



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **CANCERDRABBADES UPPLEVELSE OCH MOTIVATION TILL FYSISK AKTIVITET**

Implikationer för omvårdnad

**Ida Johansson**  
**Sanna Olsson**

---

Examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2016
Handledare:	Christopher Holmberg
Examinator:	Chatarina Löfqvist
	Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

## **Förord**

Vi vill tacka vår eminente handledare Christopher Holmberg för engagerat handledarskap och för otroligt snabba mailsvar. Vi vill även tacka våra vänner och familjemedlemmar som hjälpt till med korrekturläsning, feedback och stöttat oss genom denna kandidatuppsats.

Titel (svensk):	Cancerdrabbades upplevelse och motivation till fysisk aktivitet.
Titel (engelsk):	Cancer patients' experience and motivation to physical activity.
Examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2016
Författare:	Ida Johansson & Sanna Olsson
Handledare:	Christopher Holmberg
Examinator:	Chatarina Löfqvist

---

## Sammanfattning:

**Bakgrund:** Cancer är en vanlig sjukdom som drabbar var tredje person. Sjukdomen har ökat i incidens de två senaste decennierna bl.a. på grund av en ökad livslängd. Vid cancer och behandling uppstår det ett stort emotionellt och fysiskt lidande. De cancerdrabbade upplever symptom såsom fatigue, smärta samt illamående, vilket påverkar välmående och livskvalitet. Forskning har visat att fysisk aktivitet har en positiv effekt vid cancerbehandling. Det är dock få cancerdrabbade som är fysiskt aktiva under och efter sin behandling. I det hälsofrämjande arbetet har sjuksköterskan en viktig roll i att stödja och motivera patienterna till en aktiv vardag. **Syfte:** Att beskriva hur patienter som genomgår och har genomgått cancerbehandling upplever att utöva fysisk aktivitet samt vad som motiverar dem. **Metod:** Denna kandidatuppsats är en litteraturöversikt baserad på 12 vetenskapliga originalartiklar, hämtade från tre databaser. Samtliga studier undersöker cancerdrabbades upplevelse, samt vad som motiverar dem till fysisk aktivitet. Artiklarna kvalitetsgranskades och dess resultat sammanställdes. **Resultat:** Resultatet presenteras i två olika huvudteman, "patientens upplevelse av fysisk aktivitet" och "patientens motivation till fysisk aktivitet". Under det första huvudtemat hittades tre underteman; 1) "Kampen att trotsa rädslan för biverkningar", 2) "den förändrade kroppen och dess påverkan", 3) "att återfå normalitet och rutiner samt fokus på annat än cancersjukdom". Under det andra huvudtemat hittades tre underteman; 1) "vårdpersonalens betydelse", 2) "gruppens betydelse" och 3) "betydelsen av att ha en målsättning och varierande träningsformer". **Slutsats:** Patienterna hade till stor del positiva upplevelser av fysisk aktivitet. Det är därmed viktigt att cancerdrabbade får information och stöd till fysisk aktivitet. Det verkar dock finnas en stor kunskapsbrist i vårdteamet om fysisk aktivitet. Sjuksköterskan har ett stort ansvar i att tillgodose patientens rättigheter till en god omvårdnad och egenvård.

Nyckelord: Cancer, cancerbehandling, fysisk aktivitet, träning, upplevelse, motivation och egenvård.

# Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
2. Bakgrund .....	1
2.1 Cancer.....	1
2.2 Cancerbehandling .....	2
2.2.1 Biverkningar vid cancerbehandling .....	3
2.3 Fysisk aktivitet.....	4
2.3.1 Fysisk aktivitet som behandling inom vården .....	4
2.4 Sjuksköterskans ansvar.....	6
2.4.1 Delaktighet och motivation.....	6
2.4.2 Dorothea Orems egenvårdsteori .....	8
3. Problemformulering .....	8
4. Syfte .....	9
5. Metod .....	9
5.1 Litteratursökning .....	9
5.2 Urval och tillvägagångssätt .....	9
5.3 Dataanalys .....	10
5.4 Etiskt övervägande .....	10
6. Resultat.....	11
6.1 Patientens upplevelse av fysisk aktivitet .....	12
6.1.1 Kampen att trotsa rädslan för biverkningar .....	12
6.1.2 Den förändrade kroppen och dess påverkan .....	13
6.1.3 Att återfå normalitet och rutiner samt fokus på annat än cancersjukdom.....	14
6.2 Patientens motivation till fysisk aktivitet .....	14
6.2.1 Vårdpersonalens betydelse.....	15
6.2.2 Gruppens betydelse.....	16
6.2.3 Betydelsen av att ha en målsättning och varierande träningsformer .....	16
7. Diskussion .....	17
7.1 Resultatdiskussion .....	17
7.1.1 Sjuksköterskans stödjande funktion till egenvård.....	17
7.1.2 Vårdens brist på kunskap och information om fysisk aktivitet vid cancersjukdom	19
7.1.3 Träningssinterventionen och gruppens inverkan på patienten .....	20
7.1.4 Fortsatt forskning .....	22
7.2 Metoddiskussion.....	22
7.2.1 Sökprocess och artikelgranskning.....	22

7.2.2 Artiklarnas innehåll.....	23
8. Implikationer för omvårdnaden och slutsats .....	24
9. Referenser.....	26
Bilaga 1 .....	i
Bilaga 2 .....	ii
Bilaga 3 .....	iv

# 1. Inledning

Val av ämne till denna kandidatuppsats grundades på våra egna erfarenheter inom cancervården. Vi har båda jobbat som undersköterskor på olika avdelningar där cancersjuka patienter vårdats och bevittnat hur stor inverkan behandlingsrelaterade biverkningar har på patienternas livskvalitet.

Vi har även ett gemensamt intresse för fysisk aktivitet och varit aktiva inom lagidrott under många år. Under dessa år har vi upplevt de positiva effekter som medföljer av att vara fysiskt aktiv. Vid cancersjukdom blir de drabbade inaktiva i större utsträckning än tidigare, trots att forskning visar att fysisk aktivitet har en god inverkan på cancerdrabbades livskvalitet. Det är därmed mycket viktigt att vårdorganisationen bidrar med information så att sjuksköterskorna får god kunskap om hur fysisk aktivitet påverkar, samt hur patienterna upplever att utöva fysisk aktivitet under och efter cancerbehandling. Det är även viktigt att sjuksköterskor får information gällande hur de kan motivera och stödja cancerdrabbade till att vara fysiskt aktiva. Kunskap gällande fysisk aktivitet och dess goda hälsoeffekter kan troligtvis även appliceras på andra patientgrupper. Därmed är det inte endast sjuksköterskor som arbetar inom cancervården som behöver ha god kunskap om ämnet.

## 2. Bakgrund

### 2.1 Cancer

Cancer är en vanlig sjukdom, en av tre individer drabbas någon gång under sin livstid (Socialstyrelsen, 2015). Cancer är ett samlingsnamn för cirka 200 olika tumörsjukdomar. Några av de vanligaste cancerformerna idag är prostata-, bröst-, hud-, lung-, tjocktarm- & ändtarmscancer (Cancerfonden, u.å.). En cancertumör utvecklas när celldelning och celldöd inte sker i jämvikt eller under kontrollerade former. Tumörer kan antingen vara benigna (godartade) eller maligna (elakartade). Benigna tumörer infiltrerar inte omgivande vävnader till skillnad från de maligna, som växer okontrollerat och infiltrerar omkringliggande strukturer. I många fall metastaserar de maligna tumörerna till andra organ (Ericson & Ericson, 2012).

Antalet registrerade cancerfall är inte det samma som antalet drabbade individer, eftersom en individ kan ha flera tumörer. Under 2014 var det 50 072 personer som fick en cancerdiagnos för första gången. Av dessa var 52 procent män och 48 procent kvinnor. Antalet tumörer har under de senaste 20 åren ökat i genomsnitt per år med 2,4 procent för män och 2 procent för kvinnor. Incidensen hos kvinnor är högre upp till 60 års ålder, medan männen drabbas i större utsträckning efter att de fyllt 60 år (Socialstyrelsen, 2015). Cancer är en sjukdom som funnits mycket länge. Fornfynd såsom dinosaurier och tidiga människoskelett har hittats, där cancersjukdom varit den troliga dödsorsaken (Olsson, 1996).

Det finns många olika sorters cancer och därmed flera typer av symptom som kan uppmärksammas hos den drabbade. Däribland en tumör som ligger ytligt och känns som en knöl. Andra symptom/tecken är sår som inte läker, onormala blödningar, födelsemärken som är nytillkomna eller ändrar form, avvikande avföringsvanor samt problem att tömma blåsan som inte beror på urinvägsinfektion. Diffusa symptom såsom sväljsvårigheter och/eller långvariga problem med hosta och/eller heshet, försämrad aptit, viktnedgång utan känd

anledning, trötthet och långvarig feber kan vara tecken på sjukdom (Cancerfonden, 2013; Cancerfonden, 2014).

Det finns många olika faktorer som kan öka risken för att en cancersjukdom utvecklas. Tumörer kan orsakas av genetiska, miljömässiga såväl som livsstilsbetingade faktorer. Få riskfaktorer är så väl studerade som rökning. Rökning har ett starkt samband med cancer och värst drabbas de organ som kommer i direktkontakt med tobaksröken, men även resten av kroppen påverkas. Några av de organ som löper störst risk att drabbas av cancer vid rökning är lungor, svalg, munhåla, penis, livmoder, luft- & matstrupe (Lagerros Trolle, 2008). Varje år dör 5 000 människor i Sverige av cancer som relateras till rökning. Nio av 10 personer som dör i lungcancer har någon gång under sin livstid varit rökare (Cancerfonden, 2015). Lagerros Trolle (2008) uppger att alkohol är ytterligare en riskfaktor som kan orsaka cancer i de övre luftvägarna, matstrupen och bröstet. Vid alkoholkonsumtion finns en ökad risk för levercirros, vilket i sin tur kan leda till cancer. Cirka 20 procent av alla cancerfall orsakas av ett smittämne. En lång exponering av hormoner ger en ökad cancerrisk. Därmed ger en tidig menarke, sen menopaus samt långa hormonbehandlingar med exempelvis preventivmedel samt behandling vid klimakteriebesvär, en ökad risk för cancer. Vidare beskriver Lagerros Trolle (2008) att forskningen visar att UV-strålning har en stark koppling till hudcancer av olika slag. Men det är inte bara själva exponeringen för UV-strålarna som utgör en fara, de solindicerade hudskadorna utgör en stor risk för att drabbas av malignt melanom. Det vill säga att vistas ute i solen/sola solarium och bränna huden så att skada uppkommer i olika grad. Ljushyade, fräkniga och blåögda personer har ökad risk att drabbas av hudcancer relaterat till olikheter i pigmentering (Lagerros Trolle, 2008).

Cancerincidensen har ökat bl.a. på grund av den ökade livslängden. Två av tre som drabbas av cancer är 65 år eller äldre. Även om risken att drabbas av cancer ökar, har en minskning skett när det kommer till cancerrelaterade dödsfall (Cancerfonden, 2015). Anledningen att färre dör till följd av en cancersjukdom är att cancervården har utvecklats och förbättrats. Idag finns det diagnostiska metoder och screeningprogram som gör det möjligt att upptäcka cancer i ett tidigare skede, vilket ökar chansen för överlevnad. Dessutom har behandlingsmetoderna blivit bättre och mer effektiva (Socialstyrelsen, 2015).

## 2.2 Cancerbehandling

Inom onkologin används olika former av behandling däribland kirurgi, strålbehandling, cytostatika och endokrin behandling. Kirurgi används för att avlägsna avgränsade tumörer samt för att utföra biopsier av olika strukturer i kroppen (Sjödahl, 2008). Zackrisson och Turesson (2008) förklarar att syftet med strålbehandling är att störa tumörväxten genom att ett specifikt område av kroppen utsätts för joniserande strålning. Hansson, Henriksson och Peterson (2008) delger att målet med cytostatikabehandling, som i folkmun kallas för cellgifter, är att skada så många cancerceller som möjligt. Samtidigt är strävan att skada så få friska celler som möjligt. Det är dessvärre många friska celler som skadas, vilket resulterar i att patienten får biverkningar som följd. Cytostatikabehandlingen kan vara både kurativ (botande) såväl som palliativ (lindrande). Glimelius (2012) skriver att oavsett i vilket skede behandlingen ges får den inte upplevas som värre än sjukdomen.

Cancerdrabbade personer påträffas inte enbart på specifika onkologiska avdelningar, utan även på andra vårdinstanser såsom primärvård, öppenvård och slutenvård. Därför är det viktigt att alla sjuksköterskor har kunskap om denna patientgrupp. På samtliga instanser är

huvudmålet att bota sjukdom men när bot inte längre är möjligt, är avsikten att bedriva en vård som lindrar symptom/tecken samt att ge patienterna så mycket livskvalitet som möjligt (Glimelius, 2012). Cancer åstadkommer ofta ett stort lidande för drabbade patienter (Olsson, 1996). Lidandet beror inte bara på de besvärliga symptom/tecken som medföljer sjukdom och behandling, det beror även på att individen hotas på fysiska, psykiska, existentiella och/eller sociala plan. Detta lidande kvarstår så länge hotet kvarstår. Då cancer inte längre anses vara kurativ, innebär det att patienten övergår till ett palliativt skede. Vid denna övergång uppstår en annan form av lidande. Att få beskedet om att sjukdomen inte längre går att bota är tufft för den drabbade och kan bl.a. leda till dödsångest. I ett palliativt skede är det viktigt att patienten upplever en så hög livskvalitet som situationen tillåter (Strang, 2012).

### **2.2.1 Biverkningar vid cancerbehandling**

Behandlingar som erbjuds cancerpatienter har flera biverkningar. En biverkning klassas som en skadlig och oavsedd effekt av ett läkemedel. Användandet av läkemedel i kurativt eller palliativt syfte innebär därför alltid en risk för biverkningar. Risken för dessa måste därför alltid vägas mot nyttan av läkemedlet (Fass, 2015). Personer som genomgår cancerbehandling påverkas dels av sin sjukdom men även av en ofta invasiv behandling. Som tidigare beskrivits är cytostatika ett läkemedel som hämmar eller dödar både normala celler och cancerceller, vilket medför att läkemedelsbehandlingen aldrig kan bli besvärsfri för patienten. Vilka biverkningar den enskilde patienten drabbas av är mycket individuellt. Genom kännedom av olika cytostatikas generella biverkningar, kan det dock förutsägas vilka biverkningar patienten riskerar att drabbas av. Hårfall är en vanlig biverkning som många patienter fruktar. Hos 30-60 procent av patienterna uppstår biverkningar relaterat till mun och hals i form av muntorrhet, brännande känsla i halsen samt ökad känslighet för värme och kyla (Hansson et al., 2008).

