

# *Ældre kræftoverleverere med senfølger og gruppebaseret fysisk aktivitet*

*- en kvalitativ undersøgelse af oplevede motivationsfaktorer og barrierer*

**Aalborg Universitet**  
**Folkesundhedsvidenskab**  
**Speciale**

**16gr10316**  
Eva Hjorth Larsen  
Jacqueline Capion Lemming  
Simone Møller Hede

**Vejleder:**  
Henrik Vardinghus-Nielsen  
**Antal anslag inkl. mellemrum:**  
285.895

## **Forord**

Specialet er udarbejdet af gruppe 16gr10316 på Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet, i perioden fra den 01.02.2016-01.06.2016.

Specialet har til formål, at udforske hvilke motivationsfaktorer og barrierer ældre kræftoverlevende med senfølger oplever ift. deltagelse i gruppebaseret fysisk aktivitet. Denne viden har til formål, at danne grundlag for udarbejdelse af en intervention indeholdende gruppebaseret fysisk aktivitet til denne målgruppe.

Vi vil i denne forbindelse gerne sig tak til de informanter, fra hhv. Senfølgerforeningen og Sundhed i bevægelse, der har deltaget i vores interviews, og dermed har bidraget med vigtig viden til specialet. Desuden en særlig tak til Dorthe Kann Hostrup fra Senfølgerforeningen, og Elin Olsen fra Sundhed i bevægelse, for deres samarbejde i forbindelse hermed. Ydermere vil vi sige tak til vores vejleder Henrik Vardinghus-Nielsen for kyndig vejledning og inspiration gennem specialet.

God læselyst!

Gruppe 16gr10316

Eva Hjorth Larsen

Jacqueline Capion Lemming

Simone Møller Hede

## Resumé

**Titel:** *Ældre kræftoverlevere med senfølger og gruppebaseret fysisk aktivitet - en kvalitativ undersøgelse af oplevede motivationsfaktorer og barrierer.*

**Baggrund:** Udviklingen af forbedrede behandlingsmetoder indenfor kræftområdet bevirker, at et større antal kræftpatienter overlever en kræftsygdom. I 60 % af tilfældene oplever kræftoverlevere imidlertid, at der opstår senfølger, som en konsekvens af den kræftbehandling, som de har modtaget. Senfølger kan være af hhv. fysisk, psykisk og social karakter, og kan have en negativ påvirkning på kræftoverleverens livskvalitet. Gruppebaseret fysisk aktivitet har vist sig, som en effektiv intervention ift. afhjælpning af senfølger. Der eksisterer imidlertid et lavt aktivitetsniveau blandt kræftoverlevere med senfølger, som er særligt udtalt blandt de 65+-årige.

**Formål:** Specialet har til formål at undersøge, hvilke barrierer og motiverende faktorer ældre kræftoverlevere med senfølger oplever ifm. udøvelse af gruppebaseret fysisk aktivitet. Denne viden skal danne grundlag for udarbejdelsen af et beslutningsgrundlag til en gruppebaseret fysisk aktivitetsintervention til ældre kræftoverlevere med senfølger, mhp. at øge denne målgruppes fysiske aktivitetsniveau.

**Metode:** Specialegruppen har udført en kvalitativ interviewundersøgelse og et litteraturstudie. Interviewundersøgelse bestod af to fokusgruppeinterviews: et med syv informanter fra en selvhjælpsgruppe (gennemsnitsalder=69.7 år), og et med fire informanter fra en motionsintervention (gennemsnitsalder=69.5 år). Alle 11 informanter var kvindelige kræftoverlevere med senfølger, som havde haft forskellige kræftsygdomme. Ifm. litteraturstudiet blev følgende databaser afsøgt: PsycInfo, PubMed, Cinahl, Cochrane, Sociological Abstracts, Embase og Scopus. Ydermere blev Aron Antonovskys teori om Oplevelse af sammenhæng og Banduras teori om Self-efficacy, anvendt ift. fortolkningen af empirien.

**Resultater:** Specialet fandt, at ældre kræftoverlevere oplever en indre motivation ifm. deltagelse i fysisk aktivitet grundet de fysiske og psykiske fordele ift. afhjælpning af senfølger. Desuden opleves socialt samvær med ligestillede, som en ydre motivation ift. fysisk aktivitet. Differentiering af fysisk aktivitet opleves motiverende ift. deltagelsen heri hos de kræftoverlevere der har høj self-efficacy, og kan bevirke inaktivitet hos de, der har en lav self-efficacy. Ydermere oplever kræftoverlevere at smerter, frygt for pådragelse af skader, fysiske senfølger, at føle sig anderledes under træning, tvivl på kroppens fysiske funktion, manglende lyst til at tale om kræftsygdom med andre, manglende præstationsforbedring, samt manglende følelse af meningsfuldhed ved fysisk aktivitet, kunne udgøre indre barriere for udøvelse af fysisk aktivitet. De ydre barrierer, som ældre kræftoverlevere med senfølger kan opleve, ifm. deltagelse i fysisk aktivitet, er manglende vejledning fra sundhedsvæsenet, manglende social støtte, egenbetaling, følgesygdomme, fuldtidsarbejde, afstand og trafikale forhold. Specialet fandt desuden, at ældre kræftoverlevere kan opleve alvorlige psykiske senfølger, og at psykisk rådgivning fordelagtigt kan afhjælpe dette. De fysiske senfølger opleves som en negativ social påvirkning. Desuden opleves deltagelse i gruppebaseret fysisk aktivitet fordelagtig ifm. at afhjælpe senfølger. Social støtte fra nære relationer opleves vigtigt ifm. deltagelse i fysisk aktivitet. Ydermere blev der fundet en diskrepans ift. at kræftoverleveres omgangskreds kan betragte dem som raske, selvom de selv kan opleve sig syge. Desuden blev det fundet, at ældre kræftoverlevere med senfølger oplever sig syge ved sammenligning med den generelle befolkning, samt at de ydermere oplever sig selv ældre end de reelt er, grundet deres senfølger.

**Konklusion:** De identificerede barrierer og motivationsfaktorer dannede grundlag for udarbejdelsen af otte anbefalinger. Med afsæt i disse anbefalinger, blev der opstillet et udviklingstiltag til ældre kræftoverlevere med senfølger, som skulle indeholde tre elementer: Gruppebaseret fysisk aktivitet, samtalegrupper og socialt samvær. Interventionens kan bidrage til, at øge de ældre kræftoverleveres med senfølgers fysiske aktivitetsniveau, således at denne målgruppe kan få mindsket deres senfølger.

## Abstract

**Title:** *Older cancer survivors with late effects and group-based physical activity – a qualitative study of the perceived motivational factors and barriers.*

**Background:** The development of improved cancer treatment options has caused a larger number of cancer patients to survive their cancer disease. However in 60 % of the cases cancer survivors experience late effects, as a consequence of the cancer treatment they have received. The late effects can be of physical, mental and/or social character, and can affect the cancer survivor's quality of life negatively. Group-based physical activity has shown to be an effective intervention in relation to reducing the late effects. However a low level of physical activity exists among cancer survivors with late effects, which especially is a problem amongst the 65+-year-olds.

**Aim:** The aim of the thesis is to explore which barriers and motivational factors older cancer survivors with late effects experience in relation to group-based physical activity. This knowledge is used to develop a group-based physical activity intervention for older cancer survivors with late effects. The aim of the intervention is to increase the physical activity level of this group.

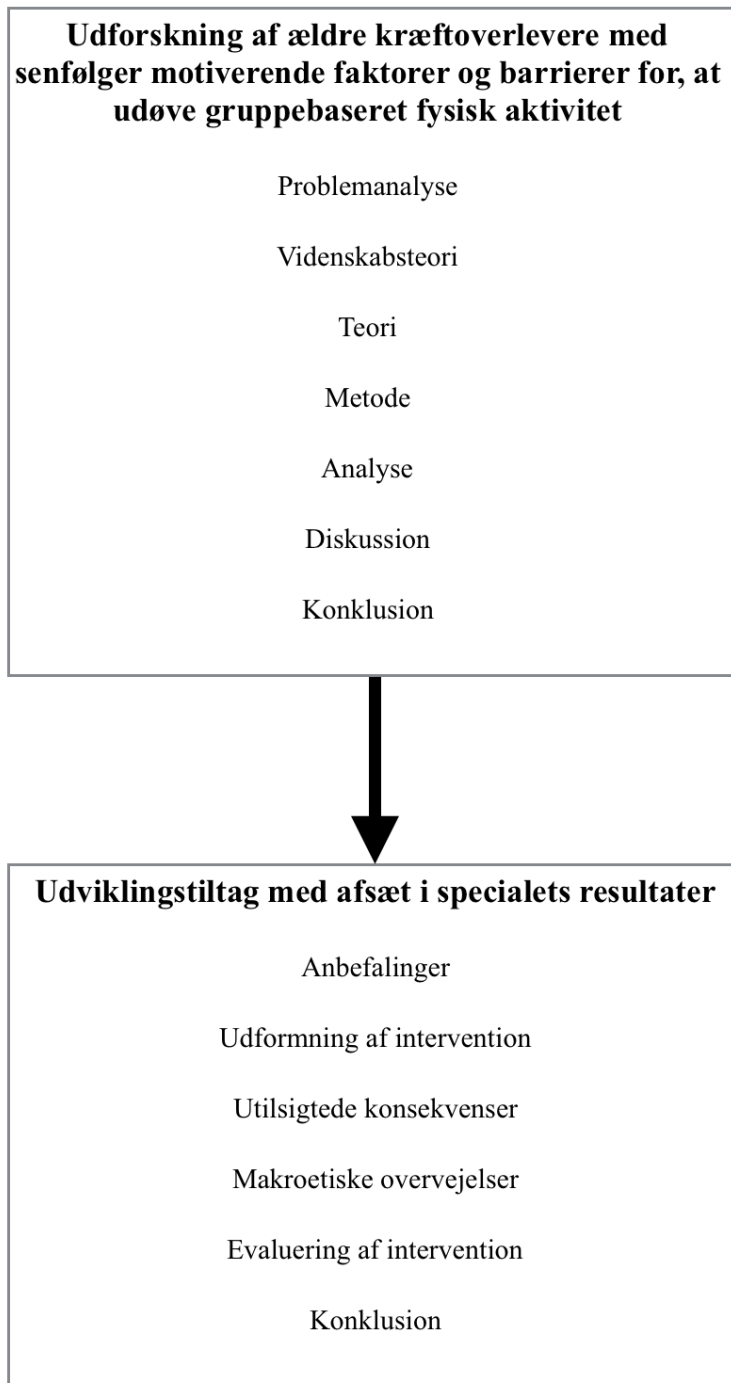
**Methods:** A qualitative study and a literature study were performed. Two focus group interviews were executed in relation to the qualitative study: An interview with seven participants from a self-help-group (mean age = 69.7), and an interview with seven participants from a physical activity intervention (mean age=69.5). All of the participants were older female cancer survivors with late effects, who had had different cancer diagnoses. The literature study was undertaken in the following databases: PsycInfo, PubMed, Cinahl, Cochrane, Sociological Abstracts, Embase and Scopus. Furthermore Aron Antonovsky's theory about Sense of coherence and Albert Bandura's theory about Self-Efficacy was used in relation to the interpretation of the collected data.

**Results:** The thesis found that older cancer survivors experience inner motivation in relation to physical activity caused by the physical and mental benefits in relation to reducing the late effects. Furthermore the social companionship with equals was experienced as an outer motivator. The differentiation of the physical activity was experienced as a motivator in regards to the cancer survivors who had a high level of self-efficacy, and can cause inactivity for cancer survivors with low levels of self-efficacy. Furthermore experiencing pain, fear of injuries, physical late effects, feeling different during physical activity, doubt of their body's abilities, not wanting to talk about cancer, lack of performance improvement and not finding physical activity meaningful were all inner barriers in relation to physical activity. The outer barriers were lack of guidance from the health professionals, lack of social support, payment, comorbidities, full-time job, distance and traffic. Furthermore the thesis found that older cancer survivors can experience severe mental late effects, and that psychological counseling can reduce these. The cancer survivors experience physical late effects as having a negative social consequence. Furthermore participation in group-based physical activity is experienced as advantageously in regards to reducing late effects. Social support from close relatives is experienced as important in relation to participating in physical activity. Moreover a discrepancy was found in relation to how cancer survivors's social network can think of them as healthy again, even though they perceive themselves as still being sick. Furthermore it was found that older cancer survivors with late effects can perceive themselves as sick when they compare themselves to the general population, and that they can perceive themselves as older than they are because of the late effects.

**Conclusion:** The identified barriers and motivational factors were used to establish eight recommendations. From these recommendations an intervention for older cancer survivors with late effects were constructed, which consisted of three elements: group-based physical activity, discussion groups and socializing. The intervention can contribute to enhancing the physical activity level of older cancer survivors with late effects, which can reduce their late effects.

## Læsevejledning

Læsevejledningen har til formål, at danne et overblik over specialets struktur. Dette er afbilledet i figuren nedenfor, hvor det ses, at specialet er opdelt i to dele. Den første del har til formål, at udforske de motiverende faktorer og barrierer, som ældre kræftoverlevende med senfølger kan opleve ifm. udøvelse af fysisk aktivitet. Den anden del har til formål, at udarbejde et beslutningsgrundlag for et udviklingstiltag, som tager afsæt i de resultater, som bliver fundet i den første del af specialet.



## Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem .....	1
2. Problemanalyse.....	2
2.1 Omfanget af kræft i Danmark.....	2
2.2 Senfølger efter kræftbehandling.....	3
2.2.1 Konsekvenser af senfølger.....	4
2.2.1.1 Fysiske senfølger.....	4
2.2.1.2 Psykiske senfølger .....	5
2.2.1.3 Sociale senfølger.....	6
2.3 Sygdomsopfattelser.....	7
2.4 Indsatser til kræftoverlevende med senfølger .....	8
2.4.1 Rehabilitering.....	8
2.4.2 Indsatser.....	10
2.5 Fysisk aktivitet.....	11
2.5.1 Interventioner med gruppebaseret fysisk aktivitet.....	14
2.5.2 Kræftoverleveres barrierer og motivation ift. udøvelse af fysisk aktivitet .....	15
3. Afgrænsning.....	17
4. Problemformulering.....	18
5. Begrebsafklaring.....	18
6. Design.....	19
7. Videnskabsteori .....	20
7.1 Fænomenologi.....	20
7.2 Filosofisk hermeneutik.....	21
7.3 Kombination af fænomenologi og filosofisk hermeneutik.....	23
8. Teori.....	24
8.1 Self-efficacy.....	24
8.1.1 Mestringsoplevelser .....	25
8.1.2 Andenhåndserfaringer .....	26
8.1.3 Verbal overtalelse.....	27
8.1.4 Fysiologiske og affektive tilstande .....	28
8.2 Oplevelse af sammenhæng.....	29
8.2.1 Begribelighed .....	29
8.2.2 Håndterbarhed .....	30

8.2.3 Meningsfuldhed.....	30
8.2.4 Relationerne mellem begreberne .....	30
8.2.5 Grænser .....	31
8.2.6 Stressfaktorer.....	32
8.3 Teorisyntese.....	33
9. Metode .....	35
9.1 Kvalitativ undersøgelse .....	35
9.1.1 Fokusgruppeinterview .....	35
9.1.2 Udvalgelse af informanter .....	36
9.1.3 Casebeskrivelse .....	36
9.1.4 Rekruttering af informanter .....	37
9.1.5 Beskrivelse af informanter .....	39
9.1.6 Interviewguide .....	41
9.1.7 Udførelse af interview .....	42
9.1.8 Transskription .....	44
9.1.9 Analysestrategi.....	44
9.1.10 Ethiske overvejelser.....	48
9.2 Litteratursøgning .....	50
9.2.1 Ustruktureret litteratursøgning.....	50
9.2.2 Systematisk litteratursøgning.....	50
9.2.2.1 Databaser.....	51
9.2.2.2 Søgestrategi .....	51
9.2.2.3 Søgeord.....	52
9.2.2.4 Inklusions- og eksklusionskriterier.....	54
9.2.2.5 Udvalgelse af litteratur .....	54
9.2.2.6 Vurdering af litteratur.....	58
9.3 Metodediskussion.....	58
9.3.1 Diskussion af litteraturstudiet .....	58
9.3.1.1 Inklusions- og eksklusionskriterier.....	58
9.3.1.2 Vurdering af studier.....	59
9.3.2 Diskussion af specialets kvalitative undersøgelse.....	60
9.3.2.1 Kodning af empiri .....	60
9.3.2.2 Analytisk generaliserbarhed .....	60
10. Analyse af den kvalitative undersøgelse.....	62

10.1 Analyse af Senfølgergruppen.....	62
10.1.1 Senfølger.....	62
10.1.1.1 Oplevelse af senfølger.....	62
10.1.1.2 Sygdomsopfattelse.....	65
10.1.1.3 Afhjælpning af senfølger.....	66
10.1.2 Motivation.....	67
10.1.2.1 Indre motivation.....	67
10.1.2.2 Ydre motivation .....	68
10.1.3 Barrierer.....	70
10.1.3.1 Indre barriere .....	70
10.1.3.2 Ydre barrierer .....	72
10.2 Analyse af Sundhed i bevægelse .....	73
10.2.1 Senfølger.....	73
10.2.1.1 Oplevelse af senfølger.....	73
10.2.1.2 Social støtte.....	76
10.2.1.3 Sygdomsopfattelse.....	77
10.2.1.4 Afhjælpning af senfølger.....	78
10.2.2 Motivation.....	80
10.2.2.1 Indre motivation.....	80
10.2.2.2 Ydre motivation .....	81
10.2.2.3 Differentiering.....	81
10.2.3 Barrierer.....	83
10.2.3.1 Indre barrierer .....	83
10.3 Komparativ analyse.....	85
10.3.1 Senfølger.....	85
10.3.1.1 Oplevelse af senfølger.....	85
10.3.1.2 Social støtte.....	85
10.3.1.3 Sygdomsopfattelse.....	86
10.3.1.4 Afhjælpning af senfølger.....	86
10.3.2 Motivation.....	86
10.3.2.1 Indre motivation.....	86
10.3.2.2 Ydre motivation .....	86
10.3.2.3 Differentiering.....	86
10.3.3 Barrierer.....	87



10.3.3.1 Indre barrierer .....	87
10.3.3.2 Ydre barrierer .....	87
11. Diskussion.....	88
11.1 Senfølger .....	88
11.1.1 Oplevelse af senfølger .....	88
11.1.2 Social støtte .....	90
11.1.3 Sygdomsopfattelse .....	90
11.1.4 Afhjælpning af senfølger .....	91
11.2 Motivation .....	92
11.2.1 Indre motivation .....	92
11.2.2 Ydre motivation.....	93
11.2.3 Differentiering.....	95
11.3 Barrierer .....	95
11.3.1 Indre barrierer.....	95
11.3.2 Ydre barrierer .....	98
12. Konklusion.....	101
13. Udviklingstiltag.....	103
13.1 Baggrund for udviklingstiltaget .....	103
13.2 Anbefalinger .....	104
13.3 Udformning af intervention .....	106
13.3.1 Fysisk aktivitet.....	106
13.3.2 Samtalegrupper .....	107
13.3.3 Socialt samvær .....	108
13.4 Utilsigtede konsekvenser.....	108
13.5 Makroetiske overvejelser.....	109
13.6 Evaluering af interventionen.....	111
13.7 Konklusion .....	111
14. Referenceliste.....	113

## 1. Initierende problem

Antallet af individer der rammes af en kræftsygdom er stigende både globalt og nationalt (1,2). I 2013 blev der opdaget ca. 37.000 nye tilfælde i Danmark, og det forventes, at antallet af kræfttilfælde vil stige med 50 % over de næste 10 år (2). Ydermere ses det, at mortaliteten er faldende, hvilket bl.a. kan tilskrives forbedrede behandlingsmetoder. Dette bevirker at gruppen af kræftoverlevende på nuværende tidspunkt består af 250.000 individer, og pba. ovenstående, vil denne gruppe vokse betragteligt over den næste årrække. (2,3)

Selvom disse individer bliver erklærede sygdomsfrie efter endt kræftbehandlingsforløb, oplever de i 60 % af tilfældene blivende følger som en konsekvens af behandlingen (4). Disse følger kaldes senfølger og kan være af fysisk, psykisk og/eller social karakter (3). Studier har dokumenteret at kræftoverlevende, der oplever senfølger, har en lavere livskvalitet ift. kræftoverlevende der ikke oplever senfølger (4,5). Denne gruppe vil ligeledes være voksende, og herved skabes der større opmærksomhed omkring gruppen i fremtiden. Dette understøttes af resultater fra en surveyundersøgelse foretaget af Sundhedsstyrelsen i 2009, som viste at kun 17 % af kræftoverleverne i studiet havde modtaget undersøgelse eller behandling for senfølger (6). Dette efterlader en stor gruppe individer med ubehandlede senfølger, hvilke de, bl.a. grundet manglende information, kan opleve usikkerhed ift. hvordan de skal håndtere (7).

