågeställningen fick rosa samt orange färg erhöll de meningar som

besvarade den sista frågeställningen. Hela innehållsanalysen skrevs ned på papper samt fördes utöver detta in i ett dokument i datorn.

Meningsenheterna kondenserades till kondenserade meningsenheter det vill säga förkortades men det viktiga i innehållet bevarades. Dessa i sin tur abstraherades till koder som kan ses som en etikett på en meningsenhet. Koderna placerades sedan i underkategorier och huvudkategorier med likande innehåll (Graneheim & Lundman, 2003). Manifest innehållsanalys beskriver vad som framkommer i intervjuerna och texterna och redovisas i kategorier. Arbetet har inte en tolkande latent ansats och därför tas inga teman ut i abstraktionsprocessen (Graneheim & Lundman, 2003). Genom att använda citat från deltagarna under datainsamlingen ökar trovärdigheten då delar av ursprungsmaterialet visas upp (Elo & Kyngäs, 2008). Av denna anledning finns citat från deltagarna med i studiens resultatdel.

4.10 Etiska överväganden

I studien tas hänsyn till *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460). Deltagarna i studien har informerats via brev (se bilaga 2) och telefonsamtal om att deltagandet är frivilligt, syftet med studien, samt att intervjuerna skulle dikteras och sparas i författarnas datorer som var skyddat av lösenord till dess att arbetet var godkänt. Deltagarna fick information om att deras identitet skulle vara konfidentiell och de när som helst hade möjlighet att avbryta sin medverkan i studien utan att behöva ange dess orsak. Verksamhetsansvarig på sjukhuset har även skrivit på "*Intyg om tillstånd för examensarbete*". Intervjuerna har endast berört frågor kring uppsatsens huvudämne och inga andra personliga ämnen. Deltagarna som ställde upp behövde avsätta tid till intervjuerna men hänsyn togs till deras agenda. Om deltagarna på eget initiativ önskade att ta del av det färdiga arbetet var detta möjligt. Information om att arbetet kan komma att publiceras elektroniskt gavs under telefonsamtalet samt under den enskilda intervjun.

5. RESULTAT

Utifrån abstraktionsprocessen (se bilaga 3) skapades sex stycken huvudkategorier; *påverkan på fotfunktion, förändring av fotfunktion, påverkan i vardagen, undvikande och icke undvikande beteende, oro och aktsamhet*. Utifrån dessa beskrivs resultatet nedan:

5.1 Kategori: Påverkan på fotfunktion

Deltagarna i studien har varierande upplevelser av hur deras fotfunktion är i dag, det varierar allt i från att någon deltagare beskriver sig vara helt problemfri gällande balans, rörlighet, styrka och smärta i den skadade foten medan de övriga deltagarna känner av olika symtom som är relaterade till den skadade hälsenan. Någon av deltagarna uttryckte sig på detta sätt gällande sin fotfunktion i dag:

Det är bra tycker jag. Jag har inga symptom som jag känner av...” (Respondent C)

Medan en annan studiedeltagare uttrycker en helt annan bild av sin skadade fot:

”... hyfsad, men den är inte bra, den är absolut inte bra. Jag känner av den varje, varje dag och den är lite svullen till och från sådär och det syns ju på den att den är lite röd och sådär så att jag har ju inte fått, nej, inte styrkan tillbaka.” (Respondent D)

Studiedeltagarna upplever viss begränsning vad gäller rörligheten, dessutom nämns att musklerna inte är återställda i den skadade foten, de upplever sig ha mindre muskler vilket någon exempelvis uttrycker sig märka vid tåhävningar. Respondent A uttrycker sig om styrkan i foten på följande sätt:

”det är just det att man märker ju att styrkan den finns inte, styrkan är borta...” (Respondent A)

Medan en annan studiedeltagare berättar om sina upplevelser, angående begränsad rörlighet i foten vid trappgång som försvinner vid fortsatt aktivitet, på detta sätt:

”är tvungen att gå en trappa ner från sovrummet som är en våning upp. Då känner jag att det är lite stelt men det försvinner ju ganska fort när man börjar komma igång.” (Respondent B)

Deltagarna upplever sig ha bra balans. Det framkommer dessutom att problem i form av smärta från den skadade hälsenan inte heller är något större problem för merparten av deltagarna, förutom någon tendens till smärta i hälsenan någon gång emellanåt. Närstående till en studiedeltagare har påpekat haltande vid gång, vilket inte är något som deltagaren själv upplever eller tänker på.