Fatigue innebär enligt Asp och Ekstedt (2009) kronisk eller patologisk trötthet som skiljer sig från vanlig, naturlig trötthet. Schölberg (2003) skriver att fatigue är ett symptom som kan utlösas av cancer i sig, fysiska, psykiska, känslomässiga och miljöbetingade faktorer samt som en behandlingsrelaterad biverkan. Svensk sjuksköterskeförening (2016) anger att symptomet/biverkningen uppstår hos 80-100 procent av alla cancerdrabbade och har en stor påverkan på patientens livskvalitet. Patienten kan uppleva symptom såsom trötthet, svaghet, koncentrationssvårigheter, depression och/eller bristande motivation. Schölberg (2003) definierar symptomet/biverkan som en känsla av ökat obehag samt en nedsatt funktionskapacitet som beror på en sänkt energinivå. Fatigue kan uppstå efter aktiviteter som vanligtvis inte leder till trötthet och försvinner inte efter vila eller sömn. Hansson et al. (2008) skriver att andra biverkningar som kan uppstå till följd av behandling är svaghet, trötthet och ömhet i muskler som dels kan bero på cytostatikabehandlingen men även på en sänkt hemoglobinnivå. Andra symptom patienter kan uppleva vid behandling är en brännande känsla i händer/fötter, kramper samt störning av finmotorik och balans.

Hansson et al. (2008) uppger att en av de mest problematiska biverkningarna vid cytostatikabehandling är illamående. I vissa fall kan biverkningen upplevas så påfrestande för patienten att behandlingen måste avslutas. Graden av illamående varierar stort mellan olika individer men beror också på den specifika cytostatikaterapin, dosen, administrationsätt, kombinationen av läkemedel och behandlingens duration. Illamående och kräkning ger dels upphov till lidande för patienten men det har även konsekvenser för energiintag, nutritionsstatus samt vätske- och elektrolytbalans. Diarré förekommer hos upp till 75 procent



av patienterna som behandlas med cytostatika. Förstoppning är inte lika vanligt förekommande och uppstår endast p.g.a. ett fåtal cytostatikapreparat. Andra faktorer som kan bidra till förstoppning vid cancersjukdom är hög ålder hos den sjuke, minskad fysisk aktivitet, läkemedel såsom opiater, diuretika, antidepressiva läkemedel, järntabletter, lågt fiberintag och lågt stämningsläge (Hansson et al., 2008).

## 2.3 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan förebygga uppkomsten av cancer och är även värdefullt under behandlings- och rehabiliteringsfasen för den cancerdrabbade. Regelbunden träning förbättrar funktionen samt livskvaliteten och är en effektiv metod för att minska biverkningar som relateras till sjukdomen och behandlingen. Många i denna patientgrupp står ofta på många olika läkemedel och därmed finns det en stor efterfrågan av icke-farmakologiska alternativ för att lindra biverkningar (Thune, 2008).

Fysisk aktivitet är ett mycket övergripande begrepp och definieras som all typ av kroppsrörelse som leder till en markant ökad energiförbränning. Fysisk aktivitet innefattar många olika aktiviteter såsom fysisk träning, friluftsliv, promenader, cykling, trädgårdsarbete, hushållsarbete och arbetsuppgifter som innebär en ökad energiomsättning. Därmed är alla människor (förutom de som är helkroppsfrämlade eller ligger i koma) fysiskt aktiva varje dag. Det är stor skillnad i hur mycket olika människor rör på sig, hur ansträngande den fysiska aktiviteten är samt hur lång tid den utövas. Effekten av fysisk aktivitet är beroende på dess intensitet, varaktighet, frekvens, typ av aktivitet, individens ålder och genetiska faktorer (Faskunger, 2013).

Vuxna (personer över 18 år) rekommenderas minst 150 minuter måttlig fysisk aktivitet, eller 75 minuter högintensiv fysisk aktivitet per vecka. Aktiviteten bör spridas ut på flera dagar under veckan och utföras i pass om minst 10 minuter. Måttlig aktivitet skall medföra en ökning av puls- och andningsfrekvens. Högintensiv fysisk aktivitet skall ge en markant ökning av puls- och andningsfrekvens. Mer träning än den lägsta rekommenderade nivån ger ytterligare hälsoeffekter (Fyss, 2011). Regelbunden fysisk aktivitet har visats främja hälsa, välbefinnande och ha en sjukdomsförebyggande effekt. Trots att fysisk aktivitet har positiva effekter på hälsan är trenden i samhället en minskad mängd regelbunden fysisk aktivitet. Denna utveckling bidrar till en ökning av välfärdssjukdomar och ohälsa, bl.a. vissa typer av cancer (Folkhälsomyndigheten, 2015).

### 2.3.1 Fysisk aktivitet som behandling inom vården

Idag finns det evidens som visar att fysisk aktivitet kan användas dels för att främja hälsa, men även för att förebygga och behandla olika sjukdomar (Statens folkhälsoinstitut, 2011). En inaktiv livsstil och övervikt orsakar 25 procent av alla cancerfall världen över. Fysisk aktivitet påverkar bl.a. kroppens energiomsättning, insulinresistens och nivån av könshormoner. Dessa faktorer påverkar risken att insjukna i cancer. Forskning har visat att regelbunden fysisk aktivitet är en av de viktigaste faktorerna som den enskilde individen själv kan påverka, för att förebygga insjuknandet i cancer (Thune, 2008).

Förr ansågs det att patienter som genomgick cancerbehandling skulle reducera fysisk aktivitet och istället vila (Thune, 2008). I dagsläget finns det forskning som visar att fysisk aktivitet har flera positiva hälsoeffekter vid cancersjukdom (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Dock kan fysisk aktivitet medföra smärta, hjärtklappning, andningssvårigheter och måste därför

individ Anpassas. Den fysiska aktiviteten måste anpassas efter den drabbades cancerdiagnos, typ av behandling, tid sedan senaste behandling, aktuell medicinering, vitalparametrar samt om patienten är utsatt för stress. För att individanpassa träningen är det viktigt att rådgöra med läkare och/eller fysioterapeut. Det är även viktigt att den fysiska aktiviteten balanseras med vila för optimal återhämtning och träningseffekt (Thune, 2008).

Svensk sjuksköterskeförening (2016) skriver att vid cancersjukdom och cancerbehandling är målet med fysisk aktivitet att bibehålla konditionen, muskelstyrkan samt smidigheten.

De tre vanligaste träningsformerna under och efter cancerbehandling är konditionsträning, styrketräning och stretchning. Enligt Thune (2008) kan aktiviteter som involverar stora muskelgrupper med fördel utövas av cancerdrabbade, tung belastning skall dock undvikas. Träning bör utövas dagligen med måttlig till hög intensitet anpassats till individen. Aktiviteten bör utföras i minst 15-60 minuter. Det är viktigt att träningen är anpassad utefter den enskildes situation, ålder samt tidigare erfarenhet av träning. Faskunger (2013) menar att hälsofrämjande fysisk aktivitet innefattar all aktivitet som förbättrar hälsan och den fysiska kapaciteten, utan att åsamka en förhöjd risk för annan skada. Av alla som någon gång påbörjat ett träningsprogram är det cirka 50 procent som slutar inom några månader. Det är därför viktigt att sjuksköterskan kan bidra med kunskap och information till patienten gällande vilka strategier som fungerar, för att främja fysisk aktivitet på lång sikt. Enligt Statens folkhälsoinstitut är det upp till 15 procent av befolkningen upplever att de behöver stöd till att genomföra livsstilsförändringar och bli mer aktiva.

I en meta-analys utförd av Speck, Courneya, Mâsse, Duval och Schmitz (2010) sammanställs 82 artiklar som behandlar fysisk aktivitet och dess påverkan på biverkningar vid cancer och cancerbehandling. I studien jämförs effekten av fysisk aktivitet under och efter cancerbehandling. Majoriteten av studierna visar en signifikant positiv förbättring av över- och underkroppstyrka samt ökad självkänsla hos patienter som genomgår cancerbehandling. Fysisk aktivitet visades även förbättra humöret, höja livskvaliteten och sänka ångestnivån hos patienterna. Träning efter cancerbehandling har en signifikant påverkan på kondition, över- och underkroppstyrka, vighet, livskvalitet, fatigue, smärta samt illamående. Även i en systematisk review skriven av Larkin, Lopez och Aromataris (2014) visade forskarna att fysisk aktivitet som behandling gav en signifikant reduktion av fatigue. Studien visade även att KBT (kognitiv beteendeterapi) och utbildning hade en god effekt. Men störst positiv effekt på fatigue hade fysisk aktivitet.

I en studie av Do, Cho och Jeon (2015) undersöktes effekten av fysisk aktivitet vid behandling av bröstcancer. I studien deltog 62 kvinnor och 30 av dem deltog i en träningsintervention med konditions- och stretchningsträning. Deltagarna i interventionen upplevde en förbättrad effekt av de fysiska och emotionella funktionerna. Dessutom framkom en signifikant reduktion av symptom såsom illamående, fatigue och smärta i jämförelse med kvinnorna som inte deltog i interventionen. Studien visade även att kvinnorna som utövade fysisk aktivitet hade en högre livskvalitet jämfört med den andra gruppen. Trots att det finns mycket som påvisar att fysisk aktivitet har positiva effekter vid cancer och cancerbehandling, visar studierna av Blanchard et al. (2003) samt Courneya och Friedenreich (2007) att den fysiska aktiviteten inte ökar efter en cancerdiagnos.

En viktig del inom omvårdnaden är att patienten upplever hälsa trots sjukdom. Sjuksköterskan har en viktig roll i att hjälpa patienten att uppnå en känsla av hälsa och välbefinnande. Genom

att arbeta hälsofrämjande och göra patienten delaktig i vården kan sjuksköterskan stödja patienten till att uppnå hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

## 2.4 Sjuksköterskans ansvar

Patientens upplevelse av hälsa påverkas av sjukdom, lidande, skada samt smärta, men även av andra faktorer såsom arbetslöshet, fattigdom och avsaknad av sociala relationer. Hälsa är en subjektiv upplevelse och beror på patientens livssituation och mål. Patienten är kapabel och har själv rätt att avgöra vad hälsa innebär för den enskilde. I grunden handlar omvårdnad om det enskilda mötet mellan sjuksköterska och patient. Att stärka patientens tilltro till sig själv är därför en av sjuksköterskans huvuduppgifter och en central del i det hälsofrämjande arbetet. En av omvårdnadens största målsättningar är att verka för hälsa ur den enskildes perspektiv (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). I ICN:s (International Council of Nurses) etiska kod för sjuksköterskor står det att sjuksköterskans arbetsområde innefattar att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). I det vardagliga mötet med patienten har sjuksköterskan sin största hälsofrämjande potential (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Patientens upplevelse och möjlighet till återhämtning i en svår och utsatt situation beror till stor del på sjuksköterskans förhållningssätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Enligt Langius Eklöf (2009) innebär ett salutogent förhållningssätt att hälsa står i fokus, inte sjukdom. Förhållningssättet utgår från människan i ett helhetsperspektiv, där patientens egen upplevelse och uppfattning av hälsa och välbefinnande är i fokus. Svensk sjuksköterskeförening (2008) menar att i det salutogena förhållningssättet är fokus för sjuksköterskan att försöka förstå vad som skapar och upprätthåller patientens hälsa trots sjukdom. Detta är grundläggande i den hälsofrämjande omvårdnaden. Sjuksköterskan måste förstå patientens upplevelse av hälsa, ohälsa, lidande och de faktorer som bidrar till hälsa. Genom att stödja och ta till vara på patientens egna resurser, främjar sjuksköterskan patientens delaktighet och hälsotillstånd. Delaktighet innebär en interaktion mellan två eller flera individer. Att uppmuntra patienten till delaktighet och sträva efter att stötta patientens autonomi är en viktig del i det hälsofrämjande arbetet (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Sjuksköterskan är även enligt lag skyldig att göra patienten delaktig i vården. I patientlagen (SFS 2014:821) står det i kap. 5 delaktighet, § 1 att: *“Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.”*

### 2.4.1 Delaktighet och motivation

Patienten som involveras i vården får en känsla av tilltro, kontroll och förståelse. För att hen skall känna sig delaktig i beslutsprocessen krävs en respektfull dialog mellan sjuksköterskan och denne. När patienten är delaktig och har kunskap om sin situation, kan hen utnyttja sina resurser mer effektivt och ta ett större ansvar över sin livssituation (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Sjuksköterskan har då gett patienten egenmakt, d.v.s. kraft att hantera sin situation, vilket är en av huvudprinciperna inom det hälsofrämjande arbetet (Pellmer, Wramner & Wramner, 2012). Detta resulterar i att patientens livskvalitet ökar. Sjuksköterskans uppgift är att vägleda patienten för att stärka dennes potential till hälsa. Dessutom är det sjuksköterskans uppgift att göra närstående delaktiga i omvårdnaden. När sjuksköterskan skapar en icke-hierarkisk relation till patienten och de närstående, bjuds alla in till att bidra med resurser och kunskap vilket ökar välbefinnandet hos patienten och de närstående (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Genom att sjuksköterskan hjälper patienten att hitta bra egenvårdsstrategier, stärks patientens egenmakt. En egenvårdsstrategi innebär att

patienten hittar olika sätt att hantera svåra situationer i livet (Egidius, 2008). Omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem beskriver patientdelaktighet som patientens engagemang i sin egenvård. Kunskap och intresse hos den drabbade är därmed viktigt för att patienten skall bli delaktig i vården. För att sjuksköterskan skall kunna bidra med kunskap måste hen, enligt Orem, ha kännedom om vad patienten är i behov av att veta. Det krävs därför en god dialog mellan sjuksköterskan och patienten, menar Orem (Eldh, 2009).

Enligt Faskunger (2013) är individens kunskap om hälsofrämjande träning, inte tillräckligt för att en beteendeförändring skall ske. För att en person skall kunna förändra sin livsstil är det viktigt med både kunskap och motivation. Som nämnts tidigare är en av sjuksköterskans uppgifter att arbeta just hälsofrämjande. Det är därför viktigt att sjuksköterskan vet hur hen kan arbeta för att stödja personer till en livsstilsförändring. Beteendeförändring är en komplicerad process som många gånger tar lång tid och innebär både med- och motgångar. Motivation är drivkraften för att klara av en livsstilsförändring. Det finns olika former av motivation, inre och yttre motivation. Den inre motivationen är den starkaste typen och uppstår när människan känner ett naturligt intresse att uppnå ett mål. Inre motivation uppstår när personen själv har valt vad den skall uppnå, inte när personen blir tvingad till det. Det är den inre motivationen som leder till en långsiktig beteendeförändring. Yttre motivation har däremot sin grund i yttre tryck och påverkan från omgivningen. I den yttre motivationen känner sig personen ofta tvingad till en beteendeförändring och leder många gånger till en kortvarig förändring (Faskunger, 2013). Enligt Hedelin, Jormfeldt och Svedberg (2014) är det viktigt att sjuksköterskan fokuserar på att göra patienten delaktig genom ömsesidigt lärande, med fokus på individens resurser och mål. På så sätt kan personen få inre motivation.