Studier viser at senfølger kan afhjælpes og livskvaliteten kan øges ved, at kræftoverleveren udøver fysisk aktivitet (8,9). Fysisk aktivitet afhjælper ikke blot de fysiske senfølger, men kan også medvirke til, at lindre psykiske senfølger så som angst og depression (8). Desuden kan fysisk aktivitet bidrage til, at afhjælpe sociale senfølger, såfremt det udøves i grupper (10,11). Fysisk aktivitet har dermed en vigtig funktion ift. at afhjælpe senfølger af forskellig karakter. Studier vidner imidlertid om, at en høj procentdel af målgruppen ikke efterlever anbefalingerne vedrørende det fysiske aktivitetsniveau, hvilket findes problematisk grundet de ovennævnte fordele derved (12,13). Her ses de ældre over 65 år ydermere som en særligt udsat gruppe, da de i mindst grad udøver fysisk aktivitet, og er den gruppe som er mest ramt af senfølger (14). Resultaterne fra en foreløbig litteratursøgning, foretaget af specialgruppen, tyder på at der findes et begrænset antal tilbud henvendt til denne gruppe. Dette fordrer et behov for undersøgelse af ældre kræftoverlevende med senfølgers behov ift. fysisk aktivitet, således at motionstilbud kan udformes pba. dette og målgruppens fysiske aktivitetsniveau kan øges.

## 2. Problemanalyse

Problemanalysen har til formål, at fremanalysere den problematik, som blev beskrevet i specialets initierende problem. Indledende vil omfanget af kræft i Danmark blive problematiseret mhp. det folkesundhedsvidenskabelige problem, der ligger heri. Dernæst vil begrebet senfølger blive defineret og analyseret, hvorefter de forskellige former for senfølger vil blive belyst, samt problematiseret ift. konsekvenserne heraf. Herefter belyses, vha. Kleinmans teori, kræftoverlevende med senfølgers sygdomsopfattelse, og hvordan der eksisterer en uoverensstemmelse imellem hvordan hhv. kræftoverlevende og sundhedssystemet opfatter målgruppen som værende syg/rask. Dette leder videre til en problematisering af rehabiliteringsindsatsen samt andre indsatser henvendt til kræftoverlevende med senfølger i Danmark, mhp. at belyse, hvad der bliver gjort for denne målgruppe. Til slut vil det blive fremanalyseret, hvordan fysisk aktivitet kan afhjælpe senfølger, samt hvilken målgruppe der oplever særlige barrierer i forbindelse hermed.

### 2.1 Omfanget af kræft i Danmark

Tal fra Sundhedsdatastyrelsens cancerregister viser, at der er sket en stigning i antallet af nye registrerede kræfttilfælde i Danmark. Det ses, at der i 2014 blev registreret ca. 39.000 nye kræfttilfælde, hvilket sammenlignet med tallene fra 2013 svarer til en stigning på 5.8 %. (15) Grunden til at kræftincidensen er stigende skyldes bl.a., at den danske befolknings middellevetid er steget over de seneste mange år. Ifølge Danmarks statistik er middellevetiden i Danmark gennemsnitligt steget hhv. 0.29 år for mændene og 0.23 år for kvinderne hvert år de seneste 20 år. (16) Samtidig viser studier, at risikoen for at få en kræftsygdom stiger med alderen. Et review af Courneya et al. (2004) beskriver, at ca. 50 % af alle kræftsygdomme i USA diagnosticeres hos personer over 65 år, samt at kræft er den største dødsårsag hos individer over 65 år. (14) Dermed kan der argumenteres for, at den stigende middellevealder bevirker, at kræftincidensen ligeledes stiger. Den medicinske udvikling foranlediger, at flere individer overlever deres kræftsygdomme. Dette skyldes bl.a. forbedrede behandlingsteknologier og screening, der har gjort det muligt, at opspore sygdommen i tidligere stadier, hvilket er med til at forbedre overlevelsen. (4,15) Disse forbedrede behandlingsmetoder bevirker derfor, at der i 2012 blev registreret ca. 235.000 danskere, som var eller havde været i behandling for kræft, hvorfor at denne målgruppe kan være plaget af senfølger fra kræftbehandlingen (4).

Den stigende kræftincidens og forbedringen af overlevelsen bevirker dermed en stigning i antallet af kræftoverlevende, som kan være negativt påvirket af senfølger efter at have gennemgået et kræftbehandlingsforløb. Ydermere er særligt den ældre befolkningsgruppe på 65+ år udsat, idet kræftincidensen stiger i takt med alderen. Dette betyder, at der kan være en stor gruppe af individer over 65 år,

som lider af senfølger efter kræftbehandlingen. (14) Dermed findes det relevant, at definere begrebet senfølger samt problematisere de senfølger, der kan opstå efter et kræftbehandlingsforløb.

## 2.2 Senfølger efter kræftbehandling

Kræft og behandlingen heraf kan medføre en række vedvarende negative følger, som først optræder efter at behandlingsforløbet er afsluttet. Det er individuelt hvor længe efter behandlingsforløbet, at disse negative følger præsenterer sig, men forskning indikerer at ca. 60 % af alle kræftoverlevende efterlades med en form for følge af behandlingen. Disse negative følger kaldes senfølger. Det har ikke været muligt, at identificere en entydig definition på begrebet senfølger i den eksisterende litteratur på området, da forskningen på området stadig er forholdsvis ny. Der findes imidlertid forskellige definitioner af, hvad begrebet senfølger dækker over i den videnskabelige litteratur. Johansen<sup>1</sup> (2013) beskriver, at begrebet senfølger i bestemte definitioner dækker over, de negative følger der kan forekomme under samt umiddelbart efter at behandlingen er afsluttet. Dette kan være følger, som lægen er bevidst om, at der kan opstå, grundet den behandling kræftpatienten har fået i sit behandlingsforløb. Et eksempel på dette er lymfødeme, som kan optræde, hvis kræftpatienten har fået fjernet lymfeknuder. Der findes imidlertid en anden definition, som beskriver senfølger som "*... de problemer der forsat eksisterer, eller som opstår fem år efter den dag, man bliver diagnosticeret og kort efter startede sin behandling.*" (3, s. 10). Med udgangspunkt i denne definition, kan senfølger dermed beskrives som de vedvarende komplikationer, der præsenterer sig efter behandlingsforløbet, og dermed ikke de følger som præsenterer sig undervejs i behandlingsforløbet. Dermed tages der, i denne definition, højde for, at de eventuelle senfølger ikke er midlertidige bivirkninger af medicin og behandling, men vedvarende senfølger. (3)

Specialegruppen stiller sig imidlertid kritisk over for de to førnævnte definitioner, idet det vurderes, at ingen af disse er dækkende for det fænomen, der ønskes undersøgt i dette speciale. Den første definition dækker over de senfølger, som opstår under samt umiddelbart efter at behandlingen er afsluttet, hvorfor der ikke inkluderes de senfølger som først optræder senere hen. Den anden definition dækker over de senfølger som først opstår efter fem år, hvorfor denne definition ikke dækker over de senfølger der kan optræde i tidsintervallet inden de fem år. Der kan dermed argumenteres for, at ingen af de to definitioner er dækkende, idet der i begge definitioner ikke tages forbehold for et bestemt tidsinter-

---

<sup>1</sup> Christoffer Johansen: Overlæge og leder af forskningsenheden "Livet efter kræft", og forfatter af bogen "*Kræft - senfølger og rehabilitering*", som er en udgivelse der opsamler den eksisterende viden om senfølger efter kræftbehandling (3).

val. Dermed har specialegruppen valgt, at udarbejde en definition, som anses som passende ift. dette speciales formål:

*“Senfølger er de negative følger som optræder som konsekvens af, at have haft en kræftsygdom og modtaget behandling herfor. Disse senfølger optræder, når kræftoverleverne er erklærede sygdomsfrie for kræft, men til trods for dette ikke oplever sig raske grundet senfølgerne.”*

Denne definition beskriver senfølger som følger, der kan optræde kort tid efter, men ligeledes lang tid efter kræftbehandlingsforløbet er afsluttet. Ydermere tager den afsæt i problematikken ift. når kræftoverleverne bliver erklærede sygdomsfrie, men stadig kan opleve, at være plaget af senfølger efter kræftbehandlingen, hvorfor de kan opleve ikke at føle sig raske. Dette bevirker yderligere en problematik ift. at de er ude af behandlingssystemet, idet de er erklærede raske til trods for, at de nu oplever en anden form for sygelighed, hvorfor det kan være svært at søge behandling herfor (17). Ydermere ønskes det, at undersøge kræftoverlevernes egne oplevelser af deres senfølger, hvorfor denne definition er udarbejdet mhp., at være subjektivt orienteret. Et kritikpunkt ved den opstillede definition er, at denne definition er bred, hvorfor eventuelle andre symptomer muligvis kan blive forvekslet med senfølger.

Der kan ved den nye definition argumenteres for, at begrebet senfølger dækker over de senfølger, der kan optræde uanset hvor længe efter behandlingsforløbet afslutning disse opstår. Dermed er fokus på senfølger, som konsekvens af sygdommen og behandlingen herfor, og som er grundlag for at kræftoverleverne kan opleve ikke at føle sig raske. Da der i specialet ønskes, at tage udgangspunkt i denne form for senfølger, findes det relevant, at problematisere hvordan senfølgerne samt konsekvenserne heraf konkret kan komme til udtryk i kræftoverleverens liv.

### **2.2.1 Konsekvenser af senfølger**

Efter at have gennemgået et kræftbehandlingsforløb kan kræftoverleveren opleve senfølger af psykisk, fysisk og/eller social karakter. En kræftoverlever kan opleve flere former for senfølger samtidigt, hvorfor disse kan udgøre en kompleks tilstand, hvor det kan være vanskeligt, at skelne de forskellige former for senfølger. Senfølgerne kan ydermere influere på hinanden, hvorfor en form for senfølge kan forstærke en anden, hvilket ligeledes kommer til udtryk i det følgende afsnit (3,4). Det er imidlertid tilstræbt, at problematisere de forskellige former samt konsekvenserne heraf i det følgende afsnit.

#### **2.2.1.1 Fysiske senfølger**

Kræftoverleverne kan opleve fysiske senfølger. En amerikansk evaluering, foretaget af Heston et al. (2015), viser, at kræftoverleveres fysiske funktionsevne kan være nedsat med op til 35 %, som konse-

kvens af, at have modtaget kræftbehandling (18). De fysiske senfølger kan opleves i form af smerter, lymfødeme, synkevanskeligheder, fysisk udmattelse, vægt- og spiseforstyrrelse. Ydermere kan nogle opleve træthed og søvnbesvær, som kan medføre, at de har et mindsket overskud i deres hverdag. De fysiske begrænsninger kræftoverleverne med senfølger kan opleve, bevirker samtidig at disse individer må opstille nye forventninger ift. hvad deres krop er i stand til, da kroppen ikke kan det samme som inden kræftsygdommen (19).

Et canadisk kohortestudie, foretaget af Quinlan et al (2011), undersøgte brystkræftoverleverne, der havde smerter og nedsat funktion i armen(e) samt nedsat arbejdsevne. Studiet fandt, at kræftoverleverne med smerter i armen havde otte gange større sandsynlighed for, at opleve tab af arbejdsevne, som dermed forhindrede dem i at deltage på arbejdsmarkedet ift. kræftoverleverne uden smerter i armene. (20) Dette understøtter, at de fysiske senfølger, som kan forekomme efter at have gennemgået et kræftbehandlingsforløb, kan nedsætte kræftoverlevernes arbejdsevne.

Udover at der kan forekomme nogle fysiske senfølger, som kan nedsætte kræftoverlevernes arbejdsevne, kan deres selvopfattelse ligeledes have ændret sig efter at have gennemgået et kræftbehandlingsforløb. Dette kan bl.a. skyldes fysiske permanente ændringer såsom ar, der påmindrer individet om behandlingsforløbet, samt hvad vedkommende ikke længere er i stand til. Kræftoverleveren kan opleve skam over de fysiske ændringer og frygte at andre væmmes herved. Dette kan ligeledes påvirke kræftoverleverne psykisk. (4)

### **2.2.1.2 Psykiske senfølger**

Ifølge Prip og Wittrup<sup>2</sup> (2014) kan kræftoverleveren opleve psykiske senfølger i form af depression, angst, sorg og vrede, som har risiko for, at blive forværret med tiden. En hyppig psykisk senfølge for kræftoverleveren er angst, som omfatter både angst for tilbagefald, bekymring for eventuelle symptomer, samt angst for hvad fremtiden bringer. Et australsk kvalitativt studie, foretaget af Jefford et al. (2008), fandt ligeledes, at brystkræftoverleverne gav udtryk for at angst for tilbagefald var en senfølge, som de i høj grad oplevede. Informanterne i dette studie beskrev, at angsten specielt kom til udtryk ifm. kontrolbesøg på sygehuset. (19) Angsten for tilbagefald kan foranledige psykisk udmattelse, søvn- og koncentrationsbesvær. Dette bevirker ligeledes, at kræftoverleveren oplever en begrænsning ift. at kunne lægge fremtidsplaner i livet. Forskning indikerer, at op mod 34 % af kræftoverleveres livskvalitet påvirkes negativt, grundet angsten for tilbagefald. (4)

---

<sup>2</sup> Anne Prip og Karina Wittrup: forfattere af bogen "*Kræftsygepleje - i et forløbsperspektiv*", som er en sygeplejebog, der omhandler plejen af kræftpatienter under og efter et kræftbehandlingsforløb (4).

Et amerikansk litteraturstudie, foretaget af Given (2015), undersøgte de psykosociale faktorer, som kan have betydning for kræftoverleveres livskvalitet samt senfølgerne. Studiet fandt, at kræftoverleverne kan have svært ved at forstå betydningen af de symptomer, som de oplever og at de derfor kan frygte at få tilbagefald på baggrund heraf (7). Dette understøtter, at de psykiske senfølger kan komme til udtryk ved frygten for tilbagefald, samt at der er en risiko for, at det kan være svært for kræftoverleverne, at adskille senfølger fra et eventuelt symptom for tilbagefald, hvorfor dette kan opleves som en psykisk belastning.

Psykiske senfølger i form af koncentrations- og hukommelsesbesvær kan påvirke kræftoverlevernes arbejdsevne og livsførelse. Dette gør ligeledes, at de kan have sygdomsperioder fra arbejdet og at det derfor kan være vanskeligt at fastholde deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Jefford et al. (2008) fremlægger, at informanterne fra studiet, ligeledes oplever problematikker ift. tilbagevenden til arbejdsmarkedet. En informant udtrykker, at hun opfattede sig selv som en karrier Kvinde forinden sin kræftsygdom, men at senfølgerne har været skyld i, at hun ikke længere kunne passe sit job, og derfor har været nødsaget til at nedprioritere den del af sit liv. (19) Da forskningen på området om senfølger stadig er ny, kan kræftoverleverne ligeledes opleve at jobcentrene er uforstående overfor vedkommendes situation. Såfremt dette sker, kan sagsbehandlingerne trække ud og den nødvendige hjælp til eksempelvis dagpenge eller kontanthjælp kan i visse tilfælde ikke varetages på en rettidig måde. (4) Senfølger kan således også have økonomiske konsekvenser for kræftoverleverne.

### **2.2.1.3 Sociale senfølger**

De sociale senfølger, som kræftoverleveren kan opleve, kommer til udtryk ved social isolation, ensomhed samt skrøbelighed (4). Resultaterne fra det kvalitative studie af Jefford et al. (2008) belyste ligeledes denne problematik. Brystkræftoverleverne oplevede, at familie og venner havde en forventning om, at dét at kræftoverleveren var erklæret sygdomsfri var ensbetydende med, at kræftoverleveren ville vende tilbage i rollen som sit tidligere raske jeg. Brystkræftoverleverne opfattede imidlertid ikke sig selv som raske, til trods for at de var erklærede sygdomsfrie, hvilket omgangskredsen havde en tendens til, at være uforstående overfor. Dette affødte en ensomhed blandt kræftoverleverne. Samtidig gav kræftoverleverne udtryk for, at den sociale støtte fra familie og venner blev mindsket efter at de var blevet erklærede sygdomsfrie til trods for, at de stadig oplevede et stort behov for social støtte ift. tilbagevenden til hverdagen. Den sociale isolation er hyppig blandt kræftoverleverne, og har særligt betydning for de sociale relationer. (19) Det problematiseres ydermere i andre studier, at kræftoverleverne erklæres sygdomsfrie, selvom de kan opleve, at have svært ved, at vende tilbage til arbejde pga. de ikke nødvendigvis er klar til dette grundet deres senfølger (4,7).

Ydermere kan kræftoverlevere opleve, at parforhold og seksualitet påvirkes negativt. Kræftoverleveren kan bl.a. opleve en nedsat lyst ift. seksualiteten, hvorfor at parforholdet kan påvirkes negativt. Den nedsatte lyst kan være af psykiske og/eller fysiske årsager. Det er dermed vigtigt, at kræftoverleverne rådgives og vejledes af professionelle fagfolk ift. deres seksualitet, således at dette ikke får negativ betydning for deres parforhold. (3) Der eksisterer ydermere et tabu hos de professionelle og kræftoverleverne, hvilket kan forstærke frygten for, at tale om de seksuelle problemstillinger, som senfølger kan forårsage (21).

I ovenstående er det problematiseret, at senfølger kan blive en kompleks tilstand, som kan have alvorlige konsekvenser for kræftoverleverens livskvalitet (4). Dermed findes det relevant at beskrive de sygdomsopfattelser der kan være herfor.

## 2.3 Sygdomsopfattelser

I takt med at der bliver udviklet bedre behandlingsformer og -teknologier, kureres flere for kræftsygdomme, men problematikken opstår såfremt at kræftoverleverne bliver erklærede sygdomsfrie, men ikke er, føler eller oplever sig selv som værende raske. Dette paradoks kan forklares via Arthur Kleinmans<sup>3</sup> illness-disease-model. Ifølge Kleinman, vil en patient vurdere sin lidelse (illness) ud fra sit eget subjektive perspektiv. Begrebet lidelse er dermed en forklaringsmodel for patientens egen sygdomsoplevelse, som er forankret i dets sociale og kulturelle kontekst ift. dets viden om sygdom og behandling heraf. Hvorimod begrebet sygdom (disease) kan forklares med den biomedicinske viden, som de professionelle besidder ift. sygdom og behandling, hvorfor dette perspektiv vil være mere objektivt. Hvis der er uoverensstemmelse mellem lægfolks og professionelles sygdomsopfattelser kan der, ifølge Kleinman, opstå kommunikationsproblemer, non-compliance<sup>4</sup>, utilfredshed med behandling, ressourcemisbrug, utilstrækkelig behandling mm.. (22) Den uoverensstemmelse, som Kleinman beskriver, kan relateres til det paradoks kræftoverleverne kan opleve ift. at sundhedssystemet erklærer dem sygdomsfrie, uden de selv har samme opfattelse heraf (17). Ifølge Kleinman kan dette medføre at kræftoverleveren vil kunne opleve en utilfredshed med sin behandling, og føle, at den er utilstrækkelig. Dette understøttes af resultater af en rapport udformet af Kræftens bekæmpelse, som angav, at 75 % af kræftoverleverne oplever at opfølgningen vedrørende senfølger var relevant, men at kun 10 % oplevede at undersøgelse herfor fandt sted. (6) Dette kan, ifølge Kleinman, skyldes at der kan opstå en dis-

---

<sup>3</sup> Arthur Kleinman: Amerikansk psykiater, læge og antropolog. (22)

<sup>4</sup> Non-compliance: Et begreb der henviser til at modtageren (patienten/borgeren) af en given behandling/ sundhedsydelse fravælger at efterleve den behandling/ sundhedsydelse den sundhedsprofessionelles har anvist (22).



tinktion mellem de professionelle og lægfolk, grundet deres forskellige erfaringer med lidelse og sygdom (22). Kræftoverleverne og professionelles forskellige viden omkring sygdom kan dermed have betydning for deres opfattelse af, hvad det vil sige at være sygdomsfri. Kræftoverleveren kan have en anden forventning og oplevelse af, hvordan deres hverdag vil være som sygdomsfrie, ift. den opfattelse de professionelle kan have herfor. Dette kan, ifølge Kleinman, medføre at der kan opstå kommunikationsproblemer, og dermed skabe en distance i relationen mellem disse (22). Kleinman definerer yderligere, at et individ kan opleve at have en lidelse, selvom det ikke har fået konstateret en sygdom samt at have en sygdom uden at have lidelse (23). Det kan derfor være vanskeligt, at vurdere hvornår et individ kan opfattes som sygdomsfri, og dermed også vurdere deres behov for rehabilitering. I følgende afsnit vil det derfor blive fremlagt, hvilke indsatser der findes i Danmark henvendt til kræftoverleverne med senfølger.