5.2 Kategori: Förändring av fotfunktion

Merparten av studiedeltagarna upplever att fotfunktionen i den skadade foten förbättras hela tiden. De uttrycker att det har varit en jämn kurva gällande förbättringen och att exempelvis stelheten i foten avtar mer och mer med tiden. Tidsaspekten från skadetillfället fram tills i dag väcker känslor hos deltagare gällande den fotfunktion som de har i dagsläget. En av deltagarna som tar upp tidsaspekten till diskussion uttrycker sig på detta vis gällande utvecklingen av fotfunktionen:

” ... det är lite irriterande att den inte blir bra. Man undrar liksom nu har det snart gått två år och den är inte bra.” (Respondent D)

Samma person uttrycker en viss stagnation av fotfunktionen och förklarar det på följande vis:

”Det står nog ganska still, tror jag, det blir varken sämre, ja det blir ju inte bättre i alla fall det gör det inte, det gör det inte.” (Respondent D)

Deltagarna upplever att de måste träna sin skadade fot extra mycket för att hålla den på samma nivå som sin icke skadade fot, för att de tror att detta till slut ska utjämna fotfunktionen mellan den skadade och icke skadade foten.

”det har väl varit en jämn kurva att det har blivit bättre och bättre hela tiden. Och så småningom kanske det utjämnar sig också men det kanske tar några år till, om jag inte tränar extra naturligtvis” (Respondent A)

5.3 Kategori: Påverkan i vardagen

Studiedeltagarna upplever att skadan påverkar dem i deras vardag. Flertalet av deltagarna har stillasittande arbeten och utövar någon form av motionsidrottande på sin fritid. Trots haltande upplevs dock livet fungera då det inte påverkar vardagen avsevärt. Promenader och trappgång nämns som faktorer som kan upplevas som besvärliga vilket Respondent D tar upp:

”går man långa sträckor, alltså typ någon kilometer eller mera då, då börjar jag ju känna av den där och sen i samband med trappor och så där. Då gör den ju sig påmind men det är ju inte så att det är någon stor belastning liksom att jag inte kan göra saker och ting utan det är mera att man känner av att den inte har samma styrka”

Löpning nämns som en aktivitet i vardagen som förändrats sedan skadan skedde då det bland annat ger känningar i form av smärta i hälsenan och upplevs som för påfrestande för hälsenan då styrkan inte räcker till. Somliga har fortsatt löpträna medan andra avstår från denna aktivitet och ser det som en begränsning. Det nämns under intervjuerna att inga problem med att få på sig skor och liknande har uppkommit och har därför inte påverkat vardagen vilket Respondent B berättar om:

”Dem sa ju också att man eventuellt kunde få problem med skor till exempel beroende på hur skon är utformad och hälsenan är ju ändå lite tjockare så att säga med ärrvävnaden. Men det har jag inte heller haft något problem med, inga skor eller jag åker en hel del slalom på vintrarna och pjäxorna där känns inget konstigt eller så alls.”

5.4 Kategori: Undvikande och icke undvikande beteende

Innebandyspel, badminton och hopp som utövades vid skadetillfällena undviks i olika grad av samtliga studiedeltagare. Vissa deltagare undviker aktiviteten de utförde vid skadetillfället helt och hållet medan någon har fortsatt att utöva aktiviteten på en annan nivå gällande intensiteten. Undvikandet görs på grund av bland annat rädsla och att de anser att det är riskfyllda sporter.

”spela innebandy... gjorde det en gång sen får det vara. Får väl utöva lite andra idrotter istället.” (Respondent B)

Respondent D uppger att det inte är värt risken att skada sig igen genom att fortsätta med aktiviteten vilket han uttrycker på följande sätt:

”jag kommer ju aldrig att ställa mig och spela badminton igen jag vågar inte det. Jag vill aldrig mer råka ut för det där, det tog alldeles för lång tid att komma tillbaks liksom och att kunna gå igen” (Respondent D)

5.5 Kategori: Oro

Bland studiedeltagarna finns oro gällande aktiviteter som liknar skadesituationerna, bland annat löpning. En av deltagarna som fortsatt med aktiviteten som utfördes vid skadetillfället på en annan intensitet än innan rupturen känner av oro. Oron omfattar både den skadade och icke skadade hälsenan.

”jag är i så fall minst lika orolig för högern, för att jag vet att det kan hända. Jag tror inte det är värre för vänstern utan att det är lika illa för båda.” (Respondent C)

5.6 Kategori: Aktsamhet

Aktsamhet finns bland studiens deltagare då de upplever att de behöver vara mer försiktiga och tänka sig för när det kommer till utförandet av aktiviteter som exempelvis hopp eller start-stopp löpning. En av studiens deltagare beskriver följande nedan:

”... det är i så fall varje gång man tränar någon form av löpning som man, och speciellt om det är start-stopp löpning som innebandy eller något sådant. Man får vara lite försiktig eftersom det har hänt och man vet att det kan hända igen.”
(Respondent C)