Ett sätt för sjuksköterskan att motivera en patient till en aktiv livsstil är genom motiverande samtal (MI). MI passar i alla sammanhang där målet är att motivera en person till förändring utan att väcka motstånd. Sjuksköterskan lyssnar på patienten för att försöka få en förståelse över dennes problematik. Samtalsledaren lägger vikten på att patienten skall fundera över sina värderingar och svar, för att på så sätt fatta egna beslut om en livsstilsförändring. Sjuksköterskan styr samtalet genom att ställa följdfrågor som fokuserar på relevanta problemområden. Det är ytterst viktigt att sjuksköterskan lyssnar med accepterande och icke-moraliserande intresse, samt att hen försöker förstå patientens situation. I stället för att sjuksköterskan kommer med lösningar, är det patienten själv som får komma fram till lösningen på problemet. Men detta utesluter inte att sjuksköterskan kan komma med information och praktiska råd. Genom MI minskar risken för att sjuksköterskan skall stöta på motsättning hos patienten. MI ökar ömsesidigheten och delaktigheten mellan sjuksköterskan och patienten. Vilket medför att chansen för inre motivation och en långsiktig beteendeförändring ökar (Holm Ivarsson, 2008).

Hjälp till egenvård efterfrågas ofta av patienter. Rådgivning och stödsamtal kan många gånger få patienten att bli mer motiverad till att ta tag i ohälsosamma levnadsvanor, samt en fysiskt inaktiv vardag. Samtal om rökning, fysisk aktivitet, matvanor, riskbruk/missbruk av alkohol och droger kan ge både goda resultat, såväl som kostnadseffektiva lösningar på patientens livssituation. Som sjuksköterska är det viktigt att sträva efter att tillgodose patientens psykiska, existentiella/andliga, sociala samt fysiska behov, för att öka livskvalitet och välmående så långt detta är möjligt (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en metod som används inom hälso- och sjukvården, för att öka patienters nivå av fysisk aktivitet. FaR förskrivs bl.a. av sjuksköterskor och går ut på att forma en patientanpassad ordination på någon form av fysisk aktivitet (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

Socialstyrelsen (2013) skriver att egenvård innefattar åtgärder som legitimerad personal inom hälso- och sjukvården bedömer att personen själv kan utföra eller utför med hjälp av någon annan. Egenvård räknas inte som hälso- och sjukvård, däremot är det legitimerad personal inom vården som har ansvar för bedömning, planering och utvärdering av egenvård. Det finns inga generella åtgärder som utgör egenvård, utan det beror på omständigheter i varje enskilt fall. En bedömning angående egenvårdens lämplighet måste göras i samråd med patienten och utgå från dennes fysiska och psykiska hälsa. Om åtgärden kan utföras som egenvård beror därmed på om patienten klara av att utföra åtgärden på ett säkert sätt eller ej.

#### **2.4.2 Dorothea Orems egenvårdsteori**

Att kunna ta hand om sig själv är en av mognandets processer i en människas liv och ses som en självklarhet för många. Men det är långt ifrån alla som har möjligheten att klara av att tillgodose sina basala behov. De individer som har förmågan att ta hand om sig själva, har en möjlighet att påverka olika faktorer i livet. Detta har Dorothea Orem (1991) studerat och det ledde till hennes egenvårdsteori. Orem myntade begreppet egenvård som handlar om att individer kan ta initiativ till att påverka sin hälsa, upprätthålla liv och välbefinnande. Vanligtvis tar en vuxen individ frivilligt hand om sig själv och strävar omedvetet efter att upprätthålla hälsa, liv och välbefinnande. Barn, äldre, skadade, sjuka och funktionsnedsatta individer kan dock komma att behöva assistans eller stöd till att upprätthålla en god egenvård. Detta med hjälp av sjukvård och/eller egenvårdsmedel. Vilken typ av hjälp som krävs styrs av den behövande individens hälsotillstånd.

Orem (1991) lyfter en rad olika universella egenvårdsbehov som en människa har. Några av dem är tillgång till syre, vatten, näringsämnen, balansen mellan aktivitet/vila samt mellan att vara ensam och ingå i ett socialt sammanhang. När individen inte längre klarar av att sköta sin egenvård uppstår en så kallad egenvårdsbrist. Det uppstår en brist mellan personens basala egenvårdsbehov och dennes förmåga att utföra dessa. Detta kan uppstå då personen har en reducerad förmåga att utföra handlingar, alternativt att de basala behoven ökar. Enligt Socialstyrelsen (2013) innebär egenvård inom hälso- och sjukvård, en sjukvårdsåtgärd som kan utföras av patienten på egen hand eller med hjälp av någon annan. En sjuksköterska eller annan legitimerad vårdpersonal skall bedöma om patienten är i stånd till att utföra egenvården. Därmed stödjer sjuksköterskan patienten till att finna egenvårdsstrategier, vilket ger den cancerdrabbade verktyg till att hantera sin livssituation.

Genom att arbeta hälsofrämjande, utgå från det salutogena förhållningssättet och göra patienten delaktig i vården, kan sjuksköterskan stödja patienten till egenvård. På så sätt kan patienten uppleva hälsa trots ohälsa. Fysisk aktivitet är som tidigare nämnts en viktig del av cancerbehandlingen. Här finns det en stor möjlighet för sjuksköterskan att stödja och motivera till egenvård genom att hjälpa patienten hitta fungerande egenvårdsstrategier.

### **3. Problemformulering**

Cancer är en vanlig sjukdom och var tredje person kommer någon gång i livet att drabbas. Incidensen har ökat kraftigt de senaste två decennierna. Behandlingen är ofta omfattande med många biverkningar såsom fatigue, illamående/kräkning samt muskel- och nervpåverkan. Forskning visar att fysisk aktivitet har en positiv påverkan ur många aspekter vid cancerbehandling. Det är dock få patienter som anger att de är fysiskt aktiva under och efter sin behandling, bland annat p.g.a. besvärande biverkningar och bristande information från vården.

Sjuksköterskor som jobbar med cancerdrabbade har ett ansvar i att motivera och stötta dessa till en ökad fysisk aktivitet. Det är viktigt att sjuksköterskan ser till patientens resurser och bjuder in till delaktighet i omvårdnaden samt beslutsprocessen. För att kunna motivera patienten måste sjuksköterskan ha förståelse för hur dessa patienter upplever möjligheter och hinder, med fysisk aktivitet under och efter behandling.

## 4. Syfte

Att beskriva hur patienter som genomgår och har genomgått cancerbehandling upplever att utöva fysisk aktivitet samt vad som motiverar dem.

## 5. Metod

### 5.1 Litteratursökning

Resultatet i denna uppsats baseras på en litteraturoversikt. Modellen ger möjlighet att kartlägga kunskapsläget inom ett forskningsområde. Genom en bred sökning efter kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar, en bred analys och en sammanställning av resultat från olika artiklar kan forskningsläget fastställas. En litteraturoversikt kan leda till påverkan i det praktiska vårdarbetet och förändra befintliga rutiner. Det kan även visa på de områden inom omvårdnaden som inte blivit föremål för forskning (Segesten, 2012).

För att hitta artiklar till resultatet användes databaserna Cinahl, PubMed och Scopus. Cinahl är en databas som främst innehåller artiklar som behandlar områdena omvårdnad, arbetsterapi, fysioterapi och medicin. PubMed är en större databas än Cinahl och är främst för medicin, men har även en del artiklar inom området omvårdnad (Karolinska Institutet, 2015). Scopus är en multidisciplinär databas som innehåller artiklar om framförallt naturvetenskap, teknik, medicin och samhällsvetenskap (Linköpings Universitet, 2015). Dessa tre databaser användes för att säkerställa bredd i sökningen inom det valda intresseområdet.

Inklusionskriterier för sökningen var cancerpatienters upplevelse av fysisk aktivitet vid pågående behandling eller efter avslutad behandling, publicerade på 2000-talet, vetenskapliga originalartiklar samt "peer reviewed". Sökningen i PubMed begränsades till de senaste fem åren, detta då antalet träffar ansågs för stort då sökningen begränsades till 10 år. När begränsningen fem år användes, erhöles ett överskådligt antal träffar. I Cinahl söktes artiklar från 2005 och framåt, detta med syfte att bredda sökningen då begränsningen fem år i denna databas ansågs för snäv. I Scopus användes ingen begränsning då sökorden ansågs ge ett relevant antal träffar.

### 5.2 Urval och tillvägagångssätt

Litteratursökningen genomfördes under en dag och innefattade flera sökningar. Först utfördes en provsökning för att bli bekant med databaserna samt sökorden. Efter provsökningen valdes några sökord ut, dessa var återkommande i relevanta träffar. I databaserna användes till en början de primära sökorden "neoplasms" (MeSH-termen för tumörsjukdom/cancer), "physical activity" och "experience". Av de primära sökorden var endast "neoplasms" en MeSH-term. "Physical activity" valdes som sökord eftersom det var ett ord som förekom upprepade gånger i artikeltitlarna. MeSH-termen för "experience" är "life changing events", vilket inte

upplevdes som ett relevant ord i förhållande till syftet. För att få ett mer representativt resultat utfördes sökningar med ett flertal olika sökord, som varit återkommande i provsökningen. Bl.a. användes ”exercise”, ”cancer”, ”cancer care” och ”qualitative”. Av dessa sökord var endast ”exercise” en MeSH-term. När sökningen utökades med flera sökord ansågs resultatet mer representativt för syftet. En fullständig lista över artikelsökningen återfinns i bilaga 1.

Sökningen utfördes enligt nedan:

- För att sälla bland artiklarna lästes samtliga titlar vid varje sökning, med målet att finna artiklar relevanta för syftet. Sammanlagt valdes 69 titlar för granskning av abstrakt. Efter att abstrakten granskats valdes 26 artiklar ut för ytterligare granskning.
- De 26 valda artiklarna granskades därefter i sin helhet. Granskningen baserades bl.a. på syftet och resultatets relevans i förhållande till syftet i denna uppsats.
- Granskningen baserades även på Röda korsets högskolas (2005) granskningsmall för kvalitetsbedömning av artiklarnas innehåll. De mest relevanta kriterierna sammanställdes i en mall som återfinns i bilaga 2. Efter granskningen återstod 12 artiklar som resultatet i denna kandidatuppsats är baserat på.

### 5.3 Dataanalys

Som nämnts ovan gjordes en granskning av artiklarna för att utvärdera dess kvalitet. Syfte, metod och resultat sammanställdes och återfinns i bilaga 3. Detta gjordes för att få en god överblick över artiklarnas innehåll.

För att sammanställa resultatet i denna litteraturöversikt användes Fribergs modell (2012). Efter att ha läst studiernas resultat ett flertal gånger valdes två huvudteman ut, för att få en överblick av resultaten. Valet av huvudtemana grundades dels på syftet i denna studie men även på de valda artiklarnas innehåll. Syftet med denna studie var att ta reda på patienternas upplevelse samt vad som motiverade till fysisk aktivitet. Artiklarna behandlade ”upplevelser” samt ”motiverande faktorer” vid fysisk aktivitet. Därmed valdes ”patientens upplevelse av fysisk aktivitet” och ”patientens motivation till fysisk aktivitet” som huvudteman i resultatet. Därefter lästes resultaten ytterligare och meningsbärande enheter valdes ut som var relaterade till de två huvudtemana. De olika meningsbärande enheterna sorterades sedan till sex underteman. Tre av undertemana relaterades till huvudtemat ”patientens upplevelse av fysisk aktivitet” och tre av undertemana relaterades till huvudtemat ”patientens motivation till fysisk aktivitet”. Huvudtemana samt undertemana utgör rubriker i resultatet.

### 5.4 Etiskt övervägande

Enligt Kjellström (2012) innebär forskningsetik, etiska överväganden som utförs innan och under genomförandet av en vetenskaplig studie. Vid studier som handlar om människor är utmaningen att undvika att deltagarna utnyttjas, skadas och såras. För att garantera säkerhet, välbefinnande och rättigheter hos deltagarna kan etiska principer användas. Endast forskning som utförs med respekt för människovärdet kan accepteras. Grundläggande friheter, mänskliga rättigheter, säkerhet, hälsa och personlig integritet skall visas hänsyn.

I samtliga artiklar finns en etisk diskussion och etiska godkännanden har utfärdats i 10 av de totalt 12 artiklarna. Författarna till de två artiklar som inte har ett godkännande från en etisk kommitté, anger att de följt riktlinjer satta av olika etiska kommittéer. Adamsen, Rassmussen och Pedersen (2001), är författarna till en av de studier som inte har ansökt om etiskt

godkännande, skriver att deltagarna fått information om studien muntligt såväl som skriftligt och hade själva valt att delta. Författarna skriver även att deltagarna hade möjlighet gå ur studien samt att deltagarnas integritet bevarades genom att all information behandlades konfidentiellt och avidentifierades. De anger även att de följt riktlinjer satta av ”Danish Ethical Research Committee”. Andersen, Rorth, Ejlertsen och Adamsen (2014) är författarna till den andra studien som inte ansökt om etiskt godkännande. Författarna till studien anger att de följt riktlinjer från ”The Scientific Committees of Copenhagen and Frederiksberg”, ”The Danish Data Protection Agency” och ”Helsinki Declaration”. Vidare skriver de att deltagarna erhöll information angående studien. Efter att läst artiklarna upplever författarna till denna kandidatuppsats att alla 12 artiklar utförts på ett sätt som stämmer överens med forskningsetikens principer.

## 6. Resultat

I tabell 1 finns en sammanfattning av artiklarnas resultat med tillhörande huvud- och underteman. Därefter följer en mer utförlig redovisning av resultatet.

Tabell 1. Huvud- och underteman som identifierades i resultatet.

Huvudtema	Undertema	Sammanfattning
Patientens upplevelse av fysisk aktivitet.	Kampen att trotsa rädslan för biverkningar.	Patienterna upplevde att biverkningar såsom fatigue, illamående, yrsel, magproblem, muskel- och ledvärk utgjorde ett hinder för fysisk aktivitet. Deltagarna använde sig av olika strategier för att hantera biverkningarna. Kunskap och humor var två strategier som användes. Patienterna upplevde en minskning av biverkningar när de utförde fysisk aktivitet. De fick ökad energinivå, förbättrat humör och sömnmönster, vilket gav ett generellt ökat välmående.
	Den förändrade kroppen och dess påverkan.	Deltagarna upplevde ett missnöje med sina kroppar efter den genomförda cancerbehandlingen. Dels p.g.a. en inaktiv livsstil men även förändringar såsom håravfall, avlägsnande av kroppsdel samt ärrbildning. De kände sig märkta av cancer och ville därför inte träna på allmänna platser. Däremot upplevde patienterna trygghet och kände sig mer bekväma när de tränade med andra patienter som hade liknande erfarenheter av cancersjukdom.
	Att återfå normalitet och rutiner samt fokus på annat än cancersjukdom.	Träningen bidrog med en daglig rutin och gjorde att deltagarna återigen fick en aktiv vardag. Det medförde att deltagarna kände sig normala. Fysisk aktivitet medförde att patienterna återigen litade på sina kroppar. En signifikant förbättring av den fysiska statusen upplevdes, vilket ledde till ett ökat självförtroende. Träningen fick patienterna på andra tankar och gjorde att de fokuserade på hälsa istället för cancersjukdom.
Patientens motivation till fysisk aktivitet.	Vårdpersonalens betydelse.	Deltagarna uppgav att det var viktigt att få information från vårdpersonalen om den fysiska aktivitetens betydelse. Tränarna var en viktig del av interventionerna då de bidrog med trygghet, stöd och säkerhet. Dessutom upplevdes stödet från närstående och arbetskollaboratorer som en stor faktor till motivation.