## **2.4 Indsatser til kræftoverleverne med senfølger**

I følgende afsnit vil det blive diskuteret hvordan det danske sundhedsvæsen håndterer rehabilitering af kræftoverleverne. Først vil rehabiliteringen af kræftoverleverne blive præsenteret, idet det findes relevant at belyse overgangen fra behandlingssystemet til tilbagevenden til hverdagen. Dernæst vil indsatserne, henvendt til kræftoverleverne med senfølger, blive diskuteret.

### **2.4.1 Rehabilitering**

Indenfor den seneste årrække er rehabiliteringen gået fra, at fokusere på at helbrede en patient, til i stedet på at forsøge, at normalisere den enkeltes hverdagsliv igennem forskellige indsatser. Dette skal medføre, at den enkelte får redskaberne til selv, at ændre sit liv og tilpasse sig livet efter dets evner som kræftoverlever. (24) Kræftrehabilitering har bl.a. til formål at give kræftoverleverne viden, færdigheder og strategier til bedre at kunne håndtere deres senfølger efter kræftbehandlingen. Der tilbydes forskellige former for undervisning, rådgivning, information, fysisk aktivitet samt socialt samvær. Dette mhp. at forebygge tilbagefald og rette opmærksomhed på muligheden for at ændre livsstil og vaner. (24)

I Danmark ligger det politiske og praktiske ansvar for kræftrehabilitering primært hos de enkelte kommuner. Efter kræftpatienter er blevet erklærede raske, findes der tilbud om rehabilitering, der fungerer i samarbejde mellem kommunerne, de praktiserende læger og sygehusene. (3) Det danske sundhedssystem tilbyder rehabilitering til alle borgere med somatiske sygdomme som f.eks. kræft (24). Rehabilitering omfatter genoptræning og patientrettet forebyggelse, hvor det er kommunens ansvar, at sikre, at de enkelte individer får de tilbud, som de har behov for. Hospitalerne har ligeledes et ansvar for genoptræning, samt behandling af bivirkninger og senfølger som kræver speciallægers ekspertise. (3)

I Aalborg Kommune findes der eksempelvis rehabiliteringstilbud i det kommunale Sundhedscenter i Nordkraft, hvor kræftoverleveren kan få støtte i, at håndtere hverdagslivet og arbejdslivet både under, og i en periode efter endt kræftforløb. Her kan alle kræftoverleverere modtage gratis rådgivning og vejledning ift. bl.a. genoptræning, kostvejledning, undervisning til pårørende, samvær med ligestillede mm.. (25) Herved kan der argumenteres for, at kræftoverleveren, igennem deltagelse i rehabilitering, har mulighed for at få hjælp til, at håndtere de senfølger, som de kan opleve i perioden umiddelbart efter endt kræftbehandlingsforløb.

Ifm. kræftrehabilitering er rapporten *Kommunal kræftrehabilitering – Opgørelse af kommunal kræftrehabilitering i 2014* blevet udarbejdet af Patientstøtte og Lokal indsats<sup>5</sup>. Formålet med denne rapport var, at skabe et overblik over de kommunale kræftrehabiliteringstilbuds udvikling fra 2012 til 2013. Rapporten viser, at en stor andel af landets kommuner udbyder rehabiliteringstilbud til kræftpatienter og -overleverere. I 2013 havde 86.7 % af landets i alt 98 kommuner tilbud om rehabilitering. Derudover havde 12.2 % af de resterende kommuner tilbud under udarbejdelse, og kun en kommune havde ikke nogen tilbud. Sammenlignet med tal fra 2012, var der således 36 flere kommuner der havde rehabiliteringstilbud i 2013, hvilket svarer til en stigning på 37 %. (26) Dette vidner om, at der i den seneste årrække har været et øget fokus på rehabiliteringstilbud i kommunerne, og at der dermed i de fleste kommuner i dag findes rehabiliteringstilbud til kræftpatienter eller kræftoverleverere.

En anden rapport, udarbejdet af Patientstøtte og Lokal Indsats (2015), beskriver det vidensgrundlag, som den danske kræftrehabilitering hviler på. Det fremlægges, at der bl.a. er evidens for, at fysisk aktivitet og psykosocial støtte er effektive interventioner ift. afhjælpning af en lang række senfølger. Det er dog uklart hvor store effekter, der kan forventes af rehabiliteringstiltagene, da der mangler evaluerende forskning på området, og at den forskning der foreligger er af lav kvalitet. Ydermere gør det sig gældende for studier der vurderer effekterne af rehabiliteringsprogrammer, at effektestimaterne der anvendes er meget forskelligartede, hvilket vanskeliggør sammenligningen af effekter på tværs af studier. Ovenstående effektvurderinger af rehabiliteringstiltag baserer sig på internationale meta-analyser og systematiske reviews, hvorfor der ydermere ses en mangel på vurderingen af rehabiliteringstiltagene i dansk kontekst. I rapporten fremhæves der desuden en række områder, hvor den danske kræftrehabiliteringsindsats er udfordret. Der ses bl.a. en skæv fordeling ift. kønsfordelingen blandt

---

<sup>5</sup> Patientstøtte og Lokal Indsats: En afdeling under Kræftens Bekæmpelse, som bl.a. har til formål at tilbyde rådgivning og støtte til kræftpatienter/kræftoverleverere og deres pårørende f.eks. via kræftlinjen, cancerforum mm. Derudover tilbyder afdelingen undervisning henvendt til sundhedsfagligt personale og uddanner frivillige. (77)

deltagere, hvor kvinder i højere grad deltager end mænd. Samtidig eksisterer der en social ulighed, hvor de højtuddannede i højere grad deltager i tilbuddene. Ydermere fremhæves den ældre målgruppe bl.a., som en målgruppe der mangler forskning omkring. (27)

Af rapporten fra 2014 fremgår det, at 87.1 % af de kommunale rehabiliteringstilbud i 2013 havde en varighed på otte uger eller derover. Varigheden af disse tilbud, og hvorvidt de har et sluttidspunkt er dog ikke uddybet i de forskellige kommuner. (26) Det findes problematisk, at hovedparten af de kommunale rehabiliteringstilbud udelukkende tilbyder rehabilitering i den første tid efter endt behandlingsforløb, da det vides, at senfølgerne kan præsentere sig længe derefter (3). Ydermere findes det problematisk, at der mangler forskning omkring effekterne af de danske rehabiliteringstiltag. Således findes det relevant, at fremlægge hvilke indsatser der eksisterer til målgruppen efter rehabiliteringsforløbet er afsluttet.

## **2.4.2 Indsatser**

Udover de kommunale rehabiliteringstilbud findes der en række private indsatser henvendt til kræftoverleverne. De indsatser som findes relevante ift. dette speciale vil blive beskrevet i følgende afsnit.

En af de indsatser der findes er Senfølgerforeningen, som er en uafhængig forening, støttet af Kræftens Bekæmpelse, som arbejder for, at udbrede kendskabet til senfølger. Ydermere arbejder foreningen for, at kræftoverleverne med senfølger i højere grad skal informeres om og modtage behandling herfor. Senfølgerforeningen har en vision om, at der på sigt skal etableres senfølgerklinikker på landsplan, således at målgruppen har bedre mulighed for, at henvende sig dertil for, at modtage hjælp. Senfølgerforeningen har desuden dannet netværksgrupper, hvor kræftoverleverne med senfølger kan mødes og udveksle erfaringer og støtte hinanden ift. livet med senfølger. På landsplan findes der blot to af disse grupper, som er lokaliseret i hhv. Aalborg og København N (28). Udbredelsen af disse grupper er således sparsom på landsplan.

Resultater fra flere studier har dokumenteret at selvhjælpsgrupper til kræftoverleverne kan afhjælpe sociale og psykiske senfølger (29,30). Power og Hegarty (2010) har foretaget en kvalitativ interviewundersøgelse, som havde til formål, at belyse brystkræftoverlevernes oplevelse af, at deltage i en selvhjælpsgruppe. Brystkræftoverleverne oplevede samværet med ligestillede som et vigtigt element, da dette gav mulighed for erfaringsdeling. Kvinderne følte ydermere et højere niveau af empowerment<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Empowerment: En kompleks proces hvor igennem individer, grupper og/eller samfundsgrupper bemyndiges til, at tage ansvaret for eget liv og sundhed, således at de kan opfylde de mål de opstiller for sig selv, og derigennem opnå en øget livskvalitet (78).

ift. at kunne tage beslutninger på egne vegne, f.eks. ift. tilbagevenden til arbejdsmarkedet. (29) Ussher et al (2006) har foretaget en australsk kvalitativ undersøgelse af deltagelse i støttegrupper henvendt til kræftoverlevende, hvor de fandt de samme gavnlige effekter som af Power og Hegarty (2010). Ydermere fandt de en negativ utilsigtet konsekvens i kraft af, at nogle af informanterne gav udtryk for, at det kunne udgøre en belastning såfremt en deltager fik tilbagefald, og eventuelt gik bort. Samtidig gav deltagerene udtryk for, at de oplevede døden som et grundvilkår i tilværelsen, og som en reel risiko i relation til en kræftdiagnose. (31) Pba. ovenstående vurderes det således, at der er en stor mængde fordele ved deltagelse i en støttegruppe, men at det kan udgøre en følelsesmæssig belastning for deltagerne, såfremt en meddeltager oplever tilbagefald.

Netværksgrupperne der tilbydes igennem Senfølgerforeningen har således potentiale ift. at afhjælpe psykiske og sociale senfølger. Selvhjælpsgrupperne afhjælper dog ikke de fysiske senfølger, som en stor del af kræftoverlevende ligeledes lider af (18,30). Deltagelse i gruppebaseret fysisk aktivitet er i stedet identificeret, som en måde hvorpå både de fysiske, psykiske og sociale senfølger kan afhjælpes blandt kræftoverlevende (8,10).

Ud fra ovenstående vurderes gruppebaseret fysisk aktivitet til at have potentiale til at afhjælpe alle tre kategorier af senfølger, hvorfor der i specialet vil være fokus på denne form for intervention til kræftoverlevende med senfølger. Således findes det relevant, at fremlægge, hvordan fysisk aktivitet kan afhjælpe senfølger.

## **2.5 Fysisk aktivitet**

Dette afsnit har til formål, at belyse fysisk aktivets betydning for de senfølger, som kræftoverlevende kan opleve. Herunder vil det blive fremanalyseret, hvilke senfølger fysisk aktivitet kan afhjælpe. Ydermere vil målgruppens fysiske aktivitetsniveau blive problematiseret.

Forskning indikerer, at fysisk aktivitet kan medvirke til, at afhjælpe kræftoverleverens senfølger, øge livskvaliteten samt forbedre overlevelseschancerne for denne målgruppe. (8,9,11,32–34) Fysisk aktivitet kan bidrage til en øget muskelstyrke, vægttab, forbedret kondition samt at mindske træthed (32). Ydermere kan fysisk aktivitet medvirke til, at lindre depression og angst, som er nogle af de psykiske senfølger kræftoverleveren kan opleve (8). Studier viser samtidig, at gruppebaseret fysisk aktivitet kan bidrage til, at afhjælpe sociale senfølger. Dette kommer til udtryk ved, at den gruppebaserede træning sammen med ligestillede bevirker, at kræftoverleveren oplever social støtte og har mulighed for at stifte venskaber derigennem. (10,11) En amerikansk kvalitativ interviewundersøgelse, foretaget af Bulmer et al. (2012), understøtter nogle af de ovenstående fund. Formålet med studiet var, at producere dybdegående beskrivelser af de fordele kvindelige brystkræftoverlevende oplevede ved, at udøve

fysisk aktivitet. Den fysiske aktivitet bestod både af et individuelt tilpasset træningsprogram, hvor der blev stillet en personlig træner til rådighed, samt muligheden for deltagelse i gruppebaseret fysisk aktivitet. Fysisk oplevede kvinderne fordele ved, at de bl.a. fik et højere energiniveau, følte sig stærkere og mere fleksible. Psykisk oplevede kræftoverleverne den fysiske aktivitet, som en måde hvorpå de kunne genvinde kontrollen over deres liv, samt håndtere bl.a. depressive følelser og angst. Samtidig oplevede kvinderne træningen, som en handling de aktivt kunne udføre for at mindske risikoen for, at kræften ville vende tilbage. Ydermere gav kræftoverleverne udtryk for, at de oplevede social støtte ved, at deltage i gruppebaseret fysisk aktivitet med ligestillede. (35)

Studier viser, at et vist niveau af fysisk aktivitet kan medvirke til, at forbedre overlevelseschancerne for kræftoverlevende (33,34). Meyerhardt et al. (2006) har foretaget et amerikansk kohortestudie, hvor associationen mellem fysisk aktivitetsniveau og mortalitet blandt kvindelige tarmkræftkræftoverlevende blev undersøgt. Studiets resultater viste, at kvinder der dyrkede mindst 18 MET<sup>7</sup>-timer om ugen havde en hazard ratio på 0.39, dvs. 61 % mindsket risiko, for at dø sammenlignet med kvinder der dyrkede mindre end tre MET-timer. (33) Dette understøttes af resultater fra et amerikansk kohortestudie, foretaget af Holmes et al. (2005), som undersøgte associationen mellem fysisk aktivitetsniveau og mortalitet blandt brystkræftoverlevende. Resultaterne viste, at brystkræftoverlevende der dyrkede mere end ni MET-timer ugentligt, havde en relativ risiko på 0.63, dvs. 37 % mindsket risiko, for at dø sammenlignet med kvinder, der dyrkede mindre end ni MET-timer ugentligt. (34) Pba. disse studier, ses der indikation på, at et vist niveau af fysisk aktivitet kan medvirke til, at sænke mortalitetsrisikoen blandt kræftoverlevende.

Udover at bidrage til en øget chance for overlevelse, understøtter de nævnte studier, at fysisk aktivitet kan bidrage til, at afhjælpe senfølger af fysisk, psykisk og social karakter (8,33,34). Ydermere ses der en indikation på, at specielt gruppebaseret fysisk aktivitet kan være gavnligt, da det sociale samvær bevirker afhjælpning af de sociale senfølger (10). Dette understøtter samtidig behovet for udvikling af interventioner til kræftoverlevende, som inddrager gruppebaseret fysisk aktivitet. Rajotte et al. (2012) har foretaget et amerikansk kvantitativt studie, som havde til formål, at vurdere effekten samt sikkerheden ifm. deltagelse i en intervention, der bestod af gruppebaseret fysisk aktivitet. Studiet havde således til hensigt, at belyse de utilsigtede konsekvenser kræftoverlevende med senfølger kan opleve ved, at udøve fysisk aktivitet. I studiet havde 11 ud af 80 deltagere oplevet skader under forløbet, hvoraf tre

---

<sup>7</sup> MET: En forkortelse for Metabolic Equivalent of Task. 1 MET = Det gennemsnitlige iltoptag i hvile (250 mL for mænd, og 200 mL for kvinder). Jo højere antallet af MET er, jo højere er intensiteten af den fysiske aktivitet og jo større er forbruget af ilt. (79)

af disse skader ikke var relateret til træningsforløbet. Ydermere var tre af skaderne opstået forinden interventionen, men blev forværret ved deltagelse, eksempelvis kronisk svimmelhed og slimsæksbetændelse. De fem skader, der opstod under selve interventionen, var relateret til vægtløftning, hvor bl.a. ømme håndled og forstrakte muskler blev rapporteret. En af disse skader var ikke helet da interventionen afsluttede. Således konkluderer forfatterne, at risikoen for skader ifm. deltagelse i interventionen er lav, og at det er sikkert for kræftoverlevende at deltage heri. Samtidig beskriver de, at det er forventeligt, at nogle mindre skader vil opstå når fysisk inaktive kræftoverlevende begynder, at være aktive. (36) Således vurderes gruppebaseret fysisk aktivitet til at være effektivt ift. afhjælpning af senfølger, samtidig med at der er en lav grad af utilsigtede konsekvenser forbundet hermed. Dette giver anledning til, at problematisere i hvilket omfang, kræftoverlevende udøver fysisk aktivitet.

Blanchard et al. (2008) har foretaget en canadisk kvantitativ spørgeskemaundersøgelse med 9.105 respondenter, hvor det blev undersøgt, hvorvidt kræftoverlevende efterlevede de retningslinjer for fysisk aktivitet, som er opstillet af American Cancer Society. Ifølge disse retningslinjer anbefales det, at kræftoverlevende udøver 150 minutters moderat/anstrengende fysisk aktivitet eller 60 minutters anstrengende fysisk aktivitet ugentligt. I studiet blev det fundet, at 52.7-70.4 % af kræftoverlevende ikke efterlevede anbefalingerne for fysisk aktivitet. Samtidig blev det fundet, at kræftoverlevende der efterlevede anbefalingerne havde en signifikant højere livskvalitet ift. de kræftoverlevende der ikke efterlevede anbefalingerne. (12) I en australsk spørgeskemaundersøgelse med 287 respondenter, foretaget af Harrison et al. (2009), blev det undersøgt, hvorvidt kvindelige brystkræftoverlevende efterlevede de australske anbefalinger for fysisk aktivitet, hvor det anbefales, at der dyrkes fysisk aktivitet af moderat intensitet minimum fem dage om ugen i minimum 30 minutter af gangen, eller anstrengende fysisk aktivitet minimum tre gange om ugen i minimum 20 minutter. Resultaterne viste, at 45 % af de kvindelige brystkræftoverlevende efterlevede anbefalingerne vedrørende fysisk aktivitet 12 måneder efter endt behandling. Samtidig blev det fundet, at kvinder der ikke oplevede senfølger havde en højere sandsynlighed for, at øge deres fysiske aktivitetsniveau over perioden. (13) I Danmark er der ikke udformet specifikke anbefalinger for fysisk aktivitet for kræftoverlevende som målgruppe, i stedet anbefales det, at kræftoverlevende skal efterstræbe at efterleve Sundhedsstyrelsens anbefalinger til den generelle befolkning (3). Sundhedsstyrelsen anbefaler, at den voksne befolkning udøver 30 minutter moderat fysisk aktivitet dagligt, samt at der mindst to gange ugentligt udøves fysisk aktivitet af høj intensitet i minimum 20 minutter af gangen (37). Herved er de danske anbefalinger sat højere end både de amerikanske og de australske anbefalinger, hvorfor det kan være sværere for kræftoverlevende at efterleve de danske anbefalinger.