6. DISKUSSION

6.1 Metoddiskussion

En kvalitativ deskriptiv studie valdes då arbetet hade för avsikt ta upp och beskriva personer som råkat ut för hälseneruptur och deras upplevelser genom intervjuer. För att få en djupare förståelse för personers upplevelser fann författarna att intervjuer är det mest relevanta sättet att använda sig av för att få fram denna information. Detta anser författarna inte hade varit möjligt att åstadkomma med exempelvis en kvantitativ enkätstudie, då studien skulle varit mer styrd av enkätfrågorna. Författarna hade ingen teori innan som skulle testas om det aktuella ämnet och därför valdes en induktiv ansats då avsikten var att ha ett objektiva synsätt under arbetets gång. I fall en deduktiv ansats valts skulle författarna innan intervjuerna genomfört satt upp en teori som skulle analyserats (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008) men detta uteslöts då författarna inte hade någon förutbestämd teori samt att intervjuerna skulle bli mer styrda och då fanns risk att gå miste om viktig information gällande personernas upplevelser. Manifest kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2003) valdes då författarna ansåg att denna metod var lämpligast för att kunna samla ihop och kategorisera informationen från intervjuerna på ett systematiskt sätt för att göra materialet mer hanterbart. Samt för att syftet med studien var att enbart framföra vad personerna uttryckligen säger i intervjuerna och inte tolka några eventuella underliggande meningar.

En svaghet med studien skulle kunna vara uppdragsgivarens förväntningar och erfarenhet gällande konservativ behandling vid hälseneruptur samt att författarna under den verksamhetsförlagda utbildningen har träffat denna typ av patienter. Därmed har författarna fått ta del av handledares kliniska erfarenheter och uppfattningar vilket eventuellt kan ha färgat författarnas uppfattning av behandlingsmetoden och på så vis påverkat författarnas objektivitet. Objektivitet är svårt att uppnå då det är svårt att bortse från kunskaper förvärvade under livets gång (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Författarna har trots detta försökt att hålla sig så objektiva som möjligt genom att den öppna intervjuguiden följdes under samtliga intervjuer samt att ingen tolkning av intervjuerna har gjorts. Innan intervjuerna genomfördes hade delar av datainsamlingen utförts i och med att författarna hade läst vetenskapliga artiklar inom det aktuella området och detta kan både vara en svaghet och en styrka. Författarna fick en djupare förståelse inom området vilket gjorde att det skapades följdfrågor under intervjuerna vilket författarna anser vara en styrka. Men detta kan också ses som en svaghet då tidigare studiers resultat indirekt kan ha påverkat författarnas objektivitet i för stor grad.

Resultatet har enligt författarna en begränsad överförbarhet till andra grupper, då studien enbart består av fyra stycken män som befinner sig i ett åldersspann mellan 30 och 60 år som behandlats konservativt för hälseneruptur som de ådragit sig för 20-till 24 månader sedan. Detta resultat representerar inte andra grupper på grund av att det låga antalet deltagare, deltagarnas ålder samt även på grund av avsaknad av kvinnliga deltagare. Granskär och Höglund-Nielsen (2008) anser att ett resultats giltighet handlar om de tillvägagångssätt som funnits vid val av deltagare. Att det inom kvalitativ innehållsanalys är viktigt att studien innefattar män och kvinnor i olika åldrar då den typen av analys avser att framställa variationer som kan förväntas exemplifiera området ur olika perspektiv. Studien innehåller inga kvinnors upplevelser vilket kan ses som en svaghet gällande giltigheten. Författarna till denna studie försökte rekrytera deltagare av båda kön, dock fanns få kvinnliga deltagare att tillfråga samt de som fanns tillgängliga att rekrytera avböjde deltagande i studien. Författarna anser sig därmed ha gjort det som varit möjligt i frågan. Framförallt manliga deltagare fanns att tillfråga, vilket stämmer överrens med tidigare studier gällande att i synnerhet män råkar ut för hälseneruptur vid idrottande (Leppilathi & Orava, 1998; Caldwell, 1995; Rajasekar, Gholve, Faraj & Kosygan, 2005; Möller et al., 2001a). Efter bortfallet valde författarna att inte rekrytera fler deltagare då författarna ansåg sig ha tillräckligt med material till att utföra innehållsanalys och besvara studiens syfte.

Valet att göra en ändring gällande rekrytering av deltagare gjordes då författarna fick information av uppdragsgivaren att sekretess gällde de tidigare patienternas telefonnummer och att dessa inte fick föras ut från det aktuella sjukhuset. Därför valdes att skicka ut informationsbrev innan kontakt togs via telefon för att personerna snabbt skulle få information om studien då tidsplanen var pressad. Genom att börja med att skicka ut informationsbrev fick personerna möjlighet att läsa igenom och förstå syftet med studien och bilda sig en uppfattning och ta ställning till om de önskade delta eller inte innan de kontaktades via telefon. Författarna tror inte att denna ändring har påverkat studiens resultat mer än att deltagare snabbare kunde rekryteras.