	Gruppens betydelse.	Många av deltagarna föredrog att träna i grupp. Att träna i grupp skapade en känsla av kamratskap och samhörighet. De kunde relatera till varandra och kände sig trygga och bekväma i varandras sällskap. Den fysiska aktiviteten och kamratskapet medförde att deltagarna för en stund kunde glömma bort sjukdomen och ha roligt tillsammans.
	Betydelsen av att ha en målsättning och varierande träningsformer.	Patienterna uppgav att det var bra att ha en målsättning med den fysiska aktiviteten. Det var även viktigt att träningen var varierande, inspirerande och rolig.

## 6.1 Patientens upplevelse av fysisk aktivitet

Biverkningar och en förändrad kropp till följd av cancer och cancerbehandling utgjorde ett hinder för att vara fysiskt aktiv. Behandlingen ledde till en inaktiv vardag utan vardagliga rutiner. Deltagarna upplevde att fysisk aktivitet bidrog till ökad energinivå, bättre humör, bättre sömnmönster samt en starkare kropp. Dessutom medförde den planerade fysiska aktiviteten att deltagarna fick en aktiv vardag med vardagliga rutiner. Det bidrog till att deltagarna återigen kände sig normala.

### 6.1.1 Kampen att trotsa rädslan för biverkningar

Deltagarna upplevde fysisk aktivitet som en kamp. Det fanns en uttalad rädsla för olika biverkningar vilket utgjorde ett stort hinder för fysisk aktivitet. Fatigue, illamående, infektioner, yrsel, magproblem, muskel- och ledvärk var biverkningar som riskerade att påverka patienternas grad av fysisk aktivitet (Backman, Browall, Sundberg & Strömberg, 2016; Husebø, Karlsen, Allan, Søreide & Bru, 2014; Larsson, Jönsson, Olsson, Gard & Johansson, 2008; Andersen et al., 2014; Hennessy, Stevinson & Fox, 2005). Ju fler behandlingar patienterna genomgick, desto värre upplevdes biverkningarna (Backman et al., 2016; Husebø et al., 2014). En av deltagarna i Husebø et al. (2014) uttryckte: *"The tiredness... lying on the couch feeling like I was in a coma. I should have been out walking, but I just stayed on the couch."* (s. 504)

Deltagarna i Andersen et al. (2014) studie beskrev muskel- och ledvärk som huggande, molande och en känsla av rastlöshet i kroppen. Smärta uppstod i olika delar av kroppen och flyttade runt under perioder. Patienterna var dock medvetna om att biverkningarna berodde på cytostatikabehandlingen och inte på den fysiska aktiviteten. Detta gjorde att patienterna klarade av att fortsätta träna. Även i studien av Adamsen et al. (2001) upplevde många av deltagarna muskel- och ledvärk. Deltagarna hade inställningen att smärtan var ett tecken på liv och att de kunde använda sina kroppar. Bulmer, Howell, Ackerman och Fedric (2012) lyfte att basal kroppskänedom var en strategi som deltagarna uppskattade. Humor var ytterligare en strategi som användes av patienterna i studierna skrivna av Cormie, Turner, Kaczmarek, Drake och Chambers (2015), Bulmer et al. (2012) samt Adamsen et al. (2001). Humorn medförde en positiv och stödjande miljö för deltagarna.

Patienterna beskrev att det var viktigt att lyssna på kroppens signaler samt att hantera svårigheter såsom fysiska/mentala begränsningar och motgångar (Larsson et al., 2008). Patienterna var ibland tvungna att ställa in träningspass p.g.a. sina biverkningar. Deltagarna uppgav att de sänkte intensiteten, frekvensen och tog längre pauser under träningsinterventionen jämfört med innan cancerdiagnosen (Andersen et al., 2014).

Deltagarna i Spence, Heesch och Brown (2011), Cormie et al. (2015) och Backman et al. (2016) studier upplevde reducering av biverkningar när de utövade fysisk aktivitet. Bl.a. minskning av fatigue, yrsel och andfåddhet. Några av deltagarna upplevde att de blev mer kognitivt alerta och harmoniska efter att de utövat fysisk aktivitet. I studierna av Bulmer et al. (2012), Adamsen et al. (2001), Missel et al. (2015) och Spence et al. (2011) ledde fysisk aktivitet till ett generellt förbättrat välmående hos deltagarna. Ökad energinivå, bättre humör, förbättrad tarmperistaltik, bättre sömnmönster samt bättre kognitiv funktion var några av de fördelar som patienterna upplevde.

Att kunna delta i fysisk aktivitet trots biverkningar och motgångar, medförde att patienternas självförtroende höjdes. Genom att lyckas med träningen fick patienterna en känsla av att de fortfarande klarade av att genomföra något. Deltagarna hade en positiv inställning och upplevde att träningen var meningsfull (Adamsen et al., 2001; Cormie et al., 2015; Backman et al., 2016).

### **6.1.2 Den förändrade kroppen och dess påverkan**

Patienter som var fysiskt aktiva innan cancerdiagnosen uttryckte ett stort missnöje över sina kroppar efter cancerbehandlingen. Många hade förhoppningar om att träningsinterventionen skulle hjälpa dem att bli mer fysiskt aktiva och återfå sin tidigare fysiska status (Adamsen et al., 2001). Håravfall, mastektomi och ärrbildning var faktorer som förändrade patienternas självbild och bidrog till att de kände sig obekväma med att träna bland andra människor. Konsekvenser av sjukdom och tillhörande behandling bidrog till att deltagarna kände sig märkta av cancer. De ville inte träna på allmänna platser utan peruk, bröstimplantat eller kläder som täckte ärr. Att bära peruk och bröstimplantat under träning var både opraktiskt och obekvämt, vilket medförde att deltagarna var mindre fysiskt aktiva (Husebø et al., 2014; Backman et al., 2016; Robinson, Piacentine, Waltke, Ng & Tjoe, 2015; Hennesy et al., 2005). En patient i Husebø et al. (2014) studie sade:

*"I stopped going to the gym when I got cancer. First of all I didn't want to... having to lean forward... well, in a wide neckline things will show and my head felt like boiling because of the wig. I'm too vain to walk around the gym without it." (s.504).*

I studierna av Robinson et al. (2015) och Backman et al. (2016) framkom det att patienterna hellre tränade med andra patienter som var i samma situation. Att personerna som tränade på samma anläggning hade liknande erfarenhet och därmed en förståelse, medförde att patienterna kunde känna sig trygga och bekväma vid träningstillfällena.

Patienterna upplevde en stor förändring i hur deras kroppar påverkades av träning under cytostatikabehandling jämfört med innan diagnosen. Patienter uppgav att de inte längre vågade lita på sina kroppars förmåga (Husebø et al., 2014). Dock upplevde patienterna i Backman et al. (2016) att den fysiska aktiviteten medförde att de återigen kunde lita på sina kroppar. Deltagarna i Cormie et al. (2015), Hennesy et al. (2005) och Backman et al. (2016) uppgav signifikant förbättring i den fysiska statusen under träningsinterventionerna. De kände sig mer vältränade, starkare och smalare. Resultaten i Spence et al. (2011) och Bulmer et al. (2012) studier visade att fysisk aktivitet bidrog till ett bättre självförtroende bland deltagarna. Träningen hjälpte patienterna att få en hälsosammare livsstil, vara mer fysiskt aktiva samt få det lättare att återgå till arbete.

### 6.1.3 Att återfå normalitet och rutiner samt fokus på annat än cancersjukdom

Innan patienterna deltog i träningsprogrammet låg fokus på cancerdiagnosen och biverkningar, vilket ledde till dåligt humör och en generell brist på motivation. Under träningsprogrammet fick patienterna en mer positiv inställning och vilja att vara mer aktiva. Träningen bidrog till att deltagarna hade något att se fram emot varje vecka (Cormie et al., 2015). Den fysiska aktiviteten gav upphov till rutiner. De cancerdrabbade blev tvungna att gå upp på morgonen och lämna hemmet, vilket gav dem en känsla av en normal vardag. Patienterna uttryckte att fysisk aktivitet upplevdes som en av deras viktigaste inplanerade aktiviteter (Husebø et al., 2014; Backman et al., 2016; Spence et al., 2011; Bulmer et al., 2012).

Canceröverlevarna i artikeln skriven av Spence et al. (2011) uppgav att det kunde vara svårt att hitta motivation till att komma iväg till träningspassen. Det som även lyfts fram är att deltagarna uppgav att träningen ledde till en tillfredsställande känsla i kroppen. Deltagarna uppgav att de kände sig mycket mer alerta och fokuserade efter att de genomfört ett träningspass på morgonen. Husebø et al. (2014) och Backman et al. (2016) lyfte även att deltagarna prioriterade annat framför träningen. Det ansågs svårt att kombinera arbete, familj samt andra aktiviteter med träningen. Detta resulterade i att den fysiska aktiviteten valdes bort, trots att patienterna var väl medvetna om att träningen hade positiva effekter på deras hälsotillstånd.

Deltagarna förklarade även att det var skönt att vara fysiskt aktiva, då detta fick dem på andra tankar. De hade en möjlighet att fokusera på hälsa istället för sjukdom, det gav en förbättring av självkänslan samt medförde en generellt ökad positiv inställning (Spence et al., 2011). I studien av Husebø et al. (2014) framkom det att träning gav en paus från cancer, de fick en stund då de kunde fly från sjukdomen. Fysisk aktivitet reducerade de negativa tankarna som medföljde sjukdomsförloppet. Backman et al. (2016) nämnde att träningsanläggningen gav en känsla av hälsa i jämförelse med sjukhusavdelningen. Träningsmiljön gjorde att patienterna kände sig som normala människor istället för cancerpatienter. Larsson et al. (2008) och Hennesy et al. (2005) lyfte även att träningen medförde att patienterna kände sig normala igen. Den fysiska aktiviteten beskrevs som en väg för canceröverlevare att återfå normalitet och återförenas med det sociala nätverket.

Flera deltagare lyfte känslan ”att ta sig framåt” som en viktig del (Hennesy et al., 2005; Bulmer et al., 2012). Hennesy et al. (2005) uppgav även att: *”Exercise represented a vehicle for helping them in their journey forwards: moving away from feeling like a cancer victim and towards being a cancer survivor.”* (s.158). Patienterna i Husebø et al. (2014), Backman et al. (2016), Cormie et al. (2015) och Spence et al. (2011) uppgav att träningen gav dem en känsla av att ha kontroll, i en situation där de för övrigt var utelämnade till vården. Den fysiska aktiviteten var något de själva klarade av och styrde över.

## 6.2 Patientens motivation till fysisk aktivitet

För att patienterna skall känna motivation behöver de få stöd från vårdpersonal och närstående. Det var viktigt att patienterna fick information om fysisk aktivitet av vårdpersonalen för att de skulle få en känsla av trygghet. Tränarna bidrog med trygghet och säkerhet i och med deras kunskap samt närvaro. Att träna i grupp föredrogs av många deltagare, det gav en känsla av samhörighet och kamratskap. Patienterna upplevde att det var

viktigt att den fysiska aktiviteten var rolig, varierande och inspirerande för att hålla motivationen uppe.

### 6.2.1 Vårdpersonalens betydelse

Många deltagare uppgav att det var viktigt att få information från vårdpersonalen om fysisk aktivitet. Detta för att få en förståelse för träningens påverkan på hälsotillståndet (Larsson et al., 2008). I studien av Husebø et al. (2014) uttryckte patienterna att de var förvånade över att de kunde vara fysiskt aktiva under pågående cancerbehandling. Kunskapen bidrog till att deltagarna blev motiverade till att vara mer fysiskt aktiva. Deltagare i Robinson et al. (2015) studie uppgav att de inte hade deltagit i träningsinterventionen om deras läkare inte uppmuntrat dem och givit dem information om fysisk aktivitet.

En del patienter ansåg att stödet från vårdpersonalen främst bestod av information, som fokuserade på hantering av behandlingsrelaterade biverkningar. De upplevde att informationen var till hjälp för att hantera biverkningarna, vilket var ett av de större hindren till fysisk aktivitet (Husebø et al., 2014). Patienterna som deltog i studien av Larsson et al. (2008) uppgav att det var viktigt att få information från flera håll samt att informationen gavs både verbalt och skriftligt. Många patienter kan befinna sig i chock under delar av sitt sjukdomsförlopp och kan därför ha svårt att ta in ny information. Dock upplevde patienterna i studierna skrivna av Backman et al. (2016) samt Husebø et al. (2014) att fysisk aktivitet inte diskuterades så ofta av vårdpersonalen. Fysisk aktivitet diskuterades endast då antingen patienten eller vårdpersonalen hade ett intresse för träning. Det medförde att patienterna fick uppfattningen att vårdpersonalen inte hade kunskap om ämnet.

Patienterna som hade ett hembaserat träningsprogram kände sig osäkra på om de utförde övningarna korrekt eller ej. Osäkerheten på hur övningen skulle utföras ledde till tvivel på den egna förmågan och sänkte därmed motivationen till att vara fysiskt aktiv (Husebø et al., 2014). Tränarna som närvarade i gruppträningsinterventionerna gav deltagarna en känsla av trygghet genom att instruera hur övningarna skulle utföras. Vetskapen om att träningen utfördes på ett korrekt och skonsamt sätt, var en viktig komponent i träningsinterventionen (Cormie et al., 2015). Många av studiernas deltagare uppgav att närheten till vårdpersonal och tränare var en mycket viktig motivationsfaktor till att vara fysiskt aktiv. Känsla av trygghet och säkerhet som tränarna medförde, ledde till att patienterna kunde pressa sig ytterligare lite till när de kände för att ge upp (Missel et al., 2015; Bulmer et al., 2012; Spence et al., 2011; Cormie et al., 2015; Robinson et al., 2015). En patient i Spence et al. (2011) sade:

*”I was so low, so weak, so low self-esteem. If it were not for my trainer – who so understood my disabilities, both physical and mental – I would not have initiated any sort of exercise or wellbeing programme of my own accord due to my weak physical and mental position. The personal contact, the motivation, the encouragement... has been so wonderful.” (s.261)*

Vårdpersonalen som stöttade patienterna i träningsmomenten bidrog med emotionellt och socialt stöd, vilket medförde att en god relation skapades. Detta genom att personalen visade ett genuint intresse för patienternas välmående samt att de gav information och uppmuntran. De stöttade deltagarna genom att ha ett vänligt bemötande och en lättsam jargong (Cormie et al., 2015). Det var viktigt att vårdpersonalen såg till patientens resurser för att ge dem möjlighet att återfå kontroll över sina liv och på så sätt ge dem egenmakt (Bulmer et al., 2012). Dessutom upplevde patienterna att stödet från familj, arbetskollegor och vänner var en

viktig och uppmuntrande faktor som ökade motivationen till träning (Husebø et al., 2014; Backman et al., 2016; Robinson et al., 2015; Hennessy et al., 2005).