De fremlagte studier i dette afsnit vidner om, at kræftoverlevende i mindre grad efterlever de opstillede retningslinjer angående fysisk aktivitet. Dette findes problematisk grundet de mange fordele, udøvelse

af fysisk aktivitet kan give denne målgruppe. Samtidig er der en række risici forbundet med fysisk inaktivitet, f.eks. øget risiko for livsstilssygdomme samt en øget mortalitet. (3,38) Inaktivitet kan ydermere medføre, at kræftoverleveren bliver overvægtig, hvilket er associeret med en dårligere sygdomsprognoсе (39). Det findes samtidig problematisk, at senfølger efter kræftbehandling kan danne grundlag for de barrierer, som kræftoverleverne kan opleve ifm. , at udøve fysisk aktivitet, når dette samtidig kan medvirke til at afhjælpe disse. Dette bevirker derfor et behov for, at undersøge hvorfor der, ifølge Blanchard et al. (2008) og Harrison et al. (2009), er en høj procentdel af denne målgruppe der ikke dyrker fysisk aktivitet, samt hvorledes målgruppen kan motiveres til at udøve fysisk aktivitet (12,13). Pba. dette findes det relevant at beskrive hvilke interventioner med gruppebaseret fysisk aktivitet der findes på området.

### **2.5.1 Interventioner med gruppebaseret fysisk aktivitet**

Blandt interventionerne, hvor der udøves gruppebaseret fysisk aktivitet, eksisterer tiltaget Sundhed i bevægelse, som henvender sig til individer der er, eller har været i behandling ifm. et hjerte- eller kræftsygdomsforløb. Tiltaget er således bl.a. henvendt til kræftoverleverne med senfølger. Sundhed i bevægelse tilbyder træning i form af gymnastik, vandgymnastik, spinning og cirkeltræning. Træningen er niveauinddelt, således at den enkelte har mulighed for, at deltage på det niveau, der passer til vedkommende. Formålet med træningen er ydermere, at tilbyde socialt samvær med ligestillede. Det sociale perspektiv optræder ved fælles træning, og at der derudover er tilknyttet en café, hvor deltagerne har muligheden for, at mødes til socialt samvær efter træningen. (40–42) Sundhed i bevægelse er udarbejdet af udvalgte kommuner i Region Nordjylland i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse. Sundhed i bevægelse har fokus på gruppebaseret fysisk aktivitet, samt mulighed for socialt samvær efterfølgende i en tilknyttet café. Tilmeldingen foregår enten ved at kræftoverleverne selv henvender sig, eller ved at de får formidlet, at tiltaget eksisterer fra bl.a. sundhedscentre efter endt rehabilitering, egen læge, sygehuset, Kræftens Bekæmpelse eller Hjerteforeningen. Indsatsen er kun delvist kommunalt finansieret, hvorfor der opkræves brugerbetaling fra deltagerne, og der er desuden ingen tilbud om kørsel eller tolkebistand (42). Dette kan dermed udgøre mulige barrierer for deltagelse i indsatsen.

Ydermere eksisterer der nogle alternative indsatser til de kommunale tilbud, som består af frivillige foreningsdannelser, der er politisk og økonomisk uafhængige af bidrag fra det kommunale sundhedsvæsen. Dette fordrer dermed, som førnævnt, at deltagerne har ressourcerne til, at kunne betale for, at deltage i sådanne aktiviteter. En af de få frivillige foreninger der findes og som tilbyder fysisk aktivitet til kræftoverleverne er foreningen PACT (Physical Activity after Cancer Treatment). (3) Idrætsklubben PACT er beliggende i København og henvender sig til kræftpatienter og -overleverne, men er åben for alle, der ønsker, at deltage. Det primære formål er, at hjælpe den enkelte kræftpatient/kræftoverlever

med at (gen)opdage og fastholde fysiske, sociale og mentale ressourcer igennem fysisk aktivitet, hvor samværet omkring træningen er i fokus. Desuden er formålet også, at kræftoverleverne/kræftpatienterne kan anerkende barrierer for deres fysiske aktivitetsniveau, som skal brydes i fællesskab med ligestillede ved, at sætte sig nogle mål for deres fremtidige sundhed. (43)

Det findes problematisk at der i dag til stadighed kun findes et fåtal indsatser, der tilbyder gruppebaseret fysisk aktivitet, der har til formål at afhjælpe senfølger hos kræftoverleverne. Ligeledes er det fremanalyseret, at der opkræves brugerbetaling for deltagelse, hvilket kan udgøre en barriere for deltagelse, hvilket ligeledes findes problematisk. Der findes flere indsatser rettet mod fysisk aktivitet end de ovennævnte, men hovedparten af disse henvender sig til kræftpatienter, der stadig er i behandling, hvormed fokus bliver på bivirkninger af behandling fremfor på afhjælpningen af de senfølger, der kan opstå efter endt kræftbehandlingsforløb. Udover at udbuddet af indsatser er begrænset, er det ydermere identificeret, at kræftoverleverne kan opleve andre barrierer ift. at udøve fysisk aktivitet, hvilket vil blive uddybet i følgende afsnit.

### **2.5.2 Kræftoverleveres barrierer og motivation ift. udøvelse af fysisk aktivitet**

Trods fysisk aktivitet kan medvirke til, at afhjælpe senfølger, kan kræftoverleverne opleve barrierer ift. at udøve dette, hvilket afspejler sig i den lave deltagelsesprocent blandt kræftoverleverne med senfølger (12,14). Et canadisk review foretaget af Courneya et al. (2004) problematiserer at særligt de ældre kræftoverleverne er en udsat gruppe, da det er denne målgruppe, der dyrker mindst fysisk aktivitet. Studiet beskriver, at dette bl.a. skyldes, at de ældre er mindre motiverede for, at udøve fysisk aktivitet, idet de i særlig grad oplever senfølger som træthed, kvalme og smerter. Samtidig er de ældre kræftoverleveres risiko for morbiditet signifikant højere grundet alder, sygdom og behandling heraf. Studiet konkluderer, at fysisk aktivitet kan have en vigtig betydning for de ældres helbred, hvorfor det er relevant at motivere dem trods eventuelle barrierer. (14) At de ældre er en særligt udsat gruppe ift. et nedsat fysisk aktivitetsniveau understøttes yderligere af et studie af Gjerstet et al. (2010). Det norske tværnsnittstudiet beskriver, at fysisk aktivitet kan medvirke til, at afhjælpe senfølger efter kræftbehandling, hvorfor de bl.a. undersøger hvilke kræftoverleverne, der udøver fysisk aktivitet, samt hvilke der ikke gør. Studiet identificerer ligeledes de ældre, som en udsat gruppe, idet resultaterne viser, at det er de ældre over 65 år, som er mest inaktive. Dermed indikerer studiet ligeledes, at det er de ældre som er sværest at motivere ift. at udøve fysisk aktivitet. (44) Igennem den eksisterende forskning er manglende motivation fundet til, at være den mest essentielle barriere kræftoverleverne med senfølger oplever ift. udøvelse af fysisk aktivitet (45). Resultaterne fra ovennævnte studier foranlediger herved et behov for en undersøgelse af, hvordan kræftoverleverne kan motiveres til at øge deres fysiske aktivitetsniveau. Dette findes ydermere relevant, da motivation er essentiel for at en adfærdændring kan finde sted (46).



Flere studier beskriver, at den forskning der er foretaget vedrørende barrierer og motivation ift. fysisk aktivitet primært er af kvantitativ karakter, hvilket understøtter behovet for kvalitativ forskning omkring emnet (45,47). Dette begrundes ved, at den subjektive oplevelse af senfølgerne og deres påvirkning varierer fra individ til individ, hvilket gør udforskningen af den subjektive oplevelse relevant (5). Samtidig bærer den eksisterende forskning på området præg af primært, at have brystkræftoverlevende som målgruppe (3). Dette foranlediger samtidig et behov for udforskning af perspektiver fra kræftoverlevende med andre kræftformer end brystkræft.

Pba. ovenstående findes det problematisk, at de ældre kræftoverlevende er identificeret som den gruppe der udøver mindst fysisk aktivitet og er mindst motiverede herfor. Dette er problematisk da disse samtidig er identificeret som den gruppe med størst risiko for morbiditet, hvorfor at fysisk aktivitet ville være særligt gavnligt for denne målgruppe (14). Ydermere er det tidligere i problemanalysen identificeret, at middellevetiden er stigende og kræftincidensen ligeså, hvorfor at den ældre gruppe vil vokse yderligere (15). Pba. dette, findes det relevant, at udføre en kvalitativ undersøgelse af hvilke barrierer og motiverende faktorer de ældre kræftoverlevende med senfølger oplever ift. at udøve fysisk aktivitet, da denne viden kan bidrage til, udarbejdelse af gruppebaserede motionsinterventioner, der kan motivere de ældre kræftoverlevende til, at øge deres fysiske aktivitetsniveau.

### 3. Afgrænsning

I dette speciale ønskes det, at undersøge kræftoverlevende, som har gennemgået et kræftbehandlingsforløb, hvorefter de er blevet erklærede sygdomsfrie. Dermed afgrænses der fra, at undersøge kræftpatienter, som er under behandling for kræft. Denne afgrænsning opsættes, da inklusionen af kræftpatienter kunne bevirke, at bivirkninger af behandlingen blev forvekslet med senfølger. Der afgrænses yderligere fra, at undersøge en specifik kræftsygdom for målgruppen, således at alle kræftformer inkluderes. Derudover indsnævres målgruppen for specialet til, at inkludere kræftoverlevende, som oplever senfølger som konsekvens af kræftbehandlingen. Der afgrænses yderligere fra, at undersøge en specifik senfølge, hvorfor alle typer senfølger, som kræftoverlevende kan opleve, inkluderes.

Der afgrænses til aldersgruppen 65+ år, idet denne er særligt disponeret for at udvikle kræft, hvorfor den findes relevant at undersøge. Desuden er ældre kræftoverlevende en særlig udsat gruppe ift. at de er identificeret som den mindst fysisk aktive gruppe, da deres alder medfører, at de bl.a. er disponerede for reducere i deres fysiske funktion samt følgesygdomme. (14)

Der afgrænses desuden til, at undersøge gruppebaseret fysisk aktivitet som middel til at afhjælpe senfølger, hvorfor der afgrænses fra, at undersøge andre former for midler, der kan medvirke til at afhjælpe senfølger. Det afgrænses ydermere til, at undersøge hvilke barrierer og motivationsfaktorer ældre kræftoverlevende med senfølger oplever ift. at udøve fysisk aktivitet, da der er identificeret et behov for videre udforskning heraf.

## 4. Problemformulering

1. *Hvilke motivationsfaktorer og barrierer oplever ældre kræftoverlevende med senfølger ift. deltagelse i gruppebaseret fysisk aktivitet?*
2. *Hvordan kan specialets resultater bidrage til udarbejdelse af et beslutningsgrundlag ift. at danne grundlag for en ny intervention mhp. at øge ældre kræftoverlevende med senfølgers deltagelse i gruppebaseret fysisk aktivitet?*

## 5. Begrebsafklaring

I det følgende afsnit vil de anvendte begreber i problemformuleringerne blive begrebsafklaret mhp. at skabe en klar forståelse af begrebernes betydning i specialet.

### **Kræftoverlever**

Et individ der har modtaget behandling for sin kræftsygdom, og er erklæret sygdomsfri. Herved forstås, at de har afsluttet behandling bestående af kemoterapi, strålebehandling eller kirurgisk indgreb.

### **Senfølger**

Defineres ud fra følgende: *“Senfølger er de negative følger som optræder som konsekvens af at have haft en kræftsygdom og modtaget behandling herfor. Disse senfølger optræder når kræftoverlevende er erklærede sygdomsfrie for kræft, men til trods for dette ikke oplever sig raske grundet senfølgerne.”*

### **Sygdomsfri**

Når kræftpatienten erklæres rask af behandlingssystemet, hvorved der er et objektivi fravær af kræftceller i kroppen.

### **Ældre**

Individer på 65+ år.

### **Gruppebaseret fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet der foregår i grupper af individer, uanset hvilken form for fysisk aktivitet dette er.

## 6. Design

I det følgende afsnit vil det blive beskrevet, hvordan specialet er designet ift. anvendelse af teori og metode til undersøgelse af problemstillingen. Til besvarelse af specialets problemformuleringer er der foretaget en kvalitativ interviewundersøgelse og et litteraturstudie.

Den kvalitative forskningsmetode blev fundet relevant at anvende, idet den kunne bidrage til en dybere indsigt i de ældre kræftoverlevende med senfølgers perspektiver og oplevelser. I specialet blev det derfor valgt, at udføre to fokusgruppeinterviews med informanter fra hhv. Senfølgerforeningen og Sundhed i bevægelse. Ydermere blev det valgt, at anvende teori, samt udarbejde et litteraturstudie, da teoretiske perspektiver og lignede studier indenfor feltet kan bidrage til en validering af fundene fra den kvalitative undersøgelse. Desuden vil litteraturstudiet bidrage med både kvalitative og kvantitative studier ligeledes mhp., at belyse feltet fra et bredere og mere komplekst perspektiv. (48)

Dermed vil teorien, den kvalitative undersøgelse og litteraturstudiet supplere hinanden ift. at besvare specialets problemstilling. Ydermere er formålet med specialet, at dets fund skal bidrage til at kunne udarbejde et beslutningsgrundlag ifm. at udarbejde en gruppebaseret fysisk aktivitetsintervention, for at kunne øge deltagelsen blandt ældre kræftoverlevende med senfølger.

## 7. Videnskabsteori

Dette afsnit har til formål, at præsentere specialets videnskabsteoretiske fundament, som hviler på en kombination af den fænomenologiske og den hermeneutiske videnskabsteori. Først vil hhv. fænomenologien og den filosofiske hermeneutik blive præsenteret separat, hvorefter de vil blive sat i relation til specialets problemstilling. Herefter vil det blive belyst, hvordan disse to videnskabsteoretiske retninger kan supplere hinanden i specialet, og hvorledes dette kommer til udtryk i specialets forskellige faser.

### 7.1 Fænomenologi

Fænomenologien tager sit udspring i Edmund Husserls<sup>8</sup> værker, og har den menneskelige bevidsthed, samt hvad der præsenterer sig for denne – de såkaldte fænomener, som genstandsfelt. Et individs livsverden danner rammen omkring dette, og forstås ved, at være det hverdagsliv et individ lever, og som det tager for givet. (49) De menneskelige bevidstheder, der blev undersøgt i specialet, tilhører kræftoverlevere med senfølger, og fænomenerne der blev undersøgt var disse senfølger, samt udøvelsen af fysisk aktivitet i forbindelse hermed.

Indenfor fænomenologien studeres fænomenerne, som de præsenterer sig for den enkeltes bevidsthed. Udlægningen af et fænomen er således karakteriseret ved, at det udlægges som det opleves af et subjekt. Herved kan der forekomme en uoverensstemmelse mellem hvordan tingene objektivt forholder sig, og hvordan de præsenterer sig for det enkelte individ. Indenfor fænomenologien er intentionalt et centralt begreb, som henviser til, at den menneskelige bevidsthed altid er rettet imod noget. (49) En kræftoverlever kan f.eks. rette sin opmærksomhed mod en senfølge som generer i hverdagen, og tillægge denne en betydning i sin bevidsthed. I kraft af at fænomener tillægges betydning af det enkelte individ, for hvis bevidsthed det fremtræder, viskes grænsen mellem subjekt og objekt ud indenfor fænomenologien (49).

Grundet specialets fokus på senfølger, som kan have en påvirkning på kroppen findes det relevant, at relatere til Maurice Merleau-Pontys<sup>9</sup> fænomenologi, hvor der er specielt fokus på, hvordan individet sanser verden vha. kroppen som instrument. Merleau-Ponty beskriver, at størstedelen af det levede kropslige liv foregår prærefleksivt, og at det først er når et individ møder forhindringer ift. brugen af kroppen, at individet bliver gjort opmærksom herpå. Det er således når rutiner brydes, at individet

---

<sup>8</sup> Edmund Husserl (1859-1938): Tysk filosof og ophavsmand til fænomenologien (49).

<sup>9</sup> Maurice Merleau-Ponty (1908-61): Fransk fænomenolog, der beskæftigede sig med kroppens fænomenologi (49).

begynder at reflektere herover. (49) Dette kan sættes i relation til kræftoverlevende med senfølger, der pba. deres senfølger kan opleve nogle kropslige begrænsninger. Hvor kroppen før var forholdsvis "tavs" i bevidstheden, rettes intentionaliteten nu oftere herimod, da senfølgerne bevirker nogle hverdagsmæssige udfordringer, som gør at kroppen nu påkræver sig en opmærksomhed i bevidstheden.

Fænomenologiens epistemologi forholder sig til sandheden, som noget der ikke ligger indlejret i subjektet eller i objektet, men noget der opstår i subjektets intentionalitet til et givent fænomen, og hvilken betydning individet tillægger dette. Det er dog ikke kun muligt, at opnå subjektiv validitet i fænomenologiske undersøgelser, men ligeledes at opnå beskrivelser, der er intersubjektivt valide. Ved intersubjektiv validitet forstås i denne sammenhæng, at det er muligt at beskrive fænomenerens essens. Således er fænomener karakteriseret ved, at indeholde en essens, som fremtræder ens på tværs af flere bevidstheder. For at det er muligt at indfange disse essenser, er det essentielt, at forskeren fralægger sig sine for-forståelser ifm. mødet med det undersøgte fænomen, hvilket bevirker en intuitiv og fordomsfri tilgang. Husserl anvender begrebet epoché omkring dét at sætte sin for-forståelse i parentes. (49)

Formålet indenfor fænomenologien er således, at skabe dybdegående beskrivelser, der kan afdække fænomenerens essens, og herved eksplicite, de subjektive oplevelser af et givent fænomen, som ligger implicit indlejret i individets livsverden (49). Dette var ligeledes formålet med, at arbejde ud fra en fænomenologisk erkendelsesinteresse ifm. dataindsamlingen i specialets kvalitative undersøgelse. I denne forbindelse blev det ønsket, at få informanterne til, at eksplicite deres oplevelse af fænomenet senfølger og fysisk aktivitet, således at der kunne skabes et dybere kendskab til essensen af disse fænomener, som de opleves af kræftoverlevende med senfølger.

## 7.2 Filosofisk hermeneutik

I specialet blev der taget udgangspunkt i Hans-Georg Gadamer<sup>10</sup> filosofiske hermeneutik, som afspejlede sig i fortolkningen af den indsamlede empiri. Den filosofiske hermeneutiks genstandsfelt er al menneskelig forståelse, hvilket ikke anses for at være en metode, men derimod en betingelse for al menneskelig erkendelse. Herved udgør forståelsen således, ifølge Gadamer, et ontologisk grundprincip for, hvordan individet begriber verdenen. Indenfor hermeneutikken anskues individer for, at besidde betydning og mening, hvorfor det netop er disse, der er interessante, at gøre til genstandsfelt for undersøgelse. (50) I specialet er gruppen af individer der blev undersøgt ældre kræftoverlevende med

---

<sup>10</sup> Hans-Georg Gadamer (1900-02): Tysk filosof, der arbejdede med den filosofiske hermeneutik, bl.a. i sit hovedværk "Wahrheit und Methode" (1960) (50).

senfølger, hvilke anses for at være bærere af mening omkring bl.a. livet med senfølger og fysisk aktivitet.

Hermeneutikken består af en tredelt proces indeholdende: forståelse, udlægning og applikation. Gadamer argumenterer for, at besiddelse af for-forståelser er en grundlæggende forudsætning for, at individet er i stand til at forstå. For-forståelser udgøres af de meninger/holdninger et individ besidder ift. et givent område forinden en undersøgelse af et emne påbegyndes. De konstitueres bl.a. pba. det samfund som individet lever i, samt den historiske kontekst som vedkommende er en del af. Derudover udgøres de i forskningssammenhæng af bl.a. uddannelsesmæssig baggrund, samt det anvendte teoretiske begrebsapparat. I kraft af, at det anses for umuligt, at opnå en forståelse uden tilstedeværelsen af for-forståelser, inddrages forskeren samtidig som en aktiv medskabere af mening. Skabelsen af forståelse/mening illustreres i hermeneutikken vha. den hermeneutiske spiral, hvor hhv. fortolker og empiri indgår i en vekselvirkende proces hvor skabelsen af mening opstår. (50) I specialet foregik denne vekselvirkning imellem specialegruppen som fortolkere og empirien, som blev indhentet i form af interviews med ældre kræftoverlevende med senfølger.