Det kan ses som en svaghet att använda semistrukturerade intervjuer då varje intervju har sin egen karaktär och utvecklas på skilda vis då följdfrågorna utvecklas efter vad personerna säger och dessa är individer med olika upplevda besvär. Författarna anser dock att en semistrukturerad intervju var det lämpligast valet då syftet var att få fram varje persons upplevelser och på grund av detta behöver inte följdfrågorna vara identiska från intervju till intervju. Intervjuguiden testades på en person vilket kan ses som en styrka eftersom författarna fick möjlighet till att testa och revidera intervjuguiden, och detta är nödvändigt då författarna är nya inom semistrukturerade intervjuer. Testintervjun genomfördes på en person med achillestendinos och därmed inte på en person med en tidigare hälseneruptur, vilket är en svaghet i studiens metod. Testpersonen och intervjudeltagarna har inte haft samma förutsättningar när de svarat på frågorna då testpersonen inte har haft någon ruptur, vilket kan göra det svårt att sätta sig in till fullo i frågorna. Då ingen person med hälseneruptur fanns tillgänglig för att genomföra en testintervju på, valdes en person med en annan typ av problematik dock med besvär relaterade till hälsenan.

Författarna bokade in intervjuerna så att de var utspridda för att deltagarna inte skulle komma i kontakt med varandra och på så vis skydda deras identiteter. Hänsyn vid inbokning av intervjuerna togs även till den enskilda deltagarens agenda, och resultatet blev att intervjuerna utfördes under en månads tid. En svaghet i utförandet av intervjuerna skulle enligt författarna kunna vara att utförandet skedde på två olika platser vilket ger olika yttre förutsättningar, men hänsyn till detta togs då de båda lokalerna låg avses och inga yttre störande moment fanns i omgivningen. Ytterligare en svaghet med tillvägagångssättet var att författarna kom med förslag till intervjuplats, vilket med stor sannolikhet kan ha påverkat deltagarna vid valet. De fick därmed inte en direkt möjlighet till att på egen hand komma med förslag till en egen självvald plats där intervjun kunde ha genomförts, en plats som för varje enskild individ

kunde ha varit neutral ifall deltagaren önskat detta. Författarna har svårt att uttala sig om de aktuella platserna där intervjuerna ägde rum faktiskt var neutrala för deltagarna, då det är en subjektiv bedömning upp till varje enskild individ. Eventuellt kan en icke neutral intervjuplats påverkat den enskilde intervjudeltagaren i något avseende, men i vilket avseende är svårt för en utomstående att uttala sig om.

För att information inte skulle gå förlorad under intervjuerna användes en diktafon då författarna ansåg att det inte är möjligt att få ner allt i skrift under intervjutillfällena. Båda författarna deltog för att de ansåg att det gav en större möjlighet till att fler följdfrågor skapades samt att intervjuerna skulle ha liknande förutsättningar. Närvarandet av båda författarna underlättar dessutom senare under studiens gång genom att båda författarna då är mer bekanta med materialet. Alternativt skulle en av författarna ha utfört alla intervjuer på egen hand, då detta skulle innebära att färre personer närvarade under intervjutillfället. Antalet personer närvarande under intervjutillfället kan eventuellt påverka hur mycket intervjudeltagaren öppnar upp sig under samtalet. Valet att dela på huvudansvaret under de olika intervjuerna kan ses som en svaghet då författarna kan ha olika uttryckssätt, för att minimera denna aspekt höll sig författarna till den förutbestämda intervjuguiden. Valet att dela upp transkriberingen tror författarna inte har påverkat resultatet i någon större utsträckning. Då författarna bestämt tillvägagångssättet gemensamt gällande att bokstavligen skriva ned ord för ord som sades i intervjuerna gällande transkriberingen innan den påbörjades. Alternativt skulle en av författarna transkriberat samtliga intervjuer för identiska förutsättningar men författarna ansåg att detta inte var genomförbart med hänsyn till tidsplanen. Då arbetet utgått från en manifest innehållsanalys och därmed skulle inte intervjuerna tolkas ansåg författarna att det inte var lika angeläget att transkriberingen endast utfördes av en person. Genomläsning av intervjuerna samt analysen av dessa gjordes gemensamt av båda författarna samt en noggrann beskrivning av genomförandet av hur analysen utfördes vilket enligt Granskär och Höglund-Nielsen (2008) stärker tillförlitligheten. Valet av att citera intervjupersonerna i resultatet gjordes för att kunna visa upp delar av ursprungsmaterialet och på så vis öka studiens trovärdighet vilket författarna ser som en styrka.

6.2 Resultatdiskussion

6.2.1 Resultatsammanfattning

Deltagarnas upplevda fotfunktion i dag, 20- till 24 månader efter skadetillfället, är varierande vad gäller rörlighet, styrka och smärta. De upplever skillnad i det vardagliga livet jämfört med innan skadan vid situationer som gång och trappgång. Det framkommer att deltagare har undvikande beteende när det kommer till skadesituationen samt vid löpning och detta utgör till viss del en begränsning hos somliga deltagare. De uttrycker att tidsförloppet gällande utvecklingen av fotfunktionen från skadetillfället fram till i dag har varit långdraget men de flesta nämner dock att det fortfarande sker förbättring vad gäller fotfunktionen.