### **6.2.2 Gruppens betydelse**

Många av deltagarna i studierna föredrog att träna i grupp, det fanns dock patienter som föredrog att träna ensamma. I studien av Spence et al. (2011) framkom det att patienterna föredrog att träna tillsammans med en personlig tränare. I Husebø et al. (2014) studie tyckte deltagarna att det var en stor fördel med hembaserat träningsprogram, då det blev lättare att strukturera dagens aktiviteter. Dock saknade dessa deltagare stödet och samhörigheten från en grupp. Dessutom saknade deltagarna expertisen av närvarande tränare och vårdpersonal.

Att träna i grupp gav patienterna en känsla av samhörighet och kamratskap. (Hennessy et al., 2005; Adamsen et al., 2001; Midtgaard, Rorth, Stelter & Adamsen, 2006). De kände att de hade en skyldighet gentemot gruppen att närvara på träningspassen, vilket sågs som en stark motivation (Adamsen et al., 2001). Vetskapen om att andra deltagare upplevde liknande problem med biverkningar upplevdes som inspirerade och resulterade i att de hade varandra som förebilder. Det motiverade den enskilde individen till att inte vika ned sig vid motgång, utan kämpa och alltid göra sitt bästa (Midtgaard et al., 2006). Dagar då deltagarna inte kände sig tillräckligt starka för att träna, närvarade de ändå vid träningspassen för att stötta sina kamrater och känna grupptillhörighet (Adamsen et al., 2001). En av deltagarna i studien skriven av Midtgaard et al. (2006) uttryckte:

*”One can perform at a much higher level in a group because you use each other. That is what we have done when we biked ((training on stationary bikes during programme)). I tried to bike as fast as possible because others were there doing the same thing.”(s.29)*

Gruppträningen gjorde det möjligt för deltagarna att utbyta erfarenheter med andra cancerdrabbade. Det upplevdes positivt att få möjlighet att träna tillsammans med personer som hade samma erfarenheter, framförallt erfarenheten att ha överlevt cancer. Det gjorde att de lättare kunde relatera till och känna sig bekväma i varandras sällskap. Deltagarna i träningsgruppen hade liknande kroppsliga förändringar vilket gjorde det lättare att byta om och visa sig inför andra vilket ledde till en trygg miljö (Robinson et al., 2015; Backman et al., 2016). Några patienter uppgav att de inte ville delta i en grupp, enbart för att träffa andra cancerdrabbade. Dessa stödgrupper undveks p.g.a. att det skulle bli för krävande och jobbigt att enbart fokusera på sjukdomen (Midtgaard et al., 2006). Träningen gav deltagarna en möjlighet att relatera till varandra i annat än enbart sjukdom. Den fysiska aktiviteten bidrog med kamratskap och samhörighet och var ett sätt för deltagarna att glömma bort sjukdomen och ha roligt (Cormie et al., 2015; Andersen et al., 2015; Bulmer et al., 2012).

### **6.2.3 Betydelsen av att ha en målsättning och varierande träningsformer**

Många patienter upplevde det positivt att ha en målsättning med den fysiska aktiviteten. Vissa deltagare uppgav att deras målsättning var att utföra ett visst antal pass per vecka. Några hade som mål att ta sig igenom en träningsintervention och andra uppgav att de tränade för att genomföra ett tävlingslopp (Husebø et al., 2014; Hennessy et al., 2005; Andersen et al., 2014; Robinson et al., 2015). Det var viktigt att träningen upplevdes varierande, inspirerande och rolig. Hennessy et al. (2005) lyfte även att canceröverlevare tyckte att det var motiverande och meningsfullt att bidra till cancerforskningen då pengar samlades in i samband med ett löplopp som anordnades för canceröverlevare. Deltagarna kände då att de hade en möjlighet att ge tillbaka till forskningen, samtidigt som de hade roligt tillsammans med andra canceröverlevare.

Deltagarna i Backman et al. (2016) och Husebø et al. (2014) studier blev omotiverade till att vara fysiskt aktiva då de upplevde att träningen inte var tillräckligt varierande. Det resulterade i att patienterna tappade motivationen och upplevde träningen som tråkig. I studien skriven av Robinson et al. (2015) anordnade tränarna roliga och inspirerande träningspass vilket gjorde att deltagarna inte upplevde den fysiska aktiviteten som jobbig, utan som motiverande. En patient från Backman et al. (2016) sade:

*”It is probably really good if the exercise is varied... I think it’s more fun and easier to do it then... normally when I am healthy I want to exercise my whole body, my back and legs, I do some walking, biking and strength training and try different exercise machines... I felt this was a little bit static at the end.” (s.165)*

Patienterna uppgav att fördelarna med ett träningsprogram var bl.a. schemalagd träning samt kontinuitet med både vårdpersonalen samt träningsgruppen (Backman et al., 2016; Missel et al., 2015). Canceröverlevarna uppgav att en fördel med träningsgruppen var att de blev inspirerade till att fortsätta träna och testa nya träningsformer efter interventionens slut. Den fysiska aktiviteten gjorde att ett intresse för en hälsosam livsstil väcktes (Spence et al., 2011; Backman et al., 2016). Trots att många av deltagarna hade en stark motivation till att fortsätta vara fysiskt aktiva efter studiernas slut, uppgav många att de tyckte det skulle bli svårt att bibehålla kontinuiteten. När den yttre motivationen försvann var det lätt att återgå till gamla rutiner och återigen bli inaktiv. Detta då tillgången till träningsgrupper, vårdpersonal samt träningsprogram saknades (Spence et al., 2011; Robinson et al., 2015). En av deltagarna i Spence et al. (2011) uppgav: *”I know it will be hard to fit around work, I’m thinking about getting a personal trainer once a week to keep me on track.” (s. 263)*

Deltagarna i Robinson et al. (2015) ville ha fortsatt kontakt samt fortsätta träna tillsammans med de andra gruppmedlemmarna. De ville även hitta nya mål att sträva mot tillsammans. Dessa två faktorer trodde deltagarna skulle motivera dem till fortsatt fysisk aktivitet, även efter interventionens slut.

## 7. Diskussion

### 7.1 Resultatdiskussion

Det finns starka belägg för att fysisk aktivitet har hälsofrämjande effekter. Ur resultatet i denna uppsats framkommer det dock flera faktorer som riskerar bidra till en minskad nivå av fysisk aktivitet hos cancerdrabbade. Det framkom även faktorer som bidrog till ökad fysisk aktivitet. De viktigaste fynden i resultatet diskuteras nedan. De rubriker som ingår i diskussionen är “sjuusköterskans stödjande funktion till egenvård”, “vårdens brist på kunskap och information om fysisk aktivitet vid cancersjukdom” samt “träningsinterventionen och gruppens inverkan på patienten”. Resultaten som framkommit och sammanställts från de olika artiklarna, presenteras utifrån de teman som framkommit i denna kandidatuppsats.

#### 7.1.1 Sjuusköterskans stödjande funktion till egenvård

I undertemat “kampen att trotsa rädslan för biverkningar” framkom det att cancerdrabbade upplevde både cancerrelaterade men även behandlingsrelaterade biverkningar, vilket utgjorde ett hinder för fysisk aktivitet. De patienter som i studierna trotsade biverkningarna och var fysiskt aktiva, upplevde en minskning av biverkningarna samt ett ökat välmående. Som tidigare nämnts finns det mycket forskning som visar att fysisk aktivitet bidrar med positiva

effekter på hälsan bl.a. vid cancer och cancerbehandling. Det är därmed viktigt att cancerdrabbade är fysiskt aktiva.

Orem (1991) menar att en vuxen individ vanligtvis tar hand om sig själv för att upprätthålla hälsa och välbefinnande. Som nämnts tidigare visar studier av Speck et al. (2010), Larkin et al. (2014) och Do et al. (2015) att fysisk aktivitet är en bra behandling för att minska symptom och biverkningar som uppstår hos den cancerdrabbade. Fysisk aktivitet kan därmed betraktas som en egenvårdsåtgärd som individen kan utföra på egen hand för att förbättra och upprätthålla hälsa och välbefinnande, vilket stämmer överens med Orems (1991) egenvårdsteori. Som nämnts tidigare visar studier av Blanchard et al. (2003) samt Courneya och Friedenreich (2007) att cancerdrabbade är fysiskt inaktiva under behandlingen p.g.a. symptom och biverkningar som medföljer cancer och cancerbehandling. Enligt Orem (1991) uppstår det en egenvårdsbrist när patienten inte klarar av att sköta sin egenvård. En bristande förmåga till egenvård leder till att patienten inte klarar av att hantera sin livssituation enligt Orem (1991). Patienten är då i behov av stöd och hjälp från sjuksköterskan eller övrig vårdpersonal för att hitta strategier som gör att denne kan klara av att utföra egenvård. Fysisk aktivitet är ett exempel på egenvårdåtgärd som sjuksköterskan kan stötta patienten i, vid cancersjukdom.

Patienter som utför egenvård får troligtvis en bättre självkänsla och blir mer autonoma. För att patienterna skall klara av egenvård och att vara fysiskt aktiva, därför anses det viktigt att sjuksköterskor stödjer och hjälper dem till att hitta fungerande egenvårdsstrategier. Detta då sjuksköterskor i och med sin profession och erfarenhet, har kunskap om strategier som patienter kan använda för att hantera biverkningar. Det stärks av studien utförd av Lock och Willson (2002) som visar att patienterna behövde och efterfrågade mer information gällande cancerbehandling, biverkningar, läkemedel och egenvårdsstrategier för att hantera sina biverkningar. Patienterna tyckte att det var mest givande att få personlig information från en sjuksköterska och/eller annan vårdpersonal. Det är ytterst viktigt att vårdpersonalen delger patienterna den information som behövs för att klara av sjukdomsförloppet. På detta sätt kan sjuksköterskan förmodligen stötta och hjälpa patienten till egenvård och därmed delaktighet i vården, vilket även Orem (1991) beskriver i egenvårdsteorin. När sjuksköterskan stödjer patientens egenvård, arbetar hen hälsofrämjande och lindrar lidandet vilket är en utav sjuksköterskan huvuduppgifter enligt Svensk sjuksköterskeförening (2008).

Socialstyrelsen (2013) skriver att den egenvård som den enskilde utför eller utför med hjälp av någon annan inte räknas som hälso- och sjukvård. Sjuksköterskan har dock ansvar att utföra bedömning, planering och uppföljning av egenvård. Bedömningen av egenvården skall göras tillsammans med den enskilde individen. I undertemat ”betydelsen av att ha en målsättning och varierande träningsformer” framkom det från deltagarna att det var viktigt med träningsmål. Detta bekräftas i en meta-analys av Midtgaard, Hammer, Andersen, Larsen, Bruun och Jarden (2015), där deltagarna uppgav att det var motiverande att ha mål. Patienterna tyckte att det var bra att dokumentera träningens utveckling. När deltagarna kunde se sin utveckling, stärkte det individen till att tro på sig själv. Det är därmed troligtvis viktigt att sjuksköterskan planerar egenvården tillsammans med den enskilde individen. Vid bedömning och planering bör sjuksköterskan hjälpa patienten att finna mål som är möjliga att uppnå.

Vidare skriver Socialstyrelsen (2013) att sjuksköterskan skall bl.a. se till patientens psykiska och fysiska hälsa, samt ta till vara på dennes resurser. På så sätt kan sjuksköterskan se till att

egenvården utförs på ett korrekt och säkert sätt. Sjuksköterskan är skyldig att göra en egenvårdsbedömning inom det egna ansvarsområdet. Sjuksköterskan skall dokumentera bedömningen och analysen av egenvårdsåtgärderna i patientens journal, så att övriga i vårdteamet kan se vilka insatser som satts in. Sjuksköterskan är dessutom skyldig att utföra uppföljning av egenvården. En uppföljning och utvärdering måste alltid utföras för att se om förutsättningen för egenvården har förändrats och behöver justeras. Det anses därmed viktigt att samtliga inom vården dokumenterar egenvårdsinsatser, då det handlar om patientsäkerhet. All vårdpersonal måste respektera patientens integritet och dess rätt till en säker vård (SFS, 2010:659). Samtidigt som hälso- och sjukvården skall arbeta patientsäkert och hälsofrämjande, är det även viktigt att arbeta kostnadseffektivt (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Fysisk aktivitet skulle förmodligen kunna vara en kostnadseffektiv lösning för både sjukvården och patienten.

Utifrån resultatet i denna studie är det antagligen av stor vikt att patienten erhåller information och på så sätt stöd till fysisk aktivitet som en egenvårdsåtgärd. Dessutom skriver Eldh (2009) att enligt Orem's egenvårdsteori måste sjuksköterskan ha kunskap om patientens behov av kunskap och information. Därmed är det viktigt att sjuksköterskan och patienten har en god relation (Eldh, 2009). Stödet bör ges dels via information, som ökar patientens kunskap och förståelse av vårdförloppet. Men stöd bör även erbjudas på ett emotionellt plan, då flera av studierna visade att patienterna fick förändrad självbild och självförtroende under cancersjukdomen. Förmodligen får patienterna egenmakt då sjuksköterskan bidrar med kunskap och emotionellt stöd. Patienten känner sig då delaktig och att denne har kontroll över situationen och över sitt liv, vilket stärker den enskilde patientens självbild och självförtroende.

### **7.1.2 Vårdens brist på kunskap och information om fysisk aktivitet vid cancersjukdom**

Som tidigare nämnts framkom det i studien av Lock och Willson (2002) att patienterna efterfrågade information om sjukdomsdiagnos, behandling och möjligheter till egenvård. I Patientlagen (SFS 2014:821) kap.3 Information står det att sjuksköterskan skall se till att patienten har god kunskap om sin sjukdom, behandling och möjliga egenvårdsstrategier för att kunna hantera upplevda biverkningar (Patientlagen, SFS 2014:821). För att kunna delge patienten all denna information, är det därför viktigt att sjuksköterskan har god kunskap inom ämnet. I undertemat "vårdpersonalens betydelse" framkom det att vårdpersonalen inte gav tillräckligt mycket information gällande detta. Patienterna fick endast information då de själva frågade eller om sjuksköterskan hade ett personligt intresse för fysisk aktivitet. Patienterna uppfattade det som att vårdpersonalen hade en begränsad kunskap.