Specialegruppen besad således for-forståelser omkring specialets problemstilling, som udgjorde fundamentet for den forståelse, der blev søgt opnået igennem specialet, hvorfor det findes relevant, at reflektere kort over disse. For-forståelserne blev bl.a. udgjort af den viden specialegruppen havde tilegnet sig gennem udarbejdelsen af specialets problemanalyse, hvor der blev læst videnskabelige studier omkring problemfeltet. Ydermere blev for-forståelserne udgjort af det teoretiske begrebsapparat, der blev anvendt til udformningen af interviewguiden samt videre i fortolkningen af empirien. Den anvendte teori bestod af hhv. Antonovskys teori om "Oplevelse af sammenhæng" og Banduras teori om "Self-efficacy". Disse teorier indeholder begge elementer, der blev vurderet til, at kunne bidrage til en forståelse af hvordan kræftoverlevende kan opleve hhv. motivation og barrierer ifm. udøvelsen af fysisk aktivitet. Pba. at have læst disse teorier besad specialegruppen således nogle for-forståelser omkring f.eks. hvilke kilder, der kunne være motiverende ift. udøvelsen af fysisk aktivitet.

Tilsammen udgjorde de ovennævnte for-forståelser platformen for forståelse, hvilket Gadamer betegner som forståelseshorisonten. Forståelseshorisonten er bestemmende for, hvordan vi handler og forstår verden. Informanterne i specialets kvalitative undersøgelse vil ligeledes besidde en forståelseshorisont, og når denne mødes med specialegruppens forståelseshorisont vil der ideelt set opstå en horisontsammensmeltning. Horisontsammensmeltning er en anden betegnelse for forståelse, og er, som tidligere nævnt, illustreret ved den hermeneutiske spiral. Igennem denne proces forsøgte specialegruppen, at få udfordret eksisterende for-forståelser, således der kunne opstå en ny forståelse. For at

dette var muligt, var det afgørende, at specialegruppen tilstræbte en åbenhed ift. at få provokeret disse for-forståelser i søgen på en ny forståelse. (50)

Gadamer beskriver, at den forståelse der opnås, skal anvendes i praksis (applikation). Dette blev opfyldt i specialet i kraft af, at den forståelse der blev produceret havde til formål, at danne grundlag for udformningen af et beslutningsgrundlag ift. en intervention henvendt til kræftoverleverne med senfølger. (50)

### **7.3 Kombination af fænomenologi og filosofisk hermeneutik**

Af ovenstående fremstår det at dét, der grundlæggende adskiller fænomenologien og hermeneutikken er grænsen mellem fænomenologiens formål om beskrivelse og hermeneutikkens formål om, at opnå en forståelse igennem fortolkning. I specialet kom den fænomenologiske erkendelsesinteresse til udtryk ifm. indsamlingen af empiri ved den kvalitative interviewundersøgelse. Her blev der arbejdet ud fra en interesse om, at opnå dybdegående beskrivelser af fænomenet senfølger og fysisk aktivitet, som disse fænomener præsenterer sig for informanternes bevidsthed. Interviewene havde desuden en eksplorativ karakter, idet der blev givet plads til, at informanterne kunne udtrykke sig frit og herved havde mulighed for, at belyse elementer som de fandt essentielle, men som specialegruppen ikke havde medtænkt på forhånd. For at sikre en kompleks og kvalificeret empiriindsamling, blev der anvendt teori og baggrundsviden til udformningen af interviewguiden. Dette havde samtidig til hensigt, at sikre at den indsamlede empiri var anvendelig ift. den videre fortolkning. Den hermeneutiske position kom til udtryk i analysen og fortolkningen af empirien, hvor der ved anvendelse af teori, blev forsøgt opnået en ny forståelse af de fænomener der blev undersøgt.



## 8. Teori

Der vil i specialet blive anvendt to forskellige teoretikere hhv. Albert Bandura og Aaron Antonovsky. Teorierne vil blive anvendt ift. at kunne bidrage til en dybere forståelse af, hvorfor specialets informanter kan opleve motivation eller barrierer ift. deltagelse i gruppebaseret fysisk aktivitet. Teoriafsnittet vil omfatte Banduras teori om self-efficacy og Antonovskys teori om oplevelse af sammenhæng. Inddragelsen af begge teoretikere er valgt mhp. at kunne styrke det genstandsfelt, der undersøges i dette speciale. Først vil Banduras teori om self-efficacy blive beskrevet og analyseret efterfulgt af Antonovskys teori om oplevelse af sammenhæng. Til sidst vil det blive fremanalyseret, hvordan disse teorier kan supplere hinanden i en teorisyntese.

### 8.1 Self-efficacy

I dette afsnit vil Banduras teori omhandlende self-efficacy, herunder de fire kilder hertil, blive introduceret. Først vil self-efficacy begrebet blive præsenteret, efterfulgt af en argumentation for hvorfor denne teori i specialet vil blive anvendt som et udtryk for motivation. Herefter vil de fire kilder til self-efficacy blive præsenteret enkeltvist, og blive relateret til specialets problemfelt.

Ifølge Bandura (1997), er self-efficacy et udtryk for individets tro på egne evner ift. at udføre en given handling og opnå succes i denne forbindelse. Self-efficacy handler således ikke om hvor mange evner et individ besidder, men i stedet om individets tro på, hvad disse evner kan anvendes til under omskiftelige omstændigheder. Således fungerer self-efficacy som en facilitator for, at et individ er i stand til at realisere de mål, som det opstiller for sig selv. Individer med en høj self-efficacy møder opgaver som udfordringer der skal løses, fremfor trusler der skal undgås. Disse individer vil selv formå, at sætte mål, forpligtige sig hertil og være villige til, at yde en stor indsats for at opnå disse mål. Ydermere vil disse individer tilskrive nederlag til en manglende indsats, fremfor manglende evner. Såfremt de skulle opleve et nederlag, vil de hurtigt genfinde self-efficacy derefter, da de grundliggende besidder et højt niveau heraf. Modsat vil folk med en lav self-efficacy have en lav tro på egne evner, og derfor undgå udfordrende opgaver. De vil desuden have svært ved at motivere sig selv ift. at udføre disse, samt give hurtigt op, hvis der måtte opstå modstand. De har lave forhåbninger og forpligter sig i mindre grad til de mål de sætter. Såfremt disse individer oplever nederlag, vil deres self-efficacy være lang tid om at blive genopbygget. Hvis de oplever nederlag, vil de tilskrive disse til manglende evner, og vil derfor hurtigt miste troen på egne evner. (46)

Self-efficacy påvirker evnen til at ændre sig personligt, f.eks. om et individ kan mobilisere motivation til, at foretage en forandring i sit liv. Dette gør sig også gældende ift. sundhedsadfærd, hvilket er i fokus i specialet. Kræftoverleveren med senfølgers egen tro på, at det kan ændre adfærd er fundamental ift. om der vil ske en forandring. Med mindre et individ tror på, at det selv kan producere et vist mål ved

at handle, har det intet incitament til at foretage denne handling. (51) På denne baggrund anvendes self-efficacy-teorien i specialet sidestillet med motivation. Såfremt det fysiske aktivitetsniveau skal kunne øges for ældre kræftoverlevende med senfølger kræver det således, at de besidder en tro på egne evner ift. at kunne motiveres til at udøve fysisk aktivitet. I denne forbindelse vil self-efficacy-begrebet, og de fire kilder hertil blive anvendt ift. at fremanalysere hvorledes denne motivation kommer til udtryk hos informanterne i fokusgruppeinterviewene, og hvad der kan virke demotiverende for disse.

Ifølge Bandura er der fire kilder til self-efficacy, og herved motivation for at ændre adfærd: mestringsoplevelser, andenhåndserfaringer, verbal overtalelse samt fysiologiske og affektive tilstande (46). Disse vil blive uddybet enkeltvis i det følgende, og sat i relation til specialets problemstilling.

### **8.1.1 Mestringsoplevelser**

Mestringsoplevelser defineres som oplevelser, hvor individet får en direkte erfaring med, at opnå succes ved, at udføre en bestemt handling. Denne form for direkte oplevelse af at mestre er, ifølge Bandura, den mest indflydelsesrige af de fire kilder til self-efficacy, da der heri ligger et overbevisende belæg for, at individet er i stand til at mestre. Samtidig med at mestringsoplevelser er en stærk kilde til at øge self-efficacy, vil nederlag kunne medføre en nedvurdering af self-efficacy. At opnå mestringsoplevelser er dog ikke ensbetydende med, at disse vil blive omsat til en øget self-efficacy. Dette afhænger bl.a. af individets tidligere opfattelse af egne evner og hvor stor en indsats der kræves. (46)

Hvor stor en indsats individet lægger i, at opnå en succes med en given handling, påvirker individets opfattelse af egne evner. Hvor stor en indsats et individ investerer i at opnå en given succes, påvirker således mængden af self-efficacy, som succes med opgaven vil afkaste. Individet der besidder en høj self-efficacy vil begrunde nederlag med, at dette skyldes en manglende indsats. Hvorimod individer med en lav self-efficacy, vil tilskrive nederlaget til manglende evner. Herved vil individer med en lav self-efficacy ikke tro, at en ekstra indsats vil bidrage til at opnå succes, når nederlaget skyldtes manglende evner. En lav self-efficacy kan således foranledige, at et individ ikke vil yde en ekstra indsats for at opnå en succes, da det alligevel ikke finder dette opnåeligt grundet tvivl på egne evner. Såfremt et individ gør en stor indsats ift. en opgave, men alligevel ender med at fejle, kan dette i høj grad have en devaluerende effekt på self-efficacy, da nederlaget således i endnu højere grad vil blive opfattet som et udtryk for manglende evner. (46) Dette kan sættes i relation til kræftoverlevende med senfølger, da nogle af disse formentlig vil være påvirket af senfølgerne i så høj grad, at udøvelse af fysisk aktivitet kan medføre, at en stor indsats vil være påkrævet for at opnå succesoplevelser. Samtidig understreger dette nødvendigheden af, at kræftoverlevende med senfølger kan deltage i fysisk aktivitet, der er tilpasset til deres fysiske formåen, således at det ikke resulterer i nederlag, da dette pba. ovenstående kan virke demotiverende.

Mestringsoplevelser er således en stærk kilde til self-efficacy, men individet kan ligeledes opnå en øget self-efficacy ved, at observere andre have succes med en handling.

### 8.1.2 Andenhåndserfaringer

Ved andenhåndserfaring forstås, at et individ observerer et andet individ (en model) udføre en handling, og via social sammenligning foretager en vurdering af egne evner. Dette kalder Bandura også for modellering. Igennem modelleringen kan individet således få en fornemmelse af den personlige self-efficacy ift. en given handling. Vurdering af self-efficacy via social sammenligning giver dog en mere usikker vurdering af self-efficacy ift. egne direkte erfaringer herved. (46)

Individer sammenligner sig selv med modeller de tilbringer tid sammen med, f.eks. arbejdskolleger, venner, klassekammerater eller individer der deltager i samme aktiviteter som individet selv. Dette kunne eksempelvis være individer, der deltager i samme form for fysisk aktivitet, f.eks. motionstilbud henvendt til kræftoverlevende. Ydermere foregår sammenligningen ift. gruppenormer, hvor karaktergennemsnit i en klasse ses som et eksempel på en gruppenorm. Her vil self-efficacy-vurderingen øges, såfremt man placerer sig over gennemsnittet, men modsat nedvurderes, såfremt individet placerer sig under gennemsnittet. (46) Det vurderes, at der kan opstå vanskeligheder ift. modelleringen, hvis kræftoverlevende med senfølger deltager på motionshold, der er henvendt til den generelle befolkning. Dette skyldes, at senfølgerne kan forhindre kræftoverlevende i, at deltage på samme niveau som individer, der ikke lider af senfølger. Såfremt en kræftoverlevende observerer et individ uden senfølger udøve aktiviteter med succes, kan kræftoverlevende få en tro på, at vedkommende selv er i stand til dette. Hvis kræftoverlevende ikke reelt er i stand til dette, når vedkommende selv udøver aktiviteterne, vil dette medføre en nedvurdering i self-efficacy. Ifølge Bandura, kan det have en demotiverende effekt, at se andre klare sig godt når et individ ikke selv tror det er i stand til, at gøre det samme. At sammenligne sig opad er dog ikke demotiverende, såfremt individet har troen på egne evner til, at det kan forbedre sig. (46)

For at modelleringen skal have en motiverende effekt kræver dette, at der er en stor lighed mellem individet og modellen. Herved opstår de mest realistiske vurderinger af self-efficacy via social sammenligning. Ligheden med modellen bedømmes ud fra personlige karakteristika som forventes, at være forudsigende ift. præstation. Disse er bl.a. linket til, at modellen er af samme alder, køn, etnicitet og har samme uddannelsesniveau. Her er specielt alder og køn vigtige faktorer. Derudover er vurderingen af modellens kompetence ligeledes en faktor, der kan overskygge de andre faktorer. (46) Ud fra ovenstående kan udledes, at kræftoverlevende med senfølger vil kunne opnå en succesfuld modellering ved at se, eller høre om ligestillede succesoplevelser med at udøve fysisk aktivitet. Udover at individer kan

få en fornemmelse af egen self-efficacy ved, at sammenligne sig med andre, kan en kilde til en øget self-efficacy ydermere være positiv feedback fra andre, som vil blive beskrevet i nedenstående.

### **8.1.3 Verbal overtalelse**

Verbal overtalelse er et udtryk for, at et individ kan opleve en øget self-efficacy, såfremt det får positiv evaluerende feedback fra andre, hvilket kan øge troen på egne evner. Hvis et individ står i en vanskelig situation, vil det være lettere, at opretholde self-efficacy, såfremt omgangskredsen udviser en tro på individets evner til, at klare sig igennem dette, fremfor hvis de udtrykker tvivl derom. Såfremt overtalelsen skal være effektiv kræves det, at feedbacken skal have en positiv form, hvor der fokuseres på, at de opnåede mål tillægges personlige evner. Feedback kan også gives på en sådan måde, at self-efficacy undermineres. Dette ses eksempelvis hvis feedbacken formuleres i form af mål individet mangler at opnå, fremfor en formulering af hvilke mål der fortløbende er opnået. For at den verbale overtalelse skal være succesfuld kræver det gentagen overtalelse, fremfor enkeltstående overleveringer af positiv feedback. (46)

Verbal overtalelse vil have størst effekt på individer, der har en grund til at tro på, at de kan producere en effekt igennem deres handlinger. I nogle tilfælde kan der dog være et misforhold ift. hvordan et individ vil vurdere sine egne evner ift. en given aktivitet, og hvorledes overtaleren vurderer og formidler disse evner. Såfremt et individ har en lav tro på egne evner, og får en meget positiv feedback, virker dette ikke troværdigt. Bandura beskriver, at overtalerens vurdering kun skal variere moderat fra individets egen vurdering, hvis overtalelsen skal være succesfuld. Såfremt individet ikke har troen på egne evner ift. den givne aktivitet, vil overtalelsen ikke være effektiv. (46)

Om den verbale overtalelse har en effekt afhænger ydermere af overtalerens troværdighed, ekspertise samt hvor meget de ved om den aktivitet de udtaler sig om. I relation til specialets problemstilling, vil instruktøren af fysisk aktivitet besidde en større troværdighed og ekspertise som overtaler ift. hvis f.eks. et familiemedlem forsøgte sig som overtaler. Dette begrundes i, at et familiemedlem ikke vil have samme viden og prestige som instruktøren ift. fysisk aktivitet. Ydermere kan der opstå en verbal overtalelse internt mellem deltagerne. Dette skyldes muligheden for, at der mellem deltagerne kan opstå et godt kendskab til hinanden, og dermed har en viden om hinandens evner, hvilket gør det nemmere for dem at overtale.

Udover at individer kan motiveres vha. overtalelse fra andre individer, så påvirkes self-efficacy ydermere af de fysiologiske og affektive tilstande individet selv oplever ifm. en given aktivitet.

#### 8.1.4 Fysiologiske og affektive tilstande

Tanken om eller udførelsen af en handling kan afføde nogle bestemte fysiologiske og affektive tilstande. Bandura beskriver, at disse tilstande er specielt relevante ift. handlinger der inddrager kroppens fysiske formåen, f.eks. ved udøvelse af fysisk aktivitet. Under fysisk aktivitet af anstrengende karakter bliver kroppen aktiveret og kan blive presset. De fysiologiske tilstande, som anstrengende fysisk aktivitet afstedkommer, tolkes kognitivt af individet, og afføder affektive tilstande. Grundet disse tolkninger foretager individet en selvsvurdering ift. aktiviteten. Individet kan således enten tolke de fysiologiske tilstande på måder, som kan virke befordrende eller hindrende ift. den givne aktivitet. (46)

Hvis kroppen presses under fysisk aktivitet i sådan en grad at individet oplever smerter, træthed osv. kan individet tolke dette som et udtryk for fysisk ineffektivitet. En handling kan repræsentere en trussel, f.eks. grundet tidligere negative erfaringer hermed, hvor individet har vurderet sig selv utilstrækkelig i den sammenhæng. Den negative selvsvurdering kan skabe en angst hos individet, som yderligere kan forstærke den defensive adfærd. Herved kan individet komme ind i en ond cirkel, som er selvforstærkende og som vil medføre nederlag. (46) Hvis en kræftoverlever f.eks. har forsøgt sig med, at udøve fysisk aktivitet, men har følt sig utilstrækkelig eller oplevet smerter i denne sammenhæng, kan dette bevirke en defensiv adfærd ift. næste gang kræftoverleveren bliver sat i en situation der kræver fysisk aktivitet.

Såfremt et individ har en form for fysisk dysfunktion, som foranlediger nogle fysiske begrænsninger, kan dette virke demotiverende for individet ift. udøvelse af fysisk aktivitet. Bandura beskriver, at disse individer ofte vil monitorere deres fysiske tilstand tæt, og have en tendens til at mene, at de fysiske begrænsninger har andre grunde end den fysiske dysfunktion, f.eks. grundet naturlige variationer i menneskers fysiske tilstande. Et eksempel på dette kunne være den naturlige aldring, der sker af kroppen. (46) I visse tilfælde vil senfølger kunne karakteriseres som en form for fysisk dysfunktion, hvilket således ifølge Bandura kan virke demotiverende ift. fysisk udfoldelse. Ydermere kan kræftoverleverer med senfølger have en tendens til at tillægge barrierer ift. udøvelse af fysisk aktivitet til andre grunde end senfølgerne.

Det er i følgende afsnit blevet beskrevet og fremanalyseret hvordan Banduras teori omhandlende self-efficacy, ift. hans fire kilder hertil, kan bidrage til at forstå hvordan kræftoverleverer med senfølger kan opleve motivation ift. fysisk aktivitet. Antonovskys teori findes relevant til, at kunne bidrage yderligere til dette, hvorfor hans teori omhandlende oplevelse af sammenhæng vil blive beskrevet ift. at fremanalysere hvordan det kan anvendes i relation til dette speciale.

## 8.2 Oplevelse af sammenhæng

Antonovskys begreb salutogenese, stammer bl.a. fra hans interesse omhandlende, det dilemma der er omkring opdelingen af, om et individ er sygt eller raskt. Her mener han, at det er relevant, at lede opmærksomheden hen mod individets livsverden, hvor individets sygdom formodes, at fremkomme instinktivt, fremfor at fokusere mest på dets sygdom. Antonovsky beskriver hermed, at den salutogenetiske orientering, ikke skal forstås som en modsætning til patogenese, men som en ny måde, der kan komplementere, hvorpå der kan opnås ny viden, der kan forklare hvad der skaber sundhed hos det enkelte individ. (52) Dette kan i praksis eksempelvis betyde at en kræftoverlever skal forsøge at fokusere på, hvordan det kan forstå og håndtere de risici dets senfølger medfører, fremfor at de barrierer deres sygdom kan have påført dem, kommer i fokus i deres liv. Antonovsky pålægger hermed et stort fokus på individets mestringsevner og dets oplevelser heraf.