Författarnas förväntningar innan studiens påbörjades var att få fram hur personer som behandlats konservativt upplever sin fotfunktion ett till två år efter en hälseneruptur samt om de ser sig ha ett undvikande beteende i sin vardag. Författarna tycker att denna förväntning har infriats då deltagarnas upplevelser täcker de frågeställningar som gjorts.

6.2.2 Påverkan på fotfunktion

Resultatet visar att studiedeltagarna som skadat sig för 20-till 24 månader sedan upplever sig vara svagare i den skadade foten i likhet med vad Möller, Lind, Movin och Karlsson (2001b) redogör för i sin studie, då de påvisar att patienterna två år efter skadan inte hade en återställd muskelfunktion oavsett kirurgisk eller konservativ behandling. Även Leppilathi & Orava (1998) konstaterar i deras studie att det vid konservativ behandling finns risk för en förlängd hälsena som kan leda till försvagad muskelkraft.

Olsson et al. (2011) konstaterar att flertalet av deras patienter två år efter rupturen fortfarande hade symtom, nedsatt fysisk aktivitetsnivå jämfört med innan skadan samt uppnådde inte full fotfunktion efter varken kirurgisk och konservativ behandling. Full fotfunktion upplevs heller inte hos studiens deltagare då symtom i form av smärta och begränsad rörlighet nämns förutom den nedsatta styrkan vilket betyder att studiens resultat gällande upplevd fotfunktionen går i linje med tidigare forskning.

Studiens resultat visar att deltagarna upplever en sidoskillnad gällande styrka, rörlighet och smärta vilket till viss del överensstämmer med Pendelton et al. (1997) studie som kom fram till att patienter 19 till 37 månader efter skadan upplevde en sidoskillnad gällande styrka samt att de inte litade på sin skadade fot.

6.2.3 Förändring av fotfunktion

Rajasekar et al. (2005) studie visar att 70 procent av patienterna upplevde sig vara nöjda med sin fotfunktion samt aktivitetsnivå två år efter skadan. Flertalet av deras deltagare var nöjda vilket inte överensstämmer med det huvudsakliga resultatet i vår studie då deltagarna nämnde en viss irritation över resultatet cirka två år efter skadan då de upplevde att utvecklingen av fotfunktionen gått långsamt. Olsson et al. (2011) har i sin studie också kommit fram till att utveckling av fotfunktion har skett mellan ett och två år efter skadan men att dessa förbättringar var små. Detta resultat bekräftar studiedeltagarnas upplevelse av att det sker utveckling dock en långsam sådan.

6.2.4 Påverkan i vardagen

Studiedeltagare nämner att gång längre sträckor samt trappgång kan upplevas som besvärligt i vardagen men det upplevs inte utgöra en begränsning. Dock upplever deltagare i studien att oförmåga till löpning är en begränsning i vardagen men i övrigt upplever deltagarna sig fungera som innan skadan i det vardagliga livet. Författarna förmodar att deltagarnas krav gällande deras fotfunktion i vardagen påverkar hur de upplever olika situationer. Då flertalet deltagare har stillasittande arbeten ställs inga större krav där, dock är samtliga aktiva motionärer på fritiden vilket gör att de troligtvis har högre krav vad gäller dessa aktiviteter exempelvis löpning, vilket skulle kunna förklara varför de upplever att oförmåga till löpning ses som en begränsning men inte besvären de upplever vid gång längre sträckor samt trappgång.

6.2.5 Undvikande och icke undvikande beteende

Pendelton et al. (1997) kom fram till att flertalet patienter som behandlats konservativt inte kom tillbaka till samma aktivitetsnivå som innan. Anledningen till att dessa patienter inte återgick till samma aktivitetsnivå var huvudsakligen på grund av rädsla för reruptur vilket även våra studiedeltagare nämner som anledning till att inte återgå till innebandy- och badmintonspelade. Detta undvikande beteende på grund av rädsla för en ny hälseneruptur kan förklaras utifrån respondent inlärningsteori likt nedanstående;

Personerna utför innebandy, badminton och hoppande (neutralt stimuli) när det plötsligt smäller till och de känner smärta då hälsenan rupturerar (obetingat stimulus) vilket leder till att de avbryter aktiviteten (obetingad respons). Efter detta inträffade har de inte utfört aktiviteten (betingad respons) och på så vis undvikit att råka ut för en ny hälseneruptur

(betingad stimulus). Oron och rädslan de har för att en ny liknande skada ska inträffa igen vid utförande och/eller vid tanken på att utföra aktiviteten igen är en betingad känslomässig respons.