Resultatet ovan styrks av Midtgaard et al. (2009) studie. Endast 42 procent av patienterna uppgav att de fått tillräcklig information om fysisk aktivitet och cytostatikabehandling från läkare och/eller sjuksköterskor. Studien visar att informationen som vårdpersonalen gav var dels beroende på patientens ålder, kön, diagnos och uppfattning av fysisk aktivitet. Patienter under 40 år fick i större utsträckning information om fysisk aktivitet. Dubbelt så många män som kvinnor delgavs informationen. Det var färre patienter med en hematolog cancersjukdom än annan cancersjukdom, såsom prostatacancer eller bröstcancer som fick informationen. De patienter som hade en positiv inställning och en tro på att fysisk aktivitet kunde påverka deras hälsa och livskvalitet, hade signifikant större chans att delges information om träningens påverkan. Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) 6 kap.1 § anger att:



*“Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt.”*

Detta är en av de lagar och författningar som reglerar sjuksköterskans skyldigheter när det kommer till att bedriva en god och vetenskapligt beprövad vård (Glimelius, 2012). Sjuksköterskan har inte bara som uppgift att arbeta evidensbaserat, utan även hålla sig uppdaterad om den kunskapsutveckling som finns inom yrkesområdet. Inom hälso- och sjukvården är kunskapsutvecklingen mycket stor, vilket ställer stora krav på att vårdpersonalen håller sig uppdaterade gällande senaste evidensen. Den evidensbaserade vården bidrar till att sjuksköterskan tillförsäkrar patienten den bästa tillgängliga omvårdnaden samt att hälso- och sjukvårdens resurser används på ett så effektivt sätt som möjligt (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Utifrån resultatet i denna studie, anses fysisk aktivitet därmed inte endast vara en alternativ behandling vid cancerrelaterade symptom och biverkningar. Sjuksköterskan är enligt lag skyldig att informera patienter om fysisk aktivitet. I undertemat ”vårdpersonalens betydelse” framkom det att patienterna blev motiverade till att vara fysiskt aktiva när de fick information gällande träning under behandling från vårdpersonalen. Detta styrker ytterligare att det är sjuksköterskans uppgift att stödja och motivera patienten till en aktiv vardag.

I studien av Midtgaard et al. (2009) visar resultatet att deltagarna som trodde på träningens effekt vid fysisk aktivitet, var i större utsträckning fysiskt aktiva under cytostatikabehandling. Alla patienter har rätt till bästa möjliga omvårdnad och det är därför viktigt att alla patienter erhåller samma information om fysisk aktivitet. Förmodligen skulle fler patienter tro på effekterna av träning om de fick information från vårdpersonalen. Som nämnts ovan visar studien av Midtgaard et al. (2009) att alla patienter inte fick information om fysisk aktivitet. Vårdpersonal ”valde” ut patienter att delge information till beroende på patientens ålder, kön, diagnos och uppfattning av fysisk aktivitet. Vård skall vara individanpassad och utformas utifrån individens förutsättningar och resurser. De allra flesta människor kan på något sätt vara fysiskt aktiva och på så sätt utöva egenvård. Vidare styrks vikten av vårdpersonalens kunskap om cancer och fysisk aktivitet i meta-analysen skriven av Midtgaard et al. (2015). Där uppger patienterna att det är av stor betydelse att personal har kunskap om hur cancer begränsar fysisk aktivitet. När vårdpersonalen har kunskap om hur cancer påverkar utförandet av träning kan skräddarsydda träningsprogram utformas.

### **7.1.3 Träningssinterventionen och gruppens inverkan på patienten**

Flera av deltagarna upplevde att de hade brist på vardagsrutiner innan de deltog i träningsprogrammen, vilket framkom i undertemat ”att återfå normalitet och rutiner samt fokus på annat än cancersjukdom”. Interventionerna bidrog till att patienterna fick ett veckoschema, en anledning till att stiga upp ur sängen och ta sig utanför hemmet. I meta-analysen av Midtgaard et al. (2015) framkom det att träningen gav patienterna något att se fram emot, något meningsfullt samt ett bättre självförtroende. Träningsspassen blev en positiv egenvårdsstrategi för deltagarna.

Efter utförandet av denna studie, anses det att alla patienter bör erbjudas en plats på en gruppaktivitet, som kan medföra att den cancerdrabbade får rutiner i vardagen. Enligt Fyss (2015) kan svåra livssituationer såsom cancersjukdom medföra att patienten insjuknar i depression. Vid cancersjukdom upplever patienten flera symptom och biverkningar samt en

förändrad vardag. Det finns starkt vetenskapligt stöd för att fysisk aktivitet både kan förebygga och behandla bl.a. depression, det är därför viktigt att sjuksköterskan vårdar patienten i sin helhet (Fyss, 2015). Det innebär att vårdpersonalen ser till både det fysiska och psykiska hos patienten för att kunna ge bästa möjliga omvårdnad. Därför anses det vara sjuksköterskans uppgift att stötta den cancerdrabbade till meningsfull och aktiv vardag. Sjuksköterskan bör därmed ta reda på vad som skulle kunna göra patientens vardag meningsfull t.ex. genom ta fram information om gruppaktiviteter som skulle kunna stödja patientens behov och intressen.

I och med egna erfarenheter från vården har det uppmärksammats att patienter på sjukhus fort blir hospitaliserade. Patienterna förlitar sig helt och hållet på personalen och förlorar sin självständighet. Genom att stödja patienterna till en aktiv och meningsfull vardag kan den tidigare inaktiva patienten återfå självständighet. Det bekräftas i Midtgaard et al. (2015) studie där det framkommer att de schemalagda träningspassen bidrog till att patienterna kände sig autonoma. Träningen gjorde så att patienterna själva kunde ta ansvar för den egna hälsan. Den fysiska aktiviteten bidrog till att patienterna upplevde att de besegrade sin sjukdom, samt slutade identifiera sig som cancersjuka och såg sig istället som hälsosamma individer. Detta styrker ytterligare att det är sjuksköterskans uppgift att se till så att patienten har en aktiv vardag.

Gruppinterventionerna bidrog till att cancerdrabbade sammanfördes. Flera av studierna påvisade många fördelar med gruppträning. Från de flesta artiklarna framgick det att grupptillhörigheten hade en stor inverkan på träningsmotivationen. Deltagarna använde varandra som förebilder vilket upplevdes som en motiverande faktor. Många patienter uppgav att de inte hade någon ursäkt för att avstå träningspassen, då alla hade samma bakgrund och besvär. Personer med liknande erfarenheter och svårigheter fördes ihop på ett naturligt och bra sätt, det var antagligen en viktig motivationsfaktor för patientgruppen. Det framkom i undertemat ”gruppens betydelse” att deltagarna inte ville delta i en grupp enbart för att träffa andra patienter med cancersjukdom, det ansågs som för jobbigt och psykiskt påfrestande. De ville delta i en träningsgrupp för cancerdrabbade, för att få stöd och samtidigt fokusera på något positivt. Att träna i grupp bidrog till att den enskilde blev mer motiverad till att fullfölja träningsinterventionen. Troligtvis utgjorde grupptillhörigheten och kamratskapet som gruppträningen bidrog med, en av de viktigaste egenvårdsstrategierna för att hantera biverkningar som riskerade att utgöra hinder för fysisk aktivitet. Gruppens betydelse framkom som en viktig del i meta-analysen skriven av Midtgaard et al. (2015), där empati och solidaritet till gruppen var en bidragande faktor. Dessutom framkom det i undertemat ”den förändrade kroppen och dess påverkan” att cancerdrabbade individer upplever det stigmatiserat att vara cancersjuk. Många patienter uppgav att de kände sig märkta av cancern p.g.a. att deras kroppar förändrats under sjukdomsperioden. Att träna med andra cancerdrabbade medförde att deltagarna kunde känna sig bekväma och trygga i omklädningsrum och tränings-salar. Något som inte upplevdes vara möjligt på vanliga gym eller träningsanläggningar då de kände sig uttittade.

Samtidigt som gruppträning har visats vara positivt vid cancerbehandling kan det försvåra utformandet av individanpassad träning. Alla personer har olika resurser och intressen vilket kan medföra att träningen inte blir individanpassad, utan att individen istället får anpassa sig efter resten av gruppen. Sjuksköterskan måste ha det i åtanke när hen tillsammans med patienten planerar aktiviteterna. Sjuksköterskan bör ge patienten information om olika

träningalternativ som finns. Patienten skall själv få välja vilken typ av träning denne vill utföra, gruppträning eller individuell träning. Sjuksköterskan kan informera patienten om hur andra cancerdrabbade upplever att träna i grupp samt vilka för- och nackdelar som finns. Förmodligen skulle det även vara en stor fördel om vården runt om i landet, anordnade både gruppbaserad såväl som individuell träning för cancerdrabbade. Genom att vården har hand om träningsgrupper, skulle den patientansvariga sjuksköterskan kunna ha en nära kontakt med fysioterapeuten som håller i träningen. Troligtvis skulle en sådan kontakt innebära en stor fördel för patienten. Sjuksköterskan och fysioterapeuten skulle då kunna samarbeta, för att hjälpa den cancerdrabbade på allra bästa sätt.

#### **7.1.4 Fortsatt forskning**

Hittills har forskarna undersökt vilken effekt fysisk aktivitet har på olika biverkningar som orsakas av cancer och/eller cancerbehandling. Det finns idag evidens som stödjer att fysisk aktivitet har god effekt och bidrar till en minskning av biverkningar. Ytterligare har forskarna undersökt hur cancerdrabbade upplever fysisk aktivitet under och efter behandling. I studien av Midtgaard et al. (2009) kom forskarna fram till att det var endast vissa patientgrupper i Danmark som fick information om fysisk aktivitet i större utsträckning. En liknande studie bör utföras även i Sverige. Detta för att ta reda på i hur stor utsträckning de svenska cancerdrabbade patienterna får information om fysisk aktivitet. Därefter bör ytterligare forskning utföras för att ta reda på sjukvårdspersonalens kunskap och inställning till träning vid cancerbehandling. Det behövs undersökas ytterligare gällande hur sjukvården på bästa sätt skall gå till väga för att stötta och motivera cancerdrabbade, till att vara fysiskt aktiva. Detta för att ta reda på hur det ser ut idag och hur vården kan förbättra arbetet med fysisk aktivitet. Alla dessa åtgärder för att ge cancerdrabbade patienter en högre grad av livskvalitet.

## **7.2 Metoddiskussion**

Denna kandidatuppsats är som ovan nämnts en litteraturstudie. Det är en metod som undersöker och sammanställer redan befintlig forskning. En fördel med denna metod är att den gör det möjligt att få en överblick inom det valda ämnet. Metoden gör det även möjligt för läsaren att snabbt hitta vilka delar inom den befintliga forskningen, som behöver ytterligare forskning (Friberg, 2012). Nackdelen med denna metod är att det finns en risk för selektivt urval av både sökord såväl som vetenskapliga artiklar. Dessa nackdelar riskerar att utesluta relevant data som hade kunnat påverka resultatet. Metoden kändes trots detta relevant för arbetets syfte och valdes därmed.

### **7.2.1 Sökprocess och artikelgranskning**

Till en början utfördes provsökningar för att hitta relevanta sökord samt för att bli bekant med databaserna. Hade provsökningarna inte utförts, hade det funnits en risk att viktiga data missats och därmed uteblir från resultatet. Efter ett par sökningar upptäcktes det att endast några av sökorden var MeSH-termer och detta är något som bör lyftas. Valet att avstå från motsvarande MeSH-termer, berodde på att de sökord som använts ansågs mer relevanta för syftet. Sökningarna utfördes i databaserna Cinahl, PubMed samt Scopus. Dessa valdes ut då dess innehåll ansågs relevant i förhållande till syftet. Flera databaser användes för att skapa en bred sökning, och på så sätt fånga in så många relevanta artikelträffar som möjligt.

Eftersom endast vetenskapliga artiklar eftersträvades, valdes ”peer-reviewed” som begränsning, vilket innebär att artiklarna är vetenskapligt granskade. Artiklar som publicerats på 2000-talet valdes som begränsning för att resultatet skulle byggas på aktuell forskning. Artiklar publicerade tidigt på 2000-talet kan idag anses som gamla. I databasen Scopus, där

ingen årsbegränsning användes, hittades en artikel som publicerades år 2001, vilket upplevdes som på gränsen till för gammal. Men i jämförelse med nyare och mer aktuella artiklar anses dess innehåll fortfarande vara relevant. Ingen årsbegränsning användes i denna databas, då sökorden ansågs begränsa sökresultatet tillräckligt.

I de två andra databaserna användes däremot olika årsbegränsningar, då sökträffarna blev för många utan dessa. I databasen PubMed användes begränsningen fem år, då 10 år ansågs ge ett oöverskådligt antal sökträffar. Sökningen i Cinahl begränsades till artiklar publicerade från 2005 och framåt, detta då en begränsning på endast fem år gav ett allt för snävt och otillräckligt urval. Dessa begränsningar kan ha orsakat att relevanta data och resultat fallit bort under sökprocessen.

Sökresultaten sållades genom att först läsa artikeltitlarna, redan här kan viktiga artiklar uteslutits då titeln inte alltid talar för dess innehåll. Därefter lästes intressanta artiklars abstrakt. Sedan valdes 26 artiklar ut för djupare granskning av dess innehåll, med fokus på syfte och resultat. Det gjordes för att säkerställa att artiklarnas innehåll besvarade syftet tillhörande denna uppsats. De artiklar som kvarstod kvalitetsgranskades med hjälp av Röda korsets högskolas (2005) granskningsmall. Kvalitetsgranskningen delades upp mellan författarna, vilket kan ses som en nackdel. Detta då författarna till denna kandidatuppsats endast fick kunskap om hälften av artiklarnas innehåll, vilket det fanns en medvetenhet om innan granskningen påbörjades. Det kan ha medfört att viktiga teman från artiklarna fallit bort. Däremot blir man troligtvis mer insatt och får en större förståelse för de artiklar som läses, då man läser färre. För att inte gå miste om viktiga data, diskuterades artiklarnas innehåll efter utförd granskning. Det gjordes för att delge varandra artiklarnas innehåll samt för att höja uppsatsens reliabilitet.

Efter denna granskning återstod de 12 artiklar som uppsatsens resultat är baserat på. Dessa granskades ytterligare med syftet att hitta genomgående teman. Artiklarna lästes ytterligare gånger och markeringar gjordes på återkommande teman, varpå sammanställningen av huvudteman och underteman påbörjades. För att sammanställa funna teman skrevs dessa upp på en whiteboardtavla, därefter valdes de vanligast förekommande temana. Efter detta valdes huvudteman och underteman, vilket ansågs vara en bra metod för att få en helhetsbild över samtliga artiklars innehåll. Återigen tåls det att påpeka att andra viktiga teman kan uteblivit då de 12 artiklarna delades upp mellan författarna. Dock upplevs resultatet som trovärdigt, utifrån de sex artiklarna författarna läst vardera.

### **7.2.2 Artiklarnas innehåll**

Då syftet med denna uppsats var att ta reda på cancerdrabbade patienters upplevelse av fysisk aktivitet samt vad som motiverar dem, valdes endast kvalitativa artiklar till resultatet. Att endast ha med kvalitativa artiklar kan ses som en nackdel, då det medför att statistisk data uteblir. Detta har diskuterats under arbetets gång och fördelar har vägts mot nackdelar. Då syftet strävar efter att ta reda på patienters upplevelse, anses artikelurvalet dock relevant. Genom att enbart fokusera på de kvalitativa artiklarna erhöles en bred uppfattning av olika individers upplevelse av träning under och efter cancerbehandling.