Ifølge Antonovsky, er begrebet oplevelse af sammenhæng en vigtig mekanisme ift. at opretholde et godt og sundt helbred. Han definerer begrebet på følgende måde:

*"... en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at (1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; (2) der står tilstrækkelig ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og (3) disse krav er udfordringer, der er værd at engagere sig i. (52, s. 37)*

Antonovsky definerer hermed, at et individ ville kunne opleve en sammenhæng via tre kerneelementerne i hans teori, nemlig begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Det er netop disse elementer som Antonovsky mener hjælper det enkelte individ til at kunne opfatte deres livsverden som begribelig, kunne håndtere de problemer det måtte have og forstå meningen med dem og dermed være motiveret for, at engagere sig i livets udfordringer. (52) I de følgende afsnit vil de tre kerneelementer i Antonovskys teori blive uddybet enkeltvist og sat i relation til hinanden og til specialets problemstilling.

### 8.2.1 Begribelighed

Dette begreb omhandler individets evne til at opleve og forstå de fænomener som sker omkring det. Disse fænomener kan være indre eller ydre stimuli, som individet konfronteres med. Hvis et individ besidder en stærk oplevelse af begribelighed, vil vedkommende forvente, at de stimuli som opleves er forudsigelige. Såfremt de kommer uventet, vil de kunne tilpasses ift. en sammenhæng og på baggrund heraf afgive forklaring. (52) Kræftoverlever vil dermed kunne drage nytte af, at besidde en stærk oplevelse af begribelighed, således at de forstår, hvordan deres senfølger kan komme til at påvirke deres hverdag og dermed kunne opleve en forudsigelighed ift. at de kan håndtere disse forandringer i

deres liv. Efter at have gennemgået et kræftbehandlingsforløb kan kræftoverleverne opleve begrænsninger af forskellig karakter, som de ikke tidligere har oplevet. Disse begrænsninger kan mindske deres oplevelse af begribelighed, da der således opstår en manglende forudsigelighed ift. deres fysiske udfoldelse. Der kan i relation hertil også opstå psykiske problemer, hvis kræftoverleverne oplever frygt for deres begrænsninger ift. at forudsige hvad de kan håndtere.

### **8.2.2 Håndterbarhed**

Begrebet håndterbarhed omhandler hvorvidt et individ oplever, at de ressourcer vedkommende besidder er tilstrækkelige til, at håndtere de krav og stimuli som det konfronteres med. Ressourcer forstås som noget individet selv har rådighed over. Det kan også modtages fra andre som vil støtte og hjælpe vedkommende. Det kan være en person, som individet har tillid til, såsom en ægtefælle, ven eller kollega, mm. Individet vil dermed kunne opnå en stærk følelse af håndterbarhed, hvis det føler, at det har ressourcerne eller støtten fra andre til at kunne håndtere sin egen hverdagsituation. (52) Såfremt kræftoverleveren oplever, at besidde de fornødne ressourcer, vil vedkommende dermed opleve en stærk håndterbarhed, hvilket kan betyde at vedkommende er i stand til, at håndtere sine senfølger. Ydermere kan oplevelsen af håndterbarhed styrkes, såfremt kræftoverleveren oplever støtte fra venner og familie.

### **8.2.3 Meningsfuldhed**

Dette begreb omhandler hvor væsentligt det er, at et individ oplever at forstå meningen med de omstændigheder og udfordringer dets liv byder. Individet vurderer selv om det der opleves, er meningsfuldt for vedkommende, at engagere sig i. Meningsfuldhed handler dermed særligt om individets motivation for, at forstå meningen med livet og klare sig igennem de udfordringer det måtte bringe. Dermed vil individet, for at opnå en stærk oplevelse af meningsfuldhed, opleve, at livet følelsesmæssigt giver mening og er værd at engagere sig i. Såfremt der opstår udfordringer vil individet være positivt indstillet over disse, fremfor at se dem som en belastning. (52) I relation til specialet vil det dermed formentligt være de kræftoverleverne, som er mest motiverede ift. at forstå hvordan deres senfølger påvirker deres hverdag, som kan se en mening med at investere energi i, at mestre de udfordringer, som de kan opleve ift. senfølger.

### **8.2.4 Relationerne mellem begreberne**

Ifølge Antonovsky, skal de tre begreber begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed forstås som en proces. Gennem denne proces kan individet opleve en forståelse af dets omverden, en tro og tillid til at kunne håndtere de livsomstændigheder det oplever samt motiveres til at imødekomme disse, således at der kan opstå en oplevelse af sammenhæng heraf. (52)

Antonovsky definerer de tre begreber som værende uadskilleligt forbundet. Selvom de alle tre er nødvendige for et individs oplevelse af sammenhæng, er de, ifølge Antonovsky, ikke alle tre ligestillede. Begrebet meningsfuldhed antages som det centrale element, idet dette kan betragtes som motiverende. Uden elementet meningsfuldhed, vil individet formentligt kun midlertidigt kunne opnå en høj håndterbarhed og begribelighed. Individer med høj meningsfuldhed, vil være motiverede ift. at søge efter forståelse og ressourcer og samtidig have troen på de kan mestre deres situation. (52) Særligt elementet meningsfuldhed, som motiverende faktor, er relevant ift. kræftoverlevende med senfølger, da det kan give et indblik i hvorfor og hvad det er, der motiverer dem til, at dyrke fysisk aktivitet og overkomme eventuelle barrierer herfor.

Selvom meningsfuldhed er det vigtigste element, er de tre elementer forbundet på en sådan vis, at det ene ikke kan stå alene og stadig give den samme oplevelse af sammenhæng. Ydermere er begribelighed særlig essentiel, fordi et individs håndtering af en situation, vil afhænge af dets begribelighed. Håndterbarhed er dog også væsentlig ift. at individer skal have tillid til, at de har de nødvendige ressourcer, førend de kan opleve en meningsfuldhed og mestre deres situation. Dermed opstår forbindelsen mellem elementerne, som Antonovsky beskriver. (52)

Ifølge Antonovsky, er en høj begribelighed alene ikke ensbetydende med, at et individ vil klare sig godt. Hvis et individ besidder en høj begribelighed og lav håndterbarhed, vil dette kunne medføre et pres på individet ift. at kunne opnå en forandring. Antonovsky beskriver, at et individs forandring kan foregå indenfor dets egen grænse ift. omverdenen, hvor grænsen definerer det der giver mening for det enkelte individ. (52) Et eksempel på dette kunne være, hvis en kræftoverlever er engageret og forstår de problemstillinger, som deres senfølger kan medføre. Dette kan foranledige en motiveret adfærd ift., at opnå de nødvendige ressourcer til, at kunne overkomme de problemstillinger som senfølger kan afstedkomme. Ifølge Antonovsky, vil et individ der ikke er motiveret herfor ophøre med at reagere på stimuli, og dermed opleve verden som ubegribelig (52). Hvis kræftoverlevende oplever en lav håndterbarhed ift. deres senfølger, kan det påvirke deres hverdag, således at den bliver uforudsigelig eller kaotisk og dermed uhåndterbar. Dermed vil der kunne opstå barrierer ift. at håndtere de omstændigheder, som senfølgerne kan medføre. Dette kan dermed føre til, at de kan opleve en negativ følelse af ikke at have evnerne til, at mestre de problemstillinger, som de vil kunne opleve ift., at være fysisk aktive med senfølger.

I de følgende afsnit vil Antonovskys begreber grænser og stressfaktorer blive uddybet og fortolket ift. specialets problemstilling.

### **8.2.5 Grænser**

Ifølge Antonovsky, kan et individ vurderes til, at have en stærk oplevelse af sammenhæng uden at det



oplever dets omverden som sammenhængende. Han mener hermed, at alle individer vil trække grænser, ift. deres omverden af varierende omfang. Grænsen definerer at det der ligger udenfor, ikke er vigtigt eller meningsfuldt for individet. Begrebet om grænser henviser dermed til, at et individ ikke nødvendigvis behøver, at finde noget begribeligt, håndterbart eller meningsfuldt, for at have en stærk oplevelse af sammenhæng. Dette betyder, at individet kan finde områder uinteressante, men stadig have en stærk oplevelse af sammenhæng. Det der betyder noget, er de områder som individet selv finder vigtige eller interessante. Først derfra kan det vurderes om individet oplever en sammenhæng heraf. (52) Herved kan der være nogle kræftoverlevende, som ikke finder fysisk aktivitet meningsfuldt, hvorfor det vil ligge udenfor deres grænse og de derfor ikke vil deltage i motionstilbud.

### 8.2.6 Stressfaktorer

Antonovsky definerer stressfaktorer som *"..krav, der ikke er nogen umiddelbar eller automatisk adaptiv respons på"* (52, s. 46). Dette kan forstås som, at stressfaktorer er noget der fremkommer i forlængelse af et individs tilpasningsreaktion af de krav, som det stilles overfor ift. dets problematikker i sin hverdag. Antonovsky beskriver stressfaktorer som en spændingstilstand, der kan opstå, når et individ stilles overfor uhåndterbare livssituationer, der kan opleves uforudsigelige, og dermed svække individets oplevelse af sammenhæng. (52)

Antonovsky skelner mellem tre typer af stressfaktorer: akutte irritationsmomenter i hverdagen, væsentlige begivenheder i livet og kroniske stressfaktorer. Disse tre er bestemmende for, om individets oplevelse af sammenhæng er stærk eller svag. Ved akutte irritationsmomenter i hverdagen kan der anvendes en generel modstandsressource. Ift. de væsentlige begivenheder i livet er det et generelt modstandsressourceoverskud der kan benyttes. De kroniske stressfaktorer henviser til, at de er vedvarende og en del af individets livssituation. (52) Hvis kræftoverlevende oplever senfølger i deres hverdag, kan de dermed opleve barrierer ift. at håndtere, det de kunne førhen, hvilket vil kunne medføre akutte irritationsmomenter i deres hverdag, som vil kunne føles stressende. Det kan ydermere opleves som en stressfaktor, hvis kræftoverlevende oplever ikke at kunne deltage i begivenheder, der har betydning for dem. I og med at kræftoverlevende kan opleve senfølger længe efter endt sygdomsforløb, vil senfølger dermed også kunne påvirke dem som en kronisk stressfaktor.

Ifølge Antonovsky, er en kronisk stressfaktor en livssituation eller et vilkår der definerer et individs liv, hvor det bl.a. er individets kontekst, kultur og personlighed, der fremmer eller svækker individets oplevelse af sammenhæng. Antonovsky beskriver yderligere, at et individ kan opleve stressende livsbegivenheder. Det kan f.eks. være et familiemedlems død, skilsmisse, en familieførøgelse, at blive opsagt, en pensionering, at få en sygdom som kræft mm.. Her er det de konsekvenser en sådan begivenhed kan medføre, der har betydning for individet. Det kan dog være vanskeligt, at afgøre om en stres-

sende livsbegivenhed vil have negative konsekvenser for individets oplevelse af sammenhæng, og dermed skabe en spændingstilstand, på samme måde som en stressende livssituation vil gøre. Ifølge Antonovsky, kan individets oplevelse af sammenhæng derfor have betydning for, om udfaldet af stressende livsbegivenheder bliver skadeligt, neutralt eller helbredsfræmmende. (52) Det kan dermed betyde, at kræftoverlevernes styrke ift. dets oplevelse af sammenhæng, kan have en essentiel betydning for om dets senfølger får et positivt eller negativt udfald i deres liv.

Ifølge Antonovsky, vil tilfældige daglige irritationsmomenter, ikke have betydning for individets oplevelse af sammenhæng, men derimod kunne kræve en tilpasningsevne herfor. Såfremt disse irritationsmomenter er vedvarende, kan de stamme fra en mere elementær livssituation, en kronisk ressource eller en kronisk stressfaktor, som dermed kan have betydning for individets oplevelse af sammenhæng. (52) Når kræftoverlevernes senfølger er vedvarende, kan det dermed have betydning for deres livssituation og dermed deres oplevelse af sammenhæng.

Det kan betragtes som en stressfaktor, når et individ oplever krav som udfordrer, i en sådan grad, at det ikke er i stand til at håndtere det. Stressfaktorerne er ikke nødvendigvis negative, da disse, i kortvarig form, kan bidrage til at udfordre individet, således at individet enten frivilligt eller ufrivilligt presses til at yde en indsats. (52) Dette kan dermed have betydning for kræftoverleverne ift. om de vil og kan yde en indsats ift. at klare de udfordringer deres senfølger påfører dem, ved at besidde modstandsressourcer hertil. Dette vil kunne udvikle og styrke deres oplevelse af, at kunne mestre de barrierer de møder ift. deres senfølger når de er fysisk aktive.

Ovenstående afsnit vil kunne bidrage til en forståelse for, hvordan dette speciales informanter formår at forholde sig til, hvordan deres senfølger påvirker deres liv, og hvordan de oplever de udfordringer de udsættes for ift. fysisk aktivitet, og hvordan de kan lære at mestre deres situation og være motiveret herfor. Ydermere vil det kunne bidrage til, at vurdere, om styrken af deres oplevelse af sammenhæng kan medføre barrierer ift., at være fysisk aktiv med senfølger.

### **8.3 Teorisyntese**

Som tidligere nævnt, vil der blive anvendt teoribegreber fra både Bandura og Antonovsky ift. at analysere specialets indsamlede empiri. Teorierne har til fælles, at de begge tematiserer problematikken omkring, at mestre de omstændigheder et individ kan opleve i dets hverdag. Det vurderes imidlertid, at de to teorier indbefatter begreber, som med fordel kan supplere hinanden. Dette har til formål, at bevirke, at det fænomen, der ønskes undersøgt, bliver undersøgt med en større dybde end det havde været muligt ved kun, at inddrage en af teorierne.

Antonovskys begreb omkring meningsfuldhed fremkommer ikke på samme vis i Banduras begrebsverden. Meningsfuldhed anses imidlertid som et essentielt element, at belyse ift. at fremanalysere, hvorvidt kræftoverleverne oplever fysisk aktivitet som en meningsfuld aktivitet, at engagere sig i. Hvorvidt kræftoverleverne oplever fysisk aktivitet som meningsfuld, er essentielt at afdække, for at belyse, om de er motiverede for dette, og kan samtidig belyse barrierer i denne forbindelse, såfremt de ikke finder det meningsfyldt at udøve fysisk aktivitet.

Antonovsky opererer med begrebet håndterbarhed, som indbefatter hvorvidt et individ besidder de fornødne ressourcer ift. at udføre en given handling. Dette kan sættes i relation til Banduras fire kilder til self-efficacy, som er ressourcer, som individet kan trække på ift. at blive motiveret for at dyrke fysisk aktivitet. Herved bidrager anvendelse af Banduras teori til en mere kompleks belysning af disse ressourcer, og giver konkrete bud på, hvordan dette kan forekomme, hvor Antonovskys håndterbarhed er mindre konkret. Banduras teori findes desuden relevant, at inddrage grundet dens fokus på, hvordan individet motiveres gennem den sociale interaktion med andre individer. Dette kan ligeledes forekomme imellem kræftoverleverne, som deltager i en gruppebaseret fysisk aktivitets intervention. Her anses andenhåndserfaringer som et specielt relevant begreb, da kræftoverleverne kan foretage en vurdering af egne evner pba. sammenligning med de andre kræftoverleverne i gruppen. Ydermere anses verbal overtalelse som et anvendeligt begreb, da der både kan forekomme dette blandt deltagerne i en gruppebaseret intervention, men samtidig mellem instruktøren og deltagerne. Her vurderes det essentielt, at instruktøren besidder en stærk position som verbal overtaler, for at kræftoverleverne vil efterleve dennes instruktioner. Det vurderes, at kræftoverleverne kan blive motiverede ved at få positiv feedback fra andre kræftoverleverne og fra instruktøren. I Antonovskys håndterbarhed fremkommer støtten fra de sociale relationer som en motiverende faktor imidlertid tydeligere, hvor der lægges vægt på støtte fra nære relationer.

Kombinationen af de to teorier vurderes således til, at kunne komplimentere hinanden i kraft af, at Bandura kan belyse de konkrete kilder til motivation mere fyldestgørende, men at Antonovskys meningsfuldhed-begreb danner fundamentet for, hvorvidt et individ vil opleve fysisk aktivitet, som en meningsfyldt aktivitet at engagere sig i.

## 9. Metode

I følgende afsnit vil specialets metodiske overvejelser blive præsenteret. Her vil specialets metodiske overvejelser for hhv. den kvalitative undersøgelse og litteraturstudiet blive præsenteret, hvor der afslutningsvist vil blive foretaget en diskussion heraf.

### 9.1 Kvalitativ undersøgelse

I de følgende afsnit vil specialets kvalitative metodiske overvejelser blive belyst mhp. at skabe gennemsigthed ift. processen heraf. Der er ifm. besvarelsen af specialets problemstilling valgt, at anvende en kvalitativ tilgang. Baggrunden for dette er, at den kvalitative metode anses kvalificeret, idet den kan bidrage til, at belyse individers livsverdener og perspektiver. Et studie foretaget af Kjaer et al (2011) beskriver, at det er forskelligt fra individ til individ, hvorledes de kan opleve en senfølge. Dette betyder at to individer kan opleve, hvad der objektivt set kan anses at være den samme senfølge forskelligt - både ift. sværhedsgraden og den subjektive oplevelse heraf. Studiet beskriver yderligere, at det ligeledes er forskelligt hvorvidt kræftoverleveren lærer at tilpasse sig livet med senfølger og de begrænsninger, der kan være på baggrund heraf, eller om vedkommende vil opleve senfølger som ulidelige, hvorved disse vil have en negativ effekt på kræftoverleverens livskvalitet. (5) Dermed findes det relevant, at udforske det enkelte individs subjektive oplevelse, da denne kan bidrage til, at udforske de barrierer og motivationsfaktorer, som ældre kræftoverleverer med senfølger oplever ifm. at deltage i gruppebaseret fysisk aktivitet. Der er i specialet valgt, at udarbejde to fokusgruppeinterviews, hvilket vil blive nærmere beskrevet i det følgende afsnit.

#### 9.1.1 Fokusgruppeinterview

Halkier (2010) beskriver, at vidensinteressen for et fænomen er bestemmende for, hvilken interviewform der kan anses som passende ifm. at besvare en undersøgelses problemstilling (53). For at kunne besvare specialets problemstilling blev empiri indhentet vha. to fokusgruppeinterviews. Disse var inspirerede af det semi-strukturerede interviewet, idet disse kan give plads til interviewerens, således at vedkommende kan belyse forskningsspørgsmålet, men samtidig komme tilbage til et givent spørgsmål, såfremt at dette ikke er blevet afdækket grundigt nok til at opnå datamæthed. Ydermere kan semi-strukturerede interviews medvirke til at skabe en naturlig dialog mellem interviewerens og informanterne. (54)

Derudover blev det vurderet at fokusgruppeinterviews ville være en velvagts metodisk tilgang, idet specialet ønsker, at belyse perspektiver fra ældre kræftoverleverer med senfølger. Argumentationen for dette er, at fokusgruppeinterviewet har til hensigt *"..at forstå temaer i den oplevede dagligverden ud fra interviewpersonernes egne perspektiver."* (54, s. 41) Dermed kan der argumenteres for, at fokusgruppeinterviewet er velegnet ift. at indhente kvalitative data mhp., at besvare specialets problemstil-

ling. Ydermere er der i dette speciale fokus på de barrierer og motivationsfaktorer, som de ældre kræftoverlevende kan opleve, hvorfor det findes relevant, at inddrage deres perspektiver i en dialog herom.