Utifrån den respondenterna inlärningsteorin kan deltagarnas agerande gällande aktiviteterna förklaras genom att biologiska reflexer som är känslomässigt relaterade till aktiviteten styr deras beteende i den aktuella situationen. Deltagarnas beteende kan även förklaras utifrån operant inlärningsteori där deras beteende styrs av konsekvenserna som beteendet (innebandy- badmintonspelande samt hoppande) producerar.

Vid skadetillfället producerades negativt bestraffande konsekvenser i form av smärta och rädsla för det aktuella beteendet. Deras känslor laddar skadesituationen (antecedent) och kommer påverka deltagarnas beteenden i dessa situationer. Deltagarna utövade olika former av idrottande under skadetillfället vilket gör att den aktuella idrotten för varje deltagare är laddad med bestraffande negativa konsekvenser efter skadan. För vissa av deltagarna har denna negativa konsekvens av beteendet varit så pass starkt bestraffande att de inte vågat testa att spela igen medan en annan av deltagarna vågat göra det men dock inte på samma nivå. Då denna deltagare provade att idrotta igen och inte skadade sig minskade de negativa konsekvenserna för beteendet vilket har gjort att han har fortsatt med innebandyspelet dock inte på samma nivå som innan rupturen.

Enligt Fruensgaard, Helmig, Riis och Stovring (1992) återgick inte patienterna till den idrott de utövade när de skadade sig på grund av rädsla och istället började många av dem utöva andra idrotter. Tecken på detta finner författarna även i denna studies resultat då deltagare uppger att de inte vågar sig på bland annat innebandy och badminton utan istället väljer andra idrotter att utöva på sin fritid.

6.2.6 Oro/Aktsamhet

Studiedeltagare uppger att de är mer försiktiga vid aktiviteter som liknar dem som utfördes vid skadetillfället på grund av oro och rädsla för att råka ut för en ny skada. Detta överensstämmer med Fruensgaard, Helmig, Riis och Stovring (1992) som i sin studie fram till att alla patienterna inte återgick till den idrott de utövade när de skadade sig av rädsla för att råka ut för en liknande skada.

6.2.7 Praktisk tillämpning och vidare forskning

Resultatet av denna studie kan ses som en tillgång i den kliniska verksamheten då patienters upplevelser är en viktig aspekt att ta hänsyn till vid rehabiliteringen och så även vid behandling av patienter med hälseneruptur. Omfattningen av detta kvalitativa arbete är litet och kan som tidigare nämnts inte generaliseras men förhoppningsvis kan det komplettera tidigare kvantitativ forskning inom ämnet. Resultatet av detta arbete kan komplettera tidigare forskning genom att även belysa den psykologiska aspekten utöver den fysiska aspekten som det redan finns forskat inom. Studiens resultat visar att personerna har ett undvikande beteende gällande aktiviteten som utfördes vid skadetillfället och detta på grund av rädsla för en ny skada. Somliga av deltagarna avstår från löpning efter skadan vilket ses som en begränsning. Detta tycker författarna är viktigt att ta hänsyn till under rehabiliteringsperioden för att undvika en begränsad aktivitetsnivå hos patienterna. Ytterligare kvantitativ forskning gällande undvikande beteende efter hälseneruptur bör göras för att kartlägga om det finns statistisk signifikans gällande budskapet av denna studies resultat. Merparten av deltagarna i studien har någon form av begränsning gällande fotfunktionen i dagsläget, vilket även tidigare forskning tyder på i olika grad, detta ger tankar om att ytterligare parametrar måste tas hänsyn till som exempelvis rehabiliteringsperiodens längd och innehåll. Vidare forskning behövs för att få fram den optimala konservativa behandlingen.

6.3 Etikdiskussion

Författarna anser att studien genomförts på ett etiskt riktigt sätt utifrån *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460). Deltagandet i studien var frivilligt vilket framgick i informationsbrevet samt under telefonsamtalet. Information om att studien kan komma att publiceras elektroniskt framgick under telefonsamtalet och intervjun, vilket författarna i efterhand anser borde ha framgått i informationsbrevet på grund av att muntlig information kan glömmas bort. Intervjuerna och deltagarnas identitet är kodade i arbetet för att inte avslöja deras identitet och förvaras inlåsta i författarnas datorer och på detta sätt anser författarna sig ha följt de etiska regler som gäller vid examensarbete. Med hänsyn till sekretesslagen var metoden tvungen att ändras under studiens gång gällande rekrytering av deltagare. Med denna ändring har inga etiska problem uppstått enligt författarna. Ett etiskt problem hade uppstått om författarna hade följt sin ursprungliga metod gällande rekrytering av deltagare, då inga patienters personuppgifter får föras ut från det aktuella sjukhuset. Resultat är en sammanställning av samtliga intervjuer och därför kan det förefalla att enskilda

deltagare inte känner igen sig i alla delar som redovisas i resultatet, vilket författarna tycker är viktigt att understryka för att undvika eventuella misstolkningar.