De 12 artiklar som valdes hade alla cancersjukdom och fysisk aktivitet som gemensam nämnare. Dock hade dessa olika syften och fokus inom ämnet, vilket innebär att artiklarnas innehåll hade både likheter såväl som skillnader. Detta faktum kan ha medfört att viktiga teman uteblivit p.g.a. tolkningen av resultaten. De temana som presenteras är ett resultat av hur författarna till denna kandidatuppsats tolkat och analyserat artiklarnas innehåll. Med andra

ord kan viktiga faktorer fallit bort under processens gång. T.ex. beskrivs stödet från närstående som en viktig faktor för patienterna i fem av 12 artiklar, men detta beskrivs ytterst lite i vårt resultat. Det finns alltid en risk att viss data faller bort vid tolkning och att andra fakta framhävs. Som nämnts tidigare har samtliga artiklarna lästs igenom ett flertal gånger och genomgående teman har markerats och en diskussion angående val av teman har förts. Detta gjordes för att hitta de temana som båda författarna ansåg relevanta för syftet och representativt för majoriteten av artiklarna. I och med det anses temana vara representativa för samtliga artiklars innehåll, trots att viktiga faktorer kan uteblivit.

Samtliga artiklar är skrivna i sex olika länder (Danmark, Sverige, Norge, USA, Australien och Kanada). Detta anses vara en stärkande faktor i denna uppsats. Då artiklarna är skrivna i olika länder kan man tro att det skall skilja resultatmässigt. Länderna är relativt lika kulturellt sett, vilket skulle kunna medföra likheter i resultatet. Däremot finns det skillnader i hur sjukvården är organiserad i de olika länderna. Resultaten var relativt lika i samtliga artiklar.

## **8. Implikationer för omvårdnaden och slutsats**

Cancer är en vanlig sjukdom som drabbar många människor. Sjukdomen och cancerbehandlingen ger upphov till ett stort lidande, både psykiskt och fysiskt. Forskning har visat att fysisk aktivitet har en positiv inverkan på detta lidande. Andra studier har dock visat att patienter är fysiskt inaktiva under och efter sin behandling. Som nämnts ovan visar studien av Midtgaard et al. (2009) att det är få patienter som får information om fysisk aktivitet från vårdpersonalen. Patienterna i Husebø et al. (2014) uttryckte att de var förvånade över att de fick vara fysiskt aktiva under cancerbehandlingen. Detta beror troligtvis på en kunskaps- och intressebrist hos vårdpersonalen. Denna brist leder till att patienterna får en sämre behandling än vad de annars kunde fått. I och med att vården skall utföras på bästa möjliga vis, bör alla patienter få stöd till att vara fysiskt aktiva under och efter sin cancerbehandling. Sjuksköterskan är enligt lag skyldig att erbjuda patienten bästa möjliga omvårdnad. Därmed är det viktigt att vårdorganisationen ger sjuksköterskan information och kunskap så att hen kan hålla sig uppdaterad och arbeta evidensbaserat. I studien av Midtgaard et al. (2009) framkom det som tidigare nämnts att patienter som tror på effekten av fysisk aktivitet, i större utsträckning är mer fysiskt aktiva under sin behandling.

Patienten är i stort behov och skall få information och stöd till att vara fysiskt aktiv från sjuksköterskan. Därför bör information gällande cancerbehandling och träning ges så snart patienten blivit diagnostiserad. Sjuksköterskan skall kunna ge patienten information om vilka fördelar det finns med fysisk aktivitet samt vilka faktorer som varit motiverande för andra cancerdrabbade. Patienten bör även få information gällande olika egenvårdsstrategier för att hantera sina biverkningar. Detta för att motivera patienten till att vara fysiskt aktiv trots dessa. Då patienterna var fysiskt aktiva upplevdes en minskning av symptom/biverkningar samt en förbättring av livskvaliteten. Att reducera besvärande symptom genom fysisk aktivitet kan med fördel användas inom vården som egenvård. När patienten utför egenvård bidrar det till att hen blir mer autonom. Dessutom är det en kostnadseffektiv metod, vilket vården eftersträvar. Kunskapen om fysisk aktivitet och dess påverkan på välmåendet hos en individ som upplever ohälsa, kan sannolikt appliceras på fler patientgrupper. Det är viktigt att all vårdpersonal kan delge patienterna information och uppmuntra dem till att vara fysiskt aktiva.

Denna kandidatuppsats fokuserade på cancerdrabbades upplevelse vid fysisk aktivitet, samt vad som motiverar dem. Därmed bidrar den med kunskap om patienters upplevelser av fysisk

aktivitet vid cancersjukdom, vilket sjuksköterskan kan ha användning av i det dagliga arbetet. Genom att ha kunskap om fysisk aktivitet och dess påverkan på biverkningar, livskvalitet samt hur träning upplevs under och efter behandling, kan sjuksköterskan stötta patienten på bästa möjliga sätt.

## 9. Referenser

- Adamsen, L., Rassmussen, J., & Pedersen, L. (2001). 'Brothers in arms': how men with cancer experience a sense of comradeship through group intervention which combines physical activity with information relay. *Journal of clinical nursing*, 10(4), 528-537.
- Andersen, C., Rørth, M., Ejlersen, B., & Adamsen, L. (2014). Exercise despite pain - breast cancer patient experiences of muscle and joint pain during adjuvant chemotherapy and concurrent participation in an exercise intervention. *European Journal Of Cancer Care*, 23(5), 653-667. doi:10.1111/ecc.12192
- Asp, M., & Ekstedt, M. (2009). Trötthet, vila och sömn. I A. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa* (417- 487). Lund: Studentlitteratur.
- Backman, M., Browall, M., Sundberg, C., & Wengström, Y. (2016). Experiencing health - Physical activity during adjuvant chemotherapy treatment for women with breastcancer. *European journal of oncology nursing* 21(1), 160-167. doi: 10.1016/j.ejon.2015.09.007
- Blanchard, C., Denniston, M., Baker, F., Ainsworth, S., Courneya, K., Hann, D., ... Kennedy, J. (2003). Do adults change their lifestyle behaviors after a cancer diagnosis?. *American Journal Of Health Behavior*, 27(3), 246-256.
- Bulmer, S., Howell, J., Ackerman, L., & Fedric, R. (2012). Women's Perceived Benefits of Exercise During and After Breast Cancer Treatment. *Women & Health*, 52(8), 771-787. doi:10.1080/03630242.2012.725707
- Cancerfonden. (u.å.). *Om cancer*. Hämtad 2016-02-25, från <https://www.cancerfonden.se/om-cancer>
- Cancerfonden. (2013). *Så utvecklas cancer*. Hämtad 2016-02-29, från <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/vad-ar-cancer>
- Cancerfonden. (2014). *Symtom och sjukdomstecken*. Hämtad 2016-03-03, från <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/symtom-och-sjukdomstecken>
- Cancerfonden. (2015). *Cancerfondsrapporten*. Hämtad 2016-02-25, från <https://res.cloudinary.com/cancerfonden/image/upload/v1429886338/documents/cancerfondsrapporten-2015.pdf>
- Cormie, P., Turner, B., Kaczmarek, E., Drake, D., & Chambers, S. (2015). A Qualitative Exploration of the Experience of Men With Prostate Cancer Involved in Supervised Exercise Programs. *Oncology Nursing Forum*, 42(1), 24-32. doi:10.1188/15.ONF.24-32
- Courneya, K., & Friedenreich, C. (2007). Physical activity and control. *Seminars in oncology nursing*, 23(4) 242-252. doi:10.1016/j.soncn.2007.08.002

Do, J., Cho, Y., & Jeon, J. (2015). Effects of a 4-Week Multimodal Rehabilitation Program on Quality of Life, Cardiopulmonary Function, and Fatigue in Breast Cancer Patients. *Journal of breast cancer*, 18(1). 87-96. doi: 10.4048/jbc.2015.18.1.87.

Egidius, H. (2008). *Natur & kulturs psykologilexikon*. Stockholm: Natur och kultur Akademisk.

Eldh, A. (2009). Delaktighet och gemenskap. I A. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder – hälsa och ohälsa* (45-62). Lund: Studentlitteratur.

Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Faskunger, J. (2013). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Fass. (2015). *Fakta för förskrivare*. Hämtad 2016-03-02, från <http://www.fass.se/LIF/healthcarefacts;jsessionid=VLM2Puk8zFFM1nvk-NI28INn1wCHNGLGSHPoSD53RHtQ15gmPZs6!651987119?docId=336082&userType=0>

Folkhälsomyndigheten. (2015). 9. *Fysisk aktivitet*. Hämtad 2016-02-26, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/fysisk-aktivitet/>

Fyss. (2011). *Rekommendationer av fysisk aktivitet för vuxna*. Hämtad 2016-02-26, från <http://www.fyss.se/rekommendationer-for-fysisk-aktivitet/>

Fyss. (2015). *Fysisk aktivitet vid depression*. Hämtad 2016-04-12, från [http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel\\_Depression.pdf](http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_Depression.pdf)

Glimelius, B. (2012). Kuration eller palliation? I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (s. 15-22). Liber: Stockholm.

Hansson, J., Henriksson, R., & Peterson, C. (2008). Cytostatika och cytostatikabehandling. I U. Ringborg, T. Dalianis & R. Henriksson (Red.), *Onkologi* (s. 184-217). Liber: Stockholm.

Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2014). Hälsobegreppet - synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt* (s. 361-386). Lund: Studentlitteratur.

Hennessy, E., Stevinson, C., & Fox, K. (2005). Preliminary study of the lived experience of exercise for cancer survivors. *European Journal Of Oncology Nursing*, 9(2), 155-166.

Holm Ivarsson, B. (2008). Motiverande samtal om fysisk aktivitet. I statens folkhälsoinstitut (Red.), *FYSS - fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (s. 79-92) Solna: Statens folkhälsomyndighet.

Husebø, A. L., Karlsen, B., Allan, H., Søreide, J. A., & Bru, E. (2015). Factors perceived to influence exercise adherence in women with breast cancer participating in an exercise



programme during adjuvant chemotherapy: a focus group study. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(3/4), 500-510. doi:10.1111/jocn.12633

Johansson, K. (2013, augusti). Fysisk aktivitet och träning vid cancersjukdom. *Fysioterapi*, 8(8). Tillgänglig: [http://www.fysioterapi.se/admin/filer/Fysioterapi\\_nr8-13\\_forskningpagar.pdf](http://www.fysioterapi.se/admin/filer/Fysioterapi_nr8-13_forskningpagar.pdf)

Jones, L., Corney, K., Fairey, A., & Mackey, J. (2004). Effects of an Oncologist's Recommendation to Exercise on Self-Reported Exercise Behavior in Newly Diagnosed Breast Cancer Survivors: A Single-Blind, Randomized Controlled Trial. *The Society of Behavioral Medicine*, 28(2), 105-113.

Karolinska Institutet. (2015). Användbara databaser och webbplatser. Hämtad 2016-03-10, från <http://kib.ki.se/soka-vardera/soka-information/anvandbara-databaser-och-webbplatser>

Lagerros Trolle, Y. (2008). Riskfaktorer och cancerprevention. I U. Ringborg, T. Dalianis & R. Henriksson (Red.), *Onkologi* (s. 26-31). Liber: Stockholm.

Langius Eklöf, A. (2009). Känsla av sammanhang. I A. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa* (97-113). Lund: Studentlitteratur.

Larsson, I., Jönsson, C., Olsson, A., Gard, G., & Johansson, K. (2008). Women's experience of physical activity following breast cancer treatment. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 22(3), 422-429.

Lock, K., & Willson, B. (2002). Information needs of chemotherapy patients in an ambulatory-care setting. *Canadian journal of nursing reserch*. 34(4), 83-93.

Midtgaard, J., Rorth, O., Stelter, O., & Adamsen, L. (2006). The group matters: an explorative study of group cohesion and quality of life in cancer patients participating in physical exercise intervention during treatment. *European Journal Of Cancer Care*, 15(1), 25-33.

Midtgaard, J., Baadsgaard, M., Møller, T., Rasmussen, B., Quist, M., Andersen, C., ... Adamsen, L. (2009). Self-reported physical activity behaviour; exercise motivation and information among Danish adult cancer patients undergoing chemotherapy. *European Journal Of Oncology Nursing*, 13(2), 116-121. doi:10.1016/j.ejon.2009.01.006

Midtgaard, J., Hammer, N. H., Andersen, C., Larsen, A., Bruun, D-M., & Jarden, M. (2015). Cancer survivors' experience of exercise-based cancer rehabilitation – a meta-synthesis of qualitative research. *Acta oncologica*, 54(5), 609-617. doi: 10.3109/0284186X.2014.995777

Missel, M., Holst Pedersen, J., Hendriksen, C., Tewes, M., & Adamsen, L. (2015). Exercise intervention for patients diagnosed with operable non-small cell lung cancer: a qualitative longitudinal feasibility study. *Support care cancer* 8(23), 2311-2318. doi: 10.1007/s00520-014-2579-3.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.70-92). Lund: Studentlitteratur.

Larkin, D., Lopez, V., & Aromataris, E. (2014). Managing cancer-related fatigue in men with prostate cancer: *A systematic review of non-pharmacological interventions*. *International Journal Of Nursing Practice*, 20(5), 549-560. doi:10.1111/ijn.12211

Linköpings Universitet. (2015). *Databaser*. Hämtad 2016-03-10, från [http://www2.bibl.liu.se/soka/databaser/dbdetail.aspx?source\\_001=12296561](http://www2.bibl.liu.se/soka/databaser/dbdetail.aspx?source_001=12296561)

Olsson, H. (1996). *Tumörsjukdomar*. Studentlitteratur: Lund.

Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Mosby-Year Book.

Pellmer, K., Wramner, B., & Wramner, H. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Liber: Stockholm.

Robinson, K., Piacentine, L., Waltke, L., Ng, A., & Tjoe, J. (2016). Survivors speak: a qualitative analysis of motivational factors influencing breast cancer survivors' participation in a sprint distance triathlon. *Journal of clinical nursing*, 25(1-2), 247-56. doi: 10.1111/jocn.13067

Röda Korsets Högskola. (2005). *Mall för granskning av vetenskapliga artiklar*. Hämtad 2015-12-10, från <http://www.rkh.se>

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 97-100). Lund: Studentlitteratur.

Sjödahl, R. (2008). Principer för kirurgisk behandling. I U. Ringborg, T. Dalianis & R. Henriksson (Red.), *Onkologi* (s. 154-161). Liber: Stockholm.

Socialstyrelsen. (2013). *Meddelandeblad – Socialstyrelsens föreskrifter om bedömning av egenvård*. Hämtad 2016-03-23, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18922/2013-4-17.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Cancerincidens i Sverige 2014 – Nya diagnosticerade cancerfall år 2014*. Hämtad 2016-03-07, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20008/2015-12-26.pdf>

Speck, R., Courneya, K., Måsse, L., Duval, S., & Schmitz, K. (2010). An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(4), 87–100. doi: 10.1007/s11764-009-0110-

Spence, R., Heesch, K., & Brown, W. (2011). Colorectal cancer survivors' exercise experiences and preferences: qualitative findings from an exercise rehabilitation programme

immediately after chemotherapy. *European Journal Of Cancer Care*, 20(2), 257-266.  
doi:10.1111/j.1365-2354.2010.01214.x

Statens folkhälsoinstitut. (2011). *FaR - Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Solna: Statens folkhälsomyndighet.