Fordelen ved at indsamle data på gruppeniveau er, at informanter, gennem den sociale interaktion, vil kunne bidrage til en mere kompleks belysning af emnet. I interviewet kan der foregå erfaringsudveksling mellem informanter, som kan bevirke at emner bliver belyst, som ikke ville have blevet belyst i et individuelt interview, idet informanterne inspirerer hinanden. Dermed bliver der skabt en refleksivitet, som foranlediger at emnet og perspektiverne bliver belyst mere komplekst end de eksempelvis kunne ved individuelle interviews. (53)

Derudover bliver der ved fokusgruppeinterview indsamlet en stor mængde data, samtidig med at denne interviewform er tidsbesparende. Dette foranlediger ligeledes, at informanterne forstyrres mindre, hvilket kan betyde, at informanterne er mere samarbejdsvillige, hvilket er ønskværdigt ifm. interviews. (53)

### **9.1.2 Udvalgelse af informanter**

I specialet er udvælgelsen af informanter foretaget analytisk selektivt, hvilket betyder at informanterne er udvalgt mhp. at de er repræsentative ift. de karakteristika som er formuleret i specialets problemstilling (53). Da specialets problemstilling beskæftiger sig med ældre kræftoverlevende med senfølger, blev der opstillet et inklusionskriterie, som skulle sikre, at de informanter der blev inkluderet var ældre kræftoverlevende i alderen 65+ år, som oplevede senfølger efter at have gennemgået et kræftbehandlingsforløb. Det blev desuden valgt, at inkludere kræftoverlevende uanset kræftform, da hovedparten af studierne, fundet ved specialets indledende litteratursøgning, omhandlede fysisk aktivitet blandt kræftoverlevende med senfølger har brystkræftoverlevende som målgruppe, hvorfor der er behov for viden om andre kræftformer (3). For at imødekomme dette behov, blev der i specialet inkluderet kræftoverlevende med senfølger, der havde haft forskellige former for kræft.

Der blev ikke opsat et kriterie om kun, at inkludere mænd eller kvinder, da dette ikke var relevant ift. specialets problemstilling. Inklusionen af begge køn kunne samtidig gøre, at gruppen af informanter var mere heterogen, hvilket Halkier (2010) beskriver kan være vigtigt, idet en for homogen gruppe kan medføre at niveauet af det interessante samspil i fokusgruppeinterviewet bliver lavere (53).

### **9.1.3 Casebeskrivelse**

I dette speciale blev der rekrutteret informanter fra to grupper af kræftoverlevende, hhv. Senfølgergruppen og Sundhed i bevægelse. Disse vil blive beskrevet yderligere i det følgende afsnit. Ydermere vil argumentationen for at vælge disse, blive fremlagt.

Senfølgergruppen er en netværksgruppe for kræftoverlevende, som oplever senfølger efter at have gennemgået et kræftbehandlingsforløb. Denne gruppe mødes en gang om måneden, hvor de støtter og hjælper hinanden ift. de komplikationer, senfølgerne kan medføre. I gruppen får kræftoverleveren mulighed for, at mødes med ligestillede, hvor der skabes mulighed for erfaringsudveksling og for at hjælpe hinanden. Møderne arrangeres af Senfølgerforeningen i samarbejde med Kræftens bekæmpelse i Aalborg, og foregår i kræftrådgivningens lokaler i Aalborg. (55)

Sundhed i bevægelse er et tilbud, som henvender sig til kræftoverlevende og -patienter i Aalborg Kommune. Tilbuddet har til formål, at motivere deltagerne til, at udøve fysisk aktivitet og leve sundt, samt at øge livskvaliteten for deltagerne. Programmet for Sundhed i bevægelse består af ca. to timers fysisk aktivitet, som er niveauopdelt, således at alle kan deltage uanset deres fysiske formåen. Efter den fysiske aktivitet er der mulighed for socialt samvær med andre kræftoverlevende/-patienter i Café Mageløs, som ligger i et tilstødende lokale til den sal, hvor der udøves fysisk aktivitet. Dette giver kræftoverlevende/-patienterne mulighed for, at interagere med og skabe sociale relationer til hinanden. Sundhed i bevægelse er delvist finansieret af Kræftens bekæmpelse og Aalborg Kommune. Derudover er der brugerbetaling for deltagerne heraf. (41,42)

De to grupper er udvalgt, idet disse begge er samlingssteder for kræftoverlevende med senfølger. Ydermere var specialegruppen bevidste om, at Sundhed i bevægelse udøvede fysisk aktivitet, hvormed dette kunne give et indblik i hvilke motiverende faktorer, samt barrierer deltagerne heraf oplever. Senfølgergruppen blev ligeledes fundet relevant, da specialegruppens kontaktperson hertil gav udtryk for, at der var kræftoverlevende herfra, som ikke udøvede fysisk aktivitet, hvorved det ligeledes var relevant at udforske, hvilke barrierer der kunne ligge til grund herfor, samt hvorledes det ville være muligt at motivere den enkelte. Dermed blev begge grupper fundet relevante at udforske og rekruttere informanter fra mhp. at besvare specialets problemstilling.

#### **9.1.4 Rekruttering af informanter**

Da specialet sigter mod at få indblik i kræftoverlevendes livsverden, og interviewet dermed kan rumme personlige spørgsmål, kan det være vanskeligt at rekruttere informanter, som er villige til at deltage. Derfor er det vigtigt at udvælge en rekrutteringsmetode, som sikrer informanter, der er villige til at deltage i interviewet. Thagaard (2004) beskriver at begrebet tilgængelighedsudvalg anvendes ved denne form for rekruttering. Baggrunden for dette er, at rekrutteringen er baseret på tilgængeligheden af informanterne, men at denne type rekruttering samtidig sigter mod, at inkludere informanter, som er repræsentative ift. specialets problemstilling. Tilgængelighedsudvalg er dermed måden hvorpå der blev rekrutteret informanter til specialet. Denne metode foranlediger imidlertid problematikker, idet der f.eks. ses en tendens til, at de individer, som er mest villige til, at deltage i interviews, er indi-

vider med højere uddannelse i modsætning til individer med lavere uddannelse. Thagaard (2004) beskriver, at grunden til dette er, at de højere uddannede kan være vant til oftere at tale om og reflektere over deres egen livssituation. Dermed kan der skabes en skævhed ift., at de individer som er villige til at deltage, behersker deres livssituation, hvorfor de ikke har noget problem med at forskeren får indblik i denne. Samtidig tydeliggøres denne skævhed, da de individer, som ikke er villige til at deltage, og dermed underrepræsenteret, kan repræsentere eventuelle mere problematiske sider af fænomenet, som ønskes udforsket. (56)

Konkret foregik rekrutteringen af informanter fra Senfølgergruppen ved, at der blev taget kontakt til en kontaktperson fra Senfølgerforeningen. Denne kontaktperson var samtidig aktiv deltager i Senfølgergruppen, hvorfor hun kunne hjælpe med, at sætte specialegruppen ifm. andre deltagere. Dermed blev der gjort brug af sneboldmetoden, hvor mulige informanter rekrutteres gennem andre, der har kendskab til disse (56). Forud for interviewet fik de mulige informanter fra Senfølgergruppen tilsendt informationsbreve (se bilag 1), således at de kunne få information om specialet og dets formål. Dette gav samtidig informanterne mulighed for at overveje deres deltagelse. Såfremt deltagerne måtte have nogle spørgsmål, havde de ligeledes mulighed for at kontakte specialegruppen, idet kontaktoplysninger herpå var oplyst i informationsbrevet. Ydermere indeholdte brevet inklusionskriterier for deltagelse i interviewet, som deltagerne kunne forholde sig til.

Rekruttering af informanter fra Sundhed i bevægelse foregik ved, at der blev taget kontakt til en instruktør fra Sundhed i bevægelse, som gav tilladelse til og inviterede specialegruppen til, at deltage i Sundhed i bevægelse, således at der var mulighed for at skabe kontakt til deltagerne. Specialegruppen var derfor ude og fortælle om specialet og dets formål samt interviewet. Derefter fik deltagerne ligeledes tildelt informationsbreve. Ydermere blev der hængt et informationsbrev op på Sundhed i bevægelses opslagstavle, samt lagt nogle ekstra ved siden af, således at de deltagere som ikke var til stede den pågældende dag, havde mulighed for at tage et. Dagen inden interviewet for deltagerne af Sundhed i bevægelse skulle foretages, var der blot to informanterne som havde tilmeldt sig. Dermed var specialegruppen nødsaget til, at rekruttere de resterende informanter på selve dagen. Dette blev gjort ved, at tale med deltagerne, hvor de blev spurgt om de havde lyst til at deltage i interviewet. Denne rekruttering blev foretaget med respekt for deltagerens ret til at sige nej til at deltage. Efter denne rekruttering meldte yderligere to informanter sig til at deltage i interviewet.

Der blev rekrutteret syv kvindelige informanter til fokusgruppeinterviewet med Senfølgergruppen og der blev rekrutteret fire kvindelige informanter til fokusgruppeinterviewet med Sundhed i bevægelse. Grunden til at der kun blev rekrutteret kvindelige kræftoverleverer er, at dette køn er overrepræsenteret i både Senfølgergruppen og Sundhed i bevægelse. Der blev imidlertid rekrutteret en enkelt mand

fra Sundhed i bevægelse, som desværre måtte melde fra igen, da han var forhindret i at deltage. Ydermere var det ikke muligt udelukkende, at rekruttere informanter over 65 år, hvorfor der blev rekrutteret tre informanter under denne alder. Karakteristika for informanterne vil blive beskrevet i det følgende afsnit.

### **9.1.5 Beskrivelse af informanter**

Brinkmann og Tanggaard (2010) beskriver, at et vigtigt kvalitetskriterie indenfor kvalitativ forskning er, at situere sine informanter. Såfremt dette gøres bliver det muligt for læseren, at vurdere relevansen ift. andre områder indenfor forskning. (48) Dermed findes dette det relevant, at beskrive specialet s informanter samt karakteristika herfor.

I tabel 1 og 2 ses karakteristika for hhv. informanterne fra Senfølgergruppen og Sundhed i bevægelse beskrevet. Informanterne fra Senfølgergruppen er nummeret således at de hedder Informant 1 (I1), Informant 2 (I2) og så fremdeles, hvor informanterne fra Sundhed i bevægelse hedder Informant A (IA), Informant B (IB) og så fremdeles. Dette er gjort for at kunne adskille de enkelte informanter, samt det interview som de har deltaget i, og dermed også hvilken gruppe de kommer fra (Senfølgergruppen/Sundhed i bevægelse).

I tabel 1 ses det, at de syv informanter fra Senfølgergruppen har en gennemsnitsalder på 69.7 år, hvor den ældste er 78 år og den yngste 62 år. Ydermere viser tabellen, at der var tre af de syv informanter der var enlige og fire som var gift, samt at fem af informanterne havde børn, hvor to ingen børn havde. Informanterne har haft følgende kræftformer: anal-, nyre-, mavetarm-, tyktarm-, mandel- og brystkræft, hvor de har afsluttet deres behandlingsforløb i perioden mellem 2002 og 2012. Derudover viser tabellen at informanterne fra Senfølgergruppens tidligere professioner var sygeplejerske, isenkræmmer, sekretær, ejendomsmægler, pædagog og sygeplejelærer.



Tabel 1: Tabellen viser informanterne fra Senfølgergruppens karakteristika

Informant	Alder	Civilstatus	Børn	Profession	Kræftform	Behandling	Behandling afsluttet
<b>I1</b>	72	Enlig	2	Sygeplejerske	Analkræft	Kemo Stråle	2002
<b>I2</b>	69	Enlig	0	HF Isenkræmmer	Nyrekraft Mavetarmkræft	Kirurgisk	2012
<b>I3</b>	78	Gift	2	Sekretær	Tyktarmskræft	Kirurgisk Kemo	2011
<b>I4</b>	70	Gift	2	Sygeplejerske	Analkræft	Kirurgisk Kemo Stråle	2009
<b>I5</b>	74	Enlig	2	Ejendomsmægler	Mandelkræft	Kirurgisk Stråle	2007
<b>I6</b>	63	Gift	0	Pædagog	Brystkræft	Kirurgisk Kemo	2002
<b>I7</b>	62	Gift	3	Sygeplejerske Sygeplejelærer	Brystkræft	Kirurgisk Kemo Stråle Antihormon -behandling	2004

I tabel 2 ses det, at de fire informanter fra Sundhed i bevægelse har en gennemsnitsalder på 69.5 år, hvor den ældste er 78 år og den yngste 60 år. Derudover viser tabellen, at der ud af de fire informanter var tre enlige og en gift, hvoraf to af dem havde børn og de resterende to ingen børn havde. Informanterne har haft følgende kræftsygdomme; bryst-, hud- og lungekræft, hvor de har afsluttet deres behandlingsforløb i perioden mellem 1996 og 2011. Ved Informant C fra Sundhed i bevægelse ses det, at det ikke er udfyldt hvornår behandlingen er afsluttet. Dette skyldes, at informanten stadig er i et behandlingsforløb. Da det blev valgt at ekskludere individer der stadig indgik i et kræftbehandlingsforløb, anses dette ikke for at være optimalt. Informanten blev imidlertid alligevel inkluderet, da det først var under interviewet at specialegruppen blev opmærksomme på dette og da informanten gav udtryk for at hun oplevede senfølger, hvorfor hendes udtalelser fra interviewet stadig blev vurderet relevante ifm. besvarelsen af dette speciales problemstilling. Informant B oplyste ikke, hvornår hendes behandling var afsluttet, men gav i interviewet udtryk for, at den var afsluttet. Tabellen viser ydermere at informanterne fra Senfølgergruppens forskellige tidligere professioner var blomsterbinder, pædagog, skolelærer og økonoma.

Tabel 2: Tabellen viser informanterne fra Sundhed i bevægelses karakteristika.

Informant	Alder	Civilstatus	Børn	Profession	Kræftform	Behandling	Behandling afsluttet
IA	70	Enlig	0	Blomsterbinder	Brystkræft	Kirurgisk	1996
IB	69	Gift	3	Pædagog	Brystkræft	Kirurgisk Antihormon-behandling	*
IC	78	Enlig	0	Skolelærer	Hudkræft Lungekræft	Kirurgisk	*
ID	60	Enlig	2	Økonoma	Brystkræft	Kirurgisk Stråle	2011

### 9.1.6 Interviewguide

Der blev i specialet udformet en interviewguide (se bilag 2) til anvendelse i de to fokusgruppeinterview. Dette blev gjort mhp., at sikre, at den indsamlede empiri sigtede mod, at besvare specialets problemstilling.

Specialets interviewguide er blevet udarbejdet med inspiration fra Kvale og Brinkmann (2009), som anbefaler at der opstilles tre kolonner. Den første kolonne har til formål, at afdække forskningsspørgsmålet, således at fokus rettes mod specialets problemformulering. Forskningsspørgsmålene i specialet omhandlede baggrundsinformation, senfølger og fysisk aktivitet, hvorunder der indgik motivation og barrierer. Den anden kolonne har til formål, at afdække de konkrete spørgsmål i interviewet. Disse var i specialet efterstræbt, at være formuleret på en sådan måde, at de var korte og letforståelige i dagligdagsprog, således at der ikke var anledning til misforståelser. Således blev der så vidt muligt anvendt begrebet "motion" i stedet for "fysisk aktivitet" i interviewet, for at undgå akademisk sprog. Det samme var gældende for begrebet barriere, hvor informanterne i stedet blev spurgt ind til, om der var noget, der kunne forhindre dem i at deltage. Den tredje kolonne blev anvendt ved eventuelle opfølgende spørgsmål og kunne anvendes ved behov, såfremt det ønskede spørgsmål ikke blev afdækket grundigt nok eller såfremt informanterne havde behov for, at spørgsmålet blev forklaret yderligere eller uddybet. (54)

Strukturen af spørgsmål i interviewguiden var inspireret af den blandede tragtmodel, hvorved spørgsmålene starter med at være åbne, således at informanterne kommer let i tale, hvorefter spørgsmålene bliver mere lukkede og konkrete (53). Dette bevirkede at spørgsmålene i specialet startede med at omhandle informanternes baggrundsinformationer, som f.eks. hvilken kræftform de havde haft og hvilke senfølger de oplevede. Hvorimod spørgsmålene til sidst i interviewet tilstræbte, at udforske deres niveau af fysisk aktivitet, samt hvilke barrierer og muligheder de oplevede i forbindelse hermed, således at informanterne påbegyndte en dialog omkring de positive og negative oplevelser

de havde haft med fysisk aktivitet. På den baggrund sigtede spørgsmålene i interviewguiden, at gå fra de åbne spørgsmål til de mere konkrete, som anbefales af Launsø et al. (2011) (57).

Ved udarbejdelsen af interviewguiden blev der bl.a. taget udgangspunkt i relevant teori. Hermed blev Banduras teori om self-efficacy og Antonoskys teori om oplevelse af sammenhæng anvendt mhp., at udarbejde en teoriinspireret interviewguide. Ved at tage udgangspunkt i relevant teori, kan fænomenet der ønskes undersøgt belyses mere komplekst, hvilket er med til at højne validiteten (58). Dermed blev der udarbejdet en teoriinspireret interviewguide, som havde til hensigt, at afdække informanternes self-efficacy og oplevelse af sammenhæng. Den teoretiske tilgang blev valgt mhp., at sikre, at empiri fra interviewet ville være relevant ifm. at besvare specialets problemformulering. En sådan teoriinspireret tilgang kan medføre, at andre aspekter af emnet bliver sat i baggrunden (54). Trods den teoriinspirerede tilgang blev der i interviewene tilstræbt en vis åbenhed, således at informanterne fik mulighed for at uddybe eventuelle andre aspekter.

Inden interviewets start informerede interviewererne omkring de praktiske oplysninger ifm. specialet. Dette havde bl.a. til hensigt, at sikre, at informanterne fik viden om specialet samt interviewets formål og skabe en tryk stemning blandt informanter og interviewere. Ydermere sluttede interviewene med at informanterne fik mulighed for at stille spørgsmål eller komme med eventuelle bemærkninger.

### **9.1.7 Udførelse af interview**

De to fokusgruppeinterviews fandt sted i vante omgivelser for informanterne. Dette betød at interviewet med kræftoverleverne fra Sundhed i bevægelse fandt sted i lokaler i Haraldslund, hvor træningen normalt vist foregår, og interviewet med kræftoverleverne fra Senfølgergruppen fandt sted i Kræftens Bekæmpelses lokaler i Aalborg, som gruppen normalt vist anvender til deres møder. Disse lokationer blev valgt mhp., at skabe trygge rammer for informanterne i interviewet. Ydermere blev de valgt, da disse lokaliteter kunne eliminere eventuel transporttid, og dermed barrierer ift. deltagelse på baggrund heraf, som der kunne være ved at afholde interviewet andetsteds.

Til interviewet deltog to af specialegruppens medlemmer, hvor den ene havde rollen som hovedinterviewer og den anden som medinterviewer, som kunne stille opfølgende spørgsmål, såfremt dette var nødvendigt. Da informanterne mødte op til interviewet, blev de først præsenteret for interviewererne, hvorefter de fik tildelt samtykkeerklæringer, som de skulle udfylde (se bilag 3). Forinden interviewets begyndelse, blev informanterne gjort bekendt med interviewets formål, samt proceduren for fokusgruppeinterviewet. Dette var samtidig med til at løsne op for samtalen, og dermed skabe en tryk stemning (54). I forbindelse med introduktionen blev informanterne meddelt, at de skulle se interviewet som en samtale mellem dem, hvor de ville få spørgsmål fra interviewererne undervejs, som de skulle forholde sig til. Derudover fik de at vide, at det var i orden, ikke at besvare spørgsmålene, såfremt in-

formanten ikke ønskede dette, samt at det var vigtigt, at lade hinanden komme til orde. Undervejs i interviewene foregik der imidlertid flere samtaler undervejs, hvilket bevirkede at der opstod nogle problemer ift. transskriberingen heraf. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) er dette dog forventeligt, når der arbejdes med fokusgruppeinterviews (54). Undervejs i interviewet med Senfølgergruppen oplevede interviewererne, at der var en informant, som bidrog meget lidt til samtalen. Det er imidlertid valgt stadig at inddrage informanten i specialet. Launsø et al. (2011) beskriver, at en af ulemperne ved fokusgruppeinterview er, at nogle informanter kan være dominerende, hvorfor andre informanter kan falde i baggrunden (57). I sådanne situationer er det vigtigt at interviewer(e) er opmærksomme på disse informanter, hvorved de skal forsøge at få dem i tale. I specialet forsøgte interviewer(e) at få informanten, der ikke bidrog til samtalen, i tale ved at få øjenkontakt og spørge om der var andre der havde mere at tilføje. Dette blev gjort med forbehold for informanternes ret til ikke at ønske at svare, hvorfor der ikke blev spurgt direkte ind til informanten. I de to fokusgruppeinterviews var der nogle informanter, der bidrog mere til samtalen end andre. Det er imidlertid vurderet, at der ikke har været nogle informanter, der har været dominerende i en sådan grad, at det kan have haft negativ effekt på interviewet.