7. SLUTSATS

Deltagarna i denna studie upplever nedsatt fotfunktion i varierande omfattning, gällande styrka, rörlighet och smärta, 20- till 24 månader efter hälsenerupturen. Vilket har gjort att deltagarna påverkas i vardagen, vid exempelvis gång och trappgång. Det svårt att dra någon gemensam slutsats av denna studies resultat då deltagarnas upplevelser skiljer sig gällande sin fotfunktion. Det som dock framkommit och som går att uttala sig om är att samtliga deltagare har någon form av undvikande beteende vad gäller aktiviteten som utfördes vid skadetillfället, och detta på grund av oro och rädsla för ny skada. Utvecklingen av fotfunktionen hos deltagarna upplevs som en långsam och utdragen process där flera av dem inte är nöjda.

REFERENSER

- Ajis, A., & Maffulli, N. (2007). Management of acute tendo Achillis ruptures. *Foot and ankle Surgery, 13*, 132-135.
- Baldwin, J.D., & Baldwin, J.I. (2001). *Behavior Principles in Everyday Life*. (4:e upplagan). New Jersey: Prentice Hall.
- Caldwell, G. (1995). Achilles' tendon ruptures: operative versus nonoperative management. *Operative techniques in Orthopaedics, 5*, (3), 290-294.
- Domholdt, E. (2005). *Rehabilitation research: principles and applications* (3:e upplagan). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing, 62*, (1), 107-115.
- Feneis, H., & Dauber, W. (2006). *Anatomisk bildordbok* (5:e upplagan). Stockholm: Liber AB.
- Fruensgaard, S., Helmig, P., Riis, J., & Stovring, O. (1992). Conservative treatment for acute rupture of the Achilles tendon. *International Orthopaedics, 16*, 33-35.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*, 105-112.
- Granlund, M., & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Karkhanis, S., Humtaz, H., & Kurdy, N. (2009). Functional management of Achilles tendon rupture: A viable option for non-operative management. *Foot and Ankle surgery, 16*, 81-86.
- Khan, RJK., & Carey Smith, RL. (2010). Surgical interventions for treating acute Achilles tendon ruptures (Review). *The Cochrane Library 2010, 9*.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.

- Leppilahti, J., & Orava, S. (1998). Total Achilles Tendon Rupture. *Sports Med*, 25, (2), 79-100.
- Möller, M., Movin, T., Granhed, H., Lind, K., Faxén, E., & Karlsson, J. (2001a). Acute rupture of tendo Achillis, A prospective, randomized study of comparison between surgical and non-surgical treatment. *The Journal of Bone & Joint Surgery (Br)*, 83, (6), 843-848.
- Möller, M., Lind, K., Movin, T., & Karlsson, J. (2001b). Calf muscle function after Achilles tendon rupture, A prospective randomised study comparing surgical and non-surgical treatment. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 12, 9-16.
- Nandra, R.S., Matharu, G.S., Porter, K.M. (2011). Acute Achilles tendon rupture. *Trauma*, 14 (1), 67-81.
- Nationellt kompetenscentrum för ortopedi. (2006). *Nationella medicinska indikationer för fotkirurgi*. Lund. Från: <http://nkoweb.files.wordpress.com/2011/01/fot1.pdf>
- Nestorson, J., Movin, M., Möller, M., & Karlsson, J. (2000). Function after achilles tendon rupture in the elderly – 25 patients older than 65 years followed for 3 years. *Acta Orthop Scand*, 71, (1), 64-68.
- Nilsson-Helander, K., Thomeé, R., Silbernagel, KG., Thomeé, P., Faxén, E., Eriksson, B.I., & Karlsson, J. (2006). The Achilles Tendon Total Rupture Score (ATRS): Development and Validation. *American Journal of Sports Medicine*, 35, (3), 421-426.
- Nilsson-Helander, K., Silbernagel, KG., Thomeé, R., Faxén, E., Olsson, N., Eriksson, B.I., & Karlsson, J. (2010). Acute achilles Tendon Rupture: A Randomized, Controlled Study Comparing Surgical and Nonsurgical Treatment Using Validated Outcome Measures. *The American Journal of Sports Medicine*, 38, 2186-2193.
- Nistor, L. (1981). Surgical and non-surgical treatment of Achilles tendon rupture – a prospective randomized study. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 63, (3), 394-399.
- Olsson, N., Nilsson-Helander, K., Karlsson, J., Eriksson, B.I., Thomeé, R., Faxén, E., & Silbernagel, KG. (2011). Major functional deficits persist 2 years after acute Achilles tendon rupture. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 19, 1385-1393.