Strang, P. (2012). Lidande i palliativ vård. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (s. 95-101). Liber: Stockholm.

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategier för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Hämtad 2016-02-29, från <http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/halsoframjande-arbete-publikationer/strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2016-03-22, från [http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Fysisk aktivitet och cancer*. Hämtad 2016-03-01, från <http://www.swenurse.se/Levnadsvanor/Halsoframjande-omvardnad/om-cancer/>

Thune, I. (2008). Cancer. I. Statens folkhälsoinstitut (Red.), *FYSS - fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. (s. 242- 255) Solna: Statens folkhälsomyndighet.

Vårdguiden. (2013). *Varför får man depression?* Hämtad 2016-04-12, från <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Depression/#section-1>

Zackrisson, B., & Turesson, I. (2008). Strålbehandling. I U. Ringborg, T. Dalianis & R. Henriksson (Red.), *Onkologi* (s. 163-183). Liber: Stockholm.

# Bilaga 1

## Söktabell\*

Datum Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
160224 PubMed	Neoplasms AND Physical exercise AND Experience	5 år	148	10	3	Missel et al. (2015)
160224 PubMed	Cancer care AND Exercise AND Experie*	5 år	183	15	5	Cormie et al. (2015), Backman et al. (2016) & Robinson et al. (2016)
160224 Cinahl	Neoplasms AND Physical activity AND Qualitative	Peer reviewed, 10 år	39	7	3	Bulmer et al. (2012) & Larsson et al. (2008)
160224 Cinahl	Cancer AND Physical activity AND Qualitative	Peer reviewed, 10 år	49	5	2	Midtgaard et al. (2006)
160224 Cinahl	Neoplasms AND, Exercise AND Experience	Peer reviewed, 10 år	109	12	5	Andersen et al. (2014) & Spence et al. (2011)
160224 Cinahl	Neoplasms AND Physical activity AND Motivation	Peer reviewed, 10 år	33	6	2	Husebø et al. (2015)
160224 Scopus	Neoplasms AND Physical activity AND Experie* AND Nurs*	-	130	14	6	Adamsen et al. (2001) & Hennessy et al. (2005)

\* Söktillfället resulterade även i ett antal 0-träffar (sökningar där inga artiklar valdes), dessa återfinns inte i tabellen ovan då det ansågs relevant att endast redovisa de sökningar som resulterade i valda artiklar.

## Bilaga 2

### *Kvalitetsbedömning*

Artikel	Tydligt beskrivet syfte?	Tydlig bakgrund & kontext?	Tydlig beskriven metod?	Relevant urval?	Etiskt resonemang?	Anses resultatet logiskt?	Redovisas resultatet tydligt?	Diskuteras överförbarhet & generaliserbarhet?
Adamsen et al. (2001)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja*	Ja	Ja	Nej
Andersen et al. (2014)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja**	Ja	Ja	Ja
Backman et al. (2016)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Bulmer et al. (2012)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Cormie et al. (2015)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Hennessy et al. (2005)	Ja	Ja	Ja	Ja****	Ja	Ja	Ja	Ja
Husebø et al. (2015)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Larsson et al. (2008)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Midtgaard et al.	Ja	Ja	Ja	Nej*****	Ja	Ja	Ja	Nej

(2006)								
Missel et al. (2015)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Robinson et al. (2016)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Spence et al. (2011)	Ja	Ja	Ja	Nej*****	Ja	Ja	Ja	Nej

\* Forskarna har följt riktlinjer från ”Danish Ethical Research Committee”. Eftersom undersökningen inte var av biomedicinskt experimentell karaktär, ansökte man inte om tillstånd från kommittén.

\*\* Forskarna följde riktlinjer från de kommunala ”The Scientific Committees of Copenhagen and Frederiksberg” samt ”The Danish Data Protection Agency”. Men ansökte ej om tillstånd från en kommitté.

\*\*\* Endast sex deltagare i studien. Detta är något forskarna diskuterar och menar att studien möjligtvis inte är representativ för alla cancergrupper.

\*\*\*\* Rekrytering till studien via affischer, deltagarna fick själva anmäla sig. Forskarna diskuterar att deltagarna inte blir representativa då de antagligen är intresserade av träning.

\*\*\*\*\* Forskarna kritiserar studiegruppens storlek. Kompositionen av gruppen gör det svårt att se skillnader mellan könen.

## Bilaga 3

### Artikelöversikt

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsbedömning
Adamsen et al. (2001)	Att undersöka hur gruppträning påverkar cancerdrabbade mäns välmående. Samt hur fysisk aktivitet upplevs påverka deltagarnas förmåga att hantera psykiska, fysiska och sociala konsekvensen av att leva med cancer.	Två semistrukturerade fokusgruppsintervjuer av 17 cancerdrabbade män.	Att träna i grupp ger cancerdrabbade män en känsla av ansvar gentemot gruppen. Situationen liknades vid en militär tjänstgöring där männen ser varandra som ”brothers in arms”. Gruppmedlemmarna kämpar tillsammans mot alla tänkbara hinder. Humor var en viktig faktor för att få männen att känna sig trygga i situationen. Mestadels användes problemfokuserande egenvårdsstrategier av männen. Detta är ett viktigt fynd då kvinnor ofta använder självhjälpsgrupper.	Hög
Andersen et al. (2014)	Att utforska uppfattningar och egenvårdsstrategier av muskel- och ledsmärta hos deltagare i ”Body and Cancer”-programmet, som får adjuvant cytostatikabehandling efter bröstcanceroperation.	Två individuella semistrukturerade intervjuer av 15 kvinnor.	Deltagarna upplevde akut smärta i muskler och leder dagarna efter cytostatikabehandling. Deltagarna som tidigare använt sig av fysisk aktivitet som en smärtlindrande åtgärd, gjorde det i större utsträckning under träningsinterventionen i jämförelse med deltagarna som hade andra egenvårdsstrategier vid smärta. Smärtan ledde till att deltagarna sänkte intensiteten och frekvensen av träningen och tog flera pauser jämfört med innan cancerdiagnosen. Deltagarna var tvungna att ställa in träningen vissa dagar p.g.a. akut smärta. Få patienter upplevde dock att smärtan blev värre p.g.a. träning. Trots smärtan fortsatte deltagarna träna tack vare träningens positiva effekter.	Hög
Backman et al. (2016)	Att ta reda på hur kvinnor med bröstcancer upplever fysisk aktivitet under adjuvant cytostatikabehandling.	Totalt intervjuades 16 kvinnor. 13 patienter genomgick djupgående individuella	För kvinnorna var fysisk aktivitet en viktig del för att behålla och återfå fysisk, mental och social hälsa. Att träna upplevdes som ”att göra något bra för sig själv” och som en möjlighet till en ny start. Kvinnorna upplevde att besvärande biverkningar minskade vid fysisk aktivitet, vilket ökade den fysiska	Hög

		intervjuer. Tre patienter deltog i en fokusgruppintervju för att verifiera och fördjupa resultatet från de individuella intervjuerna.	funktionen. De kände ökat socialt stöd från sin träningsgruppgrupp och sina tränare, men även från familj och arbetskompisar. Träningen bidrog med att kvinnorna upplevde egenmakt samt att de kunde fokusera på hälsa istället för sjukdom. Biverkningar såsom fatigue, infektioner, magproblem och muskelvärk gjorde det ibland svårt att delta under träningspassen.	
Bulmer et al. (2012)	Att ge en ingående beskrivning av bröstcancerdrabbade kvinnors erfarenheter gällande utförandet av fysisk aktivitet under/efter cancerbehandling	Djupgående intervjuer av 45 bröstcancerdrabbade kvinnor	De bröstcancerdrabbade kvinnorna upplevde att fysisk aktivitet hade psykologiska, fysiska såväl som sociala fördelar. Kvinnorna uppgav att de upplevde en större kontroll av sina livssituationer. Den fysiska aktiviteten fick dem att ta sig vidare, i strävan efter att återfå livssituationen de hade innan cancerdiagnosen. Att träningen kunde få dem att återskapa och återfå en bättre kropp och hälsa. De upplevde även en förbättring i det sociala nätverket.	Hög
Cormie et al. (2015)	Att skapa en fördjupad beskrivning av erfarenheter hos män med prostatacancer som ingår i en övervakad träningsintervention, för att kartlägga faktorer som optimerar kontinuerligt deltagande i träning.	Data samlades in hos 12 män. Deltagarna fyllde i en hälsostatus enkät innan och efter interventionen. De deltog även i individuella semistrukturerade intervjuer.	Deltagarna kände en hälsorelaterad fördel av att delta i fysisk aktivitet. De upplevde ett ökat välmående. Träningen bidrog till att männen kände sig starka och vältränade. Deltagandet gjorde att männen kunde fokusera på andra saker än sjukdomen, vilket motiverade dem till att vara mer aktiva. De fick en positiv självbild. Tränaren ansågs vara en viktig del av träningen. Dels som en utbildningsresurs men även som ett bra stöd. Deltagarna upplevde även ett stort stöd av varandra, då samtliga hade samma sjukdom och delade liknande erfarenheter.	Medel
Hennessy et al. (2005)	Att få ökad förståelse över canceröverlevares upplevelse av fysisk aktivitet.	Semistrukturerade intervjuer av sex kvinnliga canceröverlevare.	Canceröverlevarena uppgav att den fysiska aktiviteten fick dem att successivt återvända till livet de hade innan cancerdiagnosen. Träningen gav dem en möjlighet till återhämtning från sjukdomsperioden. Deltagarna upplevde en samhörighet med de andra canceröverlevarena, samt en nyfunnen styrka att möta hinder i vardagen. Fysisk aktivitet bör integreras som den del av cancerdrabbades rehabiliteringsprogram, då studier visar positiv påverkan ur flera aspekter.	Hög



Husebø et al. (2015)	Att utforska faktorer som påverkar deltagandet i fysisk aktivitet hos kvinnor med bröstcancer som deltar i ett träningsprogram.	Fokusgrupps-intervjuer utfördes med 27 kvinnor.	Biverkningar såsom fatigue och illamående utgjorde ett stort hinder för att vara fysiskt aktiv. Faktorerna gjorde att kvinnorna var tvungna att ibland avstå träningen. Förändrat utseende efter behandlingen bidrog till att de kände sig mindre bekväma att träna bland folk. Faktorer som bidrog till att den fysiska aktiviteten valdes bort var bl.a. att andra aktiviteter i livet ansågs mer värdefulla, stress på jobbet och mycket att göra hemma. Träningen ansågs dock vara en viktig faktor för att återfå normalitet i vardagen. Många av deltagarna var förvånade av att de fick träna även under sina behandlingar. Kvinnorna upplevde att det sociala stödet var mycket viktigt för att orka utöva fysisk aktivitet.	Hög
Larsson et al. (2008)	Att beskriva hur kvinnor som behandlas mot bröstcancer upplever fysisk aktivitet efter operation.	Semistrukturerade intervjuer av 12 bröstcancerdrabbade kvinnor.	Viktigt att deltagarna får information och stöd från vårdpersonalen gällande fysisk aktivitet. Deltagarna upplevde att den fysiska aktiviteten var viktig i kampen för att återfå normalitet. Det är även viktigt att vårdpersonalen respekterar patienternas behov av egenmakt, så de får känna att de har kontroll över livssituationen.	Hög
Midtgaard et al. (2006)	Att utvärdera patienters erfarenhet av gruppträning under en intervention samt förändring i sociala och emotionella aspekter, relaterat till hälso- och livskvalitetsfaktorer.	Semistrukturerade gruppintervjuer utfördes med 55 patienter, diagnostiserade med cancer.	Den primära anledningen till att delta i träningsinterventionen var att patienterna kände sig otränade och mådde dåligt p.g.a. biverkningar. Efterhand upplevde deltagarna de positiva faktorerna av att delta i en grupp. Under träningsinterventionen blev deltagarna ett stöd för varandra. De utgjorde förebilder för varandra, vilket medförde att patienterna gick till träningen trots biverkningar, eftersom alla upplevde liknande problem och fortsatte kämpa. De kände sig tvungna att göra sitt bästa. Att träna i grupp medförde att man kunde tänka på något annat än sjukdomen, vilket ansågs positivt.	Medel
Missel et al. (2015)	Att utforska operabla icke-småcellig lungcancerpatienters upplevelser av en	Träningsintervention med tillhörande tre intervjuer av 19 cancerpatienter.	Deltagarna hade innan träningsinterventionen förhoppningar om att den fysiska aktiviteten skulle förbättra fysiken, livskvaliteten samt motverka andra sjukdomar. Trots obehagliga biverkningar och besvärande symptom uppgav patienterna att de upplevde	Hög

	träningsintervention utifrån ett longitudinellt perspektiv.		fysiska, emotionella och sociala fördelar med träningen. Framförallt var grupptillhörigheten viktig för deltagarna. Många av patienterna rökte innan interventionen och även här hade den fysiska aktiviteten en god effekt. Endast fyra av de totalt 19 deltagarna rökte efter avslutad gruppträning. Motivationen till att leva ett hälsosammare liv ökade med träningsinterventionen.	
Robinson et al. (2016)	Att undersöka vilka faktorer som motiverar canceröverlevande kvinnor att träna inför ett triathlonlopp, utföra loppet samt hur livsstilen påverkas efter genomförandet.	Fokusgruppsintervjuer av 11 bröstcanceröverlevande kvinnor.	Många av deltagarna var inte fysiskt aktiva innan interventionen. De uppgav att grupptillhörigheten var mycket meningsfullt och viktigt för att orka kämpa. Det kamratskap som utvecklades var också är en viktig del av interventionen. Att alla deltagare var canceröverlevare sågs som en positiv motivation och ledde till ytterligare samhörighet. Tränarna lade upp den fysiska aktiviteten på ett sätt så att deltagarna inte såg träningen som jobbig och krävande, utan inspirerande och rolig. Detta uppskattades av deltagarna och var en mycket viktig motivation till att fortsätta.	Hög
Spence et al. (2011)	Att förstå colorektalcancerpatienters upplevelser av ett träningsprogram samt preferenser gällande innehåll och utformande.	Träningsintervention med semi-strukturerade intervjuer av 10 colorektalcancerdrabbade individer.	Att ha hjälp av personliga tränare var mycket fördelaktigt och styrks även av ytterligare studier. Dessa patienter föredrog att träna enskilt men lyfte även vikten av att träffa andra i samma situation, för att få ett socialt stöd. Promenad föredrogs som aktivitet, men även gym och styrketräning nämndes. Träningsinterventionen hjälpte patienterna att återgå till sina arbeten, ökade kunskapen om fysisk aktivitet, stärkte självförtroendet, reducerade biverkningar (ex. fatigue) samt ledde till ett ökat välmående.	Hög