- Pendelton, H., Resch, S., Stenström, A., & Åström, I. (1997). Residual functional problems after non-operative treatment of Achilles tendon rupture. *Foot and Ankle Surgery*, 3, 131-135.
- Rajasekar, K., Gholve, P., Faraj, A., & Kosygan, K. (2005). A subjective outcome analysis of tendoachilles rupture. *The Journal of Foot and Ankle Surgery*, 44, (1), 32-36.
- SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. (Uppdaterad: t.o.m. SFS 2008:351). Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Uppleva. (n.d.). I *nationalencyklopedi*. Hämtad september 8, 2011 från http://www.ne.se/sve/uppleva?i_h_word=uppleva

BILAGA 1

Intervjuguide

1. Hur upplever du att det är med din fot i dag?
2. Om du föreställer dig en vanlig vardag, vilken roll har din fot där?
3. Hur såg situationen ut när rupturen/skadan skedde?
4. Hur ser utvecklingen av din fotfunktion ut i dag?
5. Vilka förväntningar har du i dag på foten?
6. Något som du känner att du vill ta upp som vi inte har tagit upp (inom detta område)?

BILAGA 2



Akademien för hälsa, vård och välfärd
Sjukgymnastprogrammet

INFORMATIONSBREV

Hej!

Vi är två studenter vid sjukgymnastprogrammet på Mälardalens Högskola som ska skriva ett examensarbete om patientens upplevelse av fotfunktion minst ett år efter hälseneruptur som behandlats konservativt, dvs. som inte har fått hälsenan hopsydd kirurgiskt.

Du som tidigare varit patient vid [REDACTED] tillfrågas härmed om deltagande i denna studie.

Din upplevelse av fotfunktion minst ett år efter hälsenerupturen och avslutad rehabilitering är viktig att ta del av för att få en djupare bild och förståelse för resultatet av denna behandlingsmetod.

Syftet med arbetet är att undersöka hur du som behandlats konservativt (utan kirurgiskt ingrepp) upplever din fotfunktion minst ett år efter hälsenerupturen.

Du som deltagare kommer att intervjuas och dina svar kommer att analyseras och presenteras i examensarbetet vi har för avsikt att skriva. Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt och enbart vi som författare kommer att känna till din identitet. Det ursprungliga intervjumaterialet kommer att sparas i våra datorer tills dess att slutversionen av examensarbetet är färdigt, och detta material kommer endast vara tillgängligt för oss författare och vår handledare.

Ditt deltagande kommer att bidra till att utforska ett relativt nytt område inom sjukgymnastiken.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan någon motivering.

Undersökningen kommer att presenteras i form av en uppsats vid Mälardalens Högskola och för [REDACTED].

Vi kommer att kontakta dig per telefon för att höra om du vill delta i studien.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga.

Anna Svanbom
Sjukgymnaststuderande
Mälardalens Högskola,
Västerås
tele: [REDACTED]

e-post:

[REDACTED]@student.mdh.se

Sofia Wedebrand
Sjukgymnaststuderande
Mälardalens Högskola,
Västerås
tele: [REDACTED]

e-post:

[REDACTED]@student.mdh.se

Handledare: Thomas Overmeer
Universitetslektor
Mälardalens Högskola,
Västerås
tele: [REDACTED]

e-post:

[REDACTED]@mdh.se

BILAGA 3

Beskrivning av abstraktionsprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Foten det är väl ganska bra. Men jag märker ju själv att jag har ju inte muskler, alltså jag kan ju inte stå och göra tåhävningar på vänster fot bara. Det kan man göra med höger	Foten är ganska bra, märker att jag inte har lika mycket muskler som på höger	Mindre muskler i vänster fot	Muskelsvaghet i vänster fot	Påverkan på fotfunktion
Det (foten) är väl i stort sett bra tycker jag. Det är väl mornarna som kan känna lite stelhet då	Är i stort sett bra med foten, känns lite stelt på morgonen	Stelt på morgonen, annars bra i foten	Stelhet i foten morgontid	
Jag kommer ju aldrig att ställa mig och spela badminton igen jag vågar inte det. Jag vill aldrig mer råka ut för det där, det tog alldeles för lång tid att komma tillbaka liksom och att kunna gå igen	Kommer aldrig spela badminton igen, vågar inte. Vill inte råka ut för detta igen, tog för lång tid att komma tillbaka	Vågar inte spela badminton igen	Spelar inte badminton	Undvikande och icke undvikande beteende
Egentligen inte rädd det är jag inte... men samtidigt så utövar jag väl inte några sådana idrotter heller. Vad jag förstår så är det väl innebandy och badminton och så vidare ganska riskfyllda sporter i hänseendet	Egentligen inte rädd men utövar heller inte riskfyllda sporter som innebandy och badminton	Spelar inte innebandy och badminton	Utövar inte riskfyllda sporter	
Men som sagt det är ju två år sen och det har ju tagit tid, mycket längre tid	Det är två år sedan och det har tagit tid, mycket längre tid	Det har tagit två års tid	Det har tagit tid	Förändring av fotfunktion
Det är lite irriterande att den (fotfunktionen) inte blir bra. Man undrar liksom nu har det snart gått två år och den är inte bra	Irriterande över att den inte är bra efter snart två år	Irritation över fotfunktion snart två år senare	Irritation över fotfunktion	