Gennem interviewet førte informanterne naturligt samtalen ind på de forskellige temaer i interviewguiden. Trods dette, valgte hovedintervieweren alligevel at stille spørgsmålene herfra, for at sikre, at eventuel empiri ikke ville gå tabt. Dette havde en positiv effekt, idet der blev skabt yderligere kompleksitet i besvarelsen heraf. Interviewene blev optaget på to mobiltelefoner, således at der var lydfiler til transskription heraf. Interviewerne stoppede interviewet da datamæthed var nået, og sluttede af med at spørge informanterne om de havde eventuelle spørgsmål eller kommentarer. Det blev vurderet, at datamæthed var nået, da interviewererne følte at interviewguidens spørgsmål var blevet besvaret fyldestgørende af informanterne.

Da informanterne til interviewet var rekrutteret fra hhv. Senfølgergruppen og Sundhed i bevægelse, kendte de hinanden på forhånd. Nogle af informanterne kendte hinanden godt, idet de havde deltaget i den givne intervention gennem flere år. Det vurderes at informanternes tilknytning til hinanden kan være fordelagtig ift. at deltage i et fokusgruppeinterview sammen, idet dette kunne bevirke, at der var en tryk stemning blandt informanterne. Samtidig kan informanternes tilknytning have betydning ift., at de kan uddybe hinandens perspektiver pba. deres delte oplevelser og erfaringer. (53) Interviewet med Sundhed i bevægelse bar præg af, at de kendte hinanden godt, hvorfor at informanterne virkede til, at have let ved at deltage i samtalen. Dette bevirkede imidlertid ligeledes en problematik, idet informanterne blev interne, hvorved de mistede fokus fra de stillede interviewspørgsmål. I sådanne situation tilstræbte interviewererne at få informanterne tilbage til emnet, men de var samtidig bevidste

om, at dette var en af ulemperne ved at vælge fokusgruppeinterviews. For at undgå dette, kunne interviewerne have forsøgt, at tage mere styring i interviewet, men der blev imidlertid ligeledes valgt, at tage hensyn til informanterne, idet det udforskede fænomen kan være et følsomt emne for informanten, hvorfor der kan være behov for at tale internt med de andre informanter. I interviewet med Senfølgergruppen var det ligeledes tydeligt, at de kendte hinanden og var vant til at tale om deres senfølger, hvorfor de var præcise i beskrivelsen heraf.

Efter at have udført interviewene blev de optagede lydfile overført til computer og opbevaret forsvarligt, således at de ikke var tilgængelige fra udefrakommende. Lydfileerne blev herefter transskriberede, hvilket vil blive uddybet i det følgende afsnit.

### **9.1.8 Transskription**

Kvale og Brinkmann (2009) beskriver transskriptionen som den første del af den analytiske proces, hvori talesprog fra interviewet omdannes til skriftsprog (54). I specialet blev transskriptionen foretaget senest dagen efter interviewene af de to interviewere. Dette blev gjort, idet Brinkmann og Tanggaard (2010) anbefaler, at transskriptionen bliver foretaget kort efter interviewet, samt at dette bliver gjort af intervieweren(e), således at interviewet er i frisk erindring. Dette gør det samtidig lettere, at huske informanternes stemmer, og dermed kunne skelne dem fra hinanden. (48)

Da transskriptionen blev foretaget af flere af specialegruppens medlemmer, blev det vurderet nødvendigt, at opstille en række retningslinjer herfor, som kunne sikre kontinuerlig ensartethed i transskriptionerne. Disse retningslinjer blev drøftet i gruppen, for at sikre, at der var konsensus om, hvorledes transskriptionerne skulle foretages. Dette indebar bl.a., at alt det sagte blev nedskrevet. Da fokus i specialet var på meningsindholdet i fokusgruppeinterviewene blev der set bort for betækningslyde som eksempelvis "øh" og "åh", samt lyde som nys, host mm. Såfremt der var utydelige passager i lydfileerne, hvor det ikke var muligt at høre informanternes udsagn blev dette ikke transskriberet, da det blev tilstræbt, at sikre troværdige transskriptioner af informanternes udsagn.

Den afsluttende proces bestod af, at samtlige af specialegruppens medlemmer gennemlyttede lydfileerne fra de to fokusgruppeinterviews, hvor at transskriptionerne sideløbende blev gennemgået. Dette blev gjort mhp., at verificere transskriptionerne, samt at sikre reliabiliteten heraf.

### **9.1.9 Analysestrategi**

I specialet blev der anvendt en analysestrategi, som indeholder fire trin, der havde til formål, at skabe en yderligere forståelse af det undersøgte fænomen. I specialet blev der desuden anvendt en blanding af den fænomenologiske og hermeneutiske tilgang, hvormed analysestrategien blev tilpasset hertil. De to fokusgruppeinterview blev analyseret separat i fire trin, hvorefter der blev foretaget en komparativ

analyse af de to fokusgrupper. Denne komparative analyse havde til formål, at udforske de forskelle og ligheder mellem de to fokusgrupper.

Analysen blev inddelt i fire trin, som var inspireret af Giorgis fænomenologiske analysestrategi (59). Den fænomenologiske tilgang kom til udtryk ved, at specialegruppen tilstræbte, at forholde sig åbne over for empirien, og fralægge sig de for-forståelser, der end måtte forekomme (58). Dette skyldtes, at det blev ønsket, at skabe plads til at den enkelte informant kunne fortælle åbent om sin livsverden, således at de fremstillede kategorier ligeledes blev et udtryk for deres oplevelse af det undersøgte fænomen. Dette er forsøgt ved, at interviewguiden blev udarbejdet med åbne spørgsmål. Den hermeneutiske tilgang kom til udtryk ved, at der blev foretaget en fortolkning af informanternes udsagn mhp., at skabe en dybere forståelse af empirien. Dette kom til udtryk ved, at der blev benyttet en begrebsstyret kodning og foretaget en rekontekstualisering af empirien ift. en bredere referenceramme. (58)

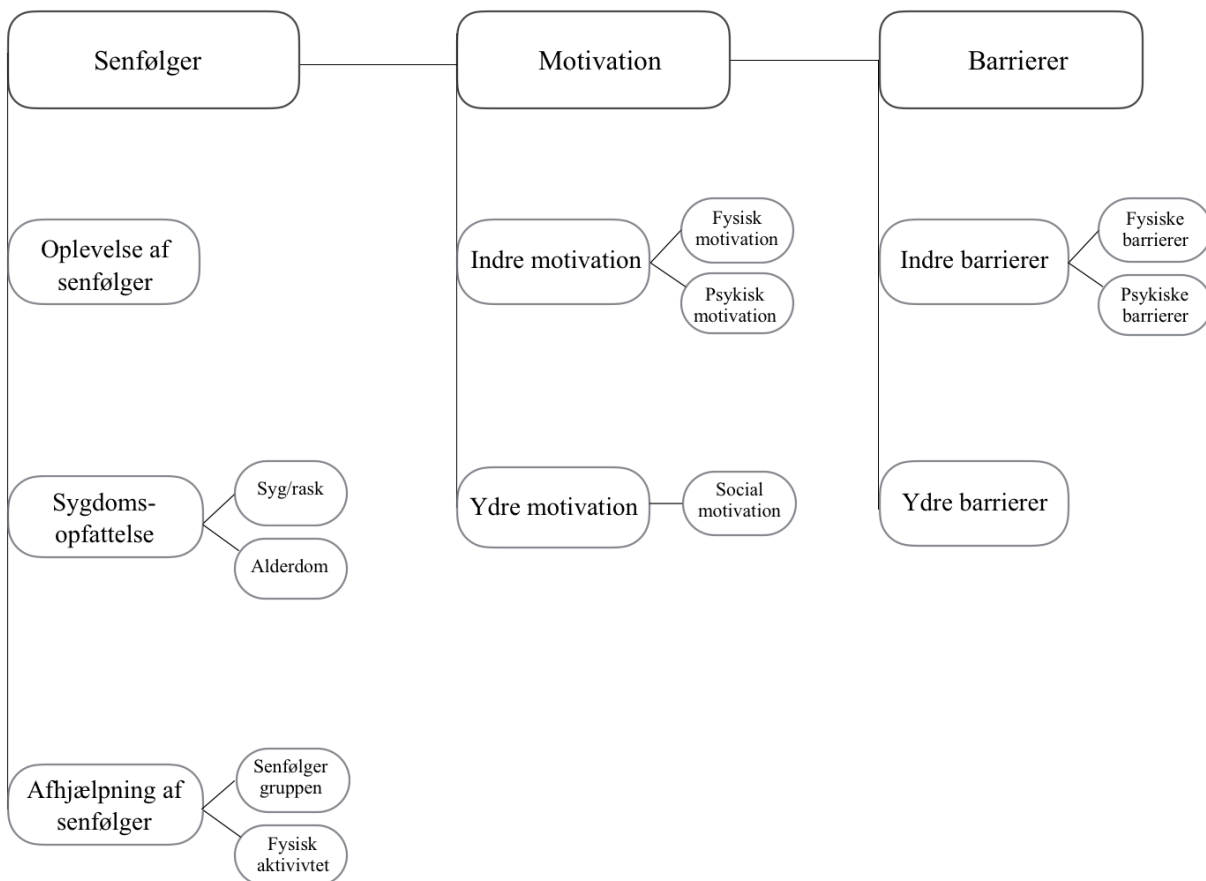
**Første trin** havde til formål, at skabe et helhedsindtryk ift. datamaterialet (58). Dette skete ved, at specialets medlemmer gennemlæste transskriberingerne af interviewene, for at kunne danne sig et helhedsindtryk af de to fokusgruppeinterviews. Der blev herved forsøgt at udvise en åbenhed over for datamaterialet (58).

**Andet trin** havde til hensigt, at skabe en organisering af de udsagn, som de identificerede meningsbærende enheder frembragte under forskellige kategorier. Her var det vigtigt, at der var plads til uventede aspekter, som ikke var forudset ift. problemstillingen. Der vil dog altid være en andel af datamaterialet, som vil være irrelevant for yderligere analyse. (58) I specialet blev de meningsbærende enheder tildelt en kategori. Denne proces kaldes en meningskategorisering, da der laves en strukturering og reducere af de meningsbærende enheder (58). Der anvendes en begrebsstyret tilgang, hvorfor der på forhånd blev opstillet forskellige mulige kategorier samt udformet en interviewguide, der tog udgangspunkt i specialets teori. For at kunne anvende en begrebsstyret tilgang er det, ifølge Kvale og Brinkmann (2009), essentielt, at empirien er indsamlet mhp. dets relevans og anvendelighed ift. den teori der anvendes (54).

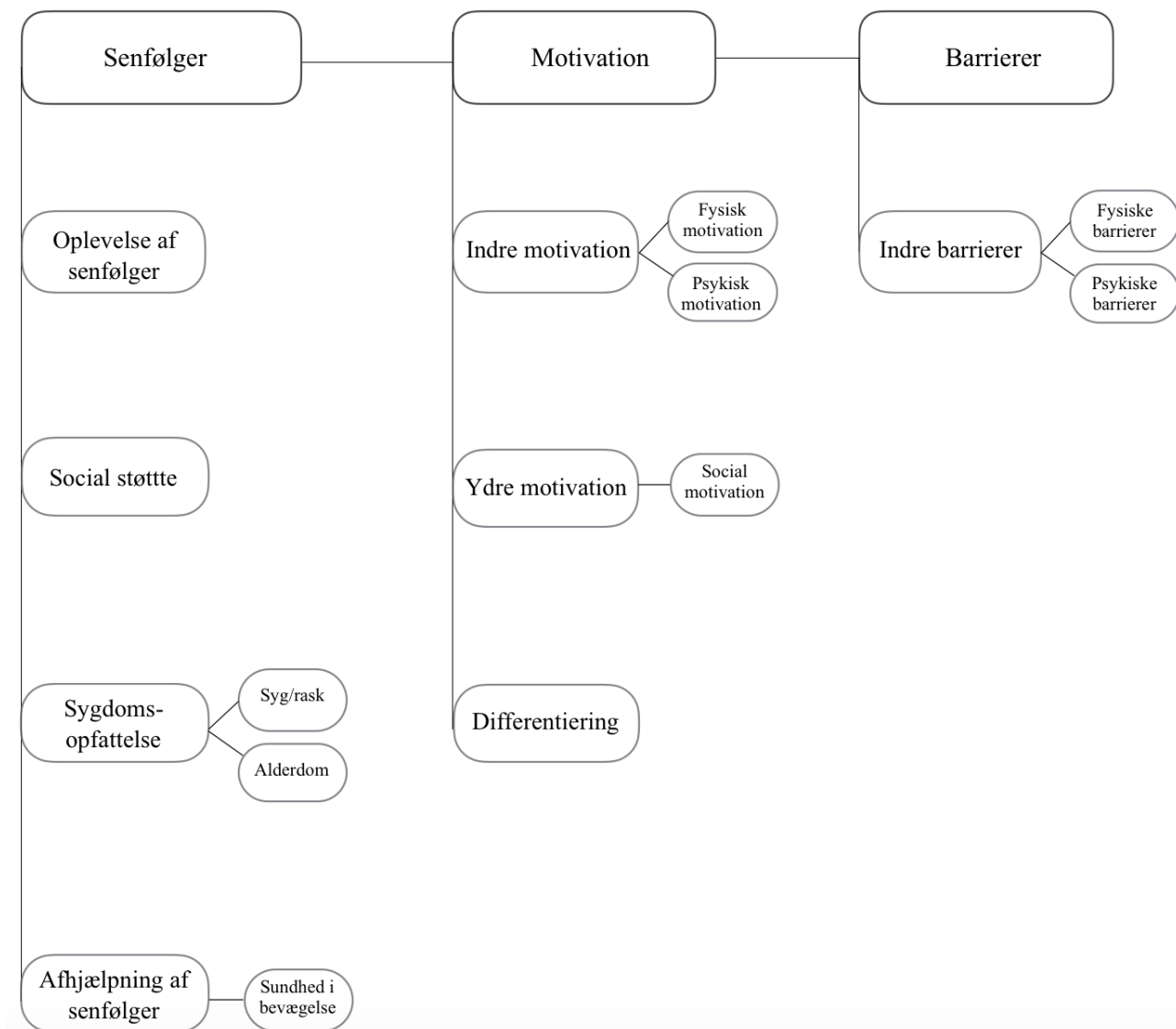
Dette gav anledning til, at der på forhånd blev opstillet tre koder: "Senfølger", "Motivation" og "Barrierer" for begge fokusgrupper, hvilket er afbilledet i hhv. figur 1 og 2. I Senfølgergruppen fremkom der under koden "Senfølger" følgende kategorier: "Oplevelse af senfølger", "Sygdomsopfattelse" og "Afhjælpning af senfølger". Til koden "Motivation" fremkom følgende kategorier: "Indre motivation" og "Ydre motivation". Under koden "Barrierer" fremkom der ligeledes to kategorier: "Indre barrierer" og "Ydre barrierer". Disse koder og kategorier er afbilledet i figur 1. I Sundhed i bevægelse blev der for

koden "Senfølger" fundet følgende kategorier: "Oplevelse af senfølger", "Social støtte", "Sygdomsopfattelse" samt "Afhjælpning af senfølger". Under koden "Motivation" fremkom der tre kategorier: "Indre motivation", "Ydre motivation" og "Differentiering". Til koden "Barrierer" blev der fundet følgende kategori: "Indre barrierer". Disse koder og kategorier er afbilledet i figur 2.

Ved kategorierne navngivet "Indre motivation" og "Indre barrierer", forstås indre, som de subjektive præferencer og begrænsninger, som individet besidder. Ved "Ydre motivation" og "Ydre barrierer" forstås ydre, som de påvirkninger, som individet oplever fra dets omgivelser. Dette kan eksempelvis være ifm. den kontekst, som individet befinder i.



Figur 1: Figuren viser det kodetræ der blev udarbejdet for Senfølgergruppen. Kodetræet afspejler tre koder: "Senfølger", "Motivation" og "Barrierer". Under hver enkelt kode ses de kategorier som blev fundet. Til højre for kategorien, ses eventuelle underkategorier.



Figur 2: Figuren viser det kodetræ der blev udarbejdet for Sundhed i bevægelse. Kodetræet afspejler tre koder: "Senfølger", "Motivation" og "Barrierer". Under hver enkelt kode ses de kategorier som blev fundet. Til højre for kategorien, ses eventuelle underkategorier.

**Tredje trin** bestod af en yderligere operationalisering af kategorierne, hvilket muliggjorde at kategorierne, såfremt det var nødvendigt, kunne ordnes i underkategorier eller sammenlægges (58). De meningsbærende enheder, der blev kategoriserede, blev derfor gennemgået mhp. at identificere underkategorier. Operationaliseringen foranledigede dermed, at der i Senfølgergruppen fremkom følgende underkategorier til "Sygdomsopfattelse": "Syg/rask" og "Alderdom". Desuden fremkom der to underkategorier til "Afhjælpning af senfølger": "Senfølgergruppen" og "Fysisk aktivitet". Til kategorien "Indre motivation", fremkom underkategorierne: "Fysisk motivation" og "Psykisk motivation" og ved "Ydre motivation" fremkom underkategorien "Social motivation". Under kategorien "Indre barrierer" blev der fundet underkategorierne: "Fysiske barrierer" og "Psykiske barrierer".



I Sundhed i bevægelse blev der til "Sygdomsopfattelse" ligeledes fundet underkategorierne: "Syg/rask" og "Alderdom". For kategorien: "Afhjælpning af senfølger" blev der fundet følgende underkategori: "Sundhed i bevægelse". Til kategorien "Indre motivation" fremkom underkategorierne: "Fysisk motivation" og "Psykisk motivation". Under kategorien "Ydre motivation" fremkom underkategorien: "Social motivation". Til kategorien "Indre barrierer" blev der fundet følgende kategorier: "Psykiske barrierer" og "Fysiske barrierer".

Der blev dermed i de tre første trin af analysestrategien foretaget en dekontekstualisering, hvor de meningsbærende enheder blev taget ud af konteksten, for at få tildelt en kategori, samt sorteret, hvis relevant, i underkategorier. (58)

**Fjerde trin** havde til hensigt at rekontekstualisere og fortolke kategorierne ved, at de blev sat i relation til en bredere referenceramme. Den hermeneutiske fortolkning i specialet havde fokus på at forstå datamaterialet, idet denne tilgang er velegnet til, at forstå data ift. dets helhed og kontekst. Udarbejdelsen af interviewguiden, som tog udgangspunkt i teori, bevirker en mulighed for at der kan skabes nye fortolkninger og en rekontekstualisering af empirien ift. en teoretisk referenceramme. (58) Dette skete i specialet ved, at analysere datamaterialet i relation til teorien. Rekontekstualisering kan, ifølge Malterud (2003), forebygge analytisk reduktionisme, hvilket kan sikre og bevare forbindelsen til informantens oplevelse af feltet og deres virkelighed (60).

Hele analyseprocessen blev udført i fællesskab af specialegruppens medlemmer. Praktisk foregik analysen ved, at printe de transskriberede fokusgruppeinterviews ud, for at kunne identificere de meningsbærende enheder, som blev klippet ud for derefter at inddele disse i kategorier.

#### **9.1.10 Ethiske overvejelser**

I dette afsnit vil de mikroetiske overvejelser, der er blevet reflekteret over ifm. specialets kvalitative undersøgelse, blive fremlagt. Mikroetik omhandler de etiske problemstillinger, der kan opstå i mødet med andre individer, som i forskningsmæssig sammenhæng kan udgøres af informanterne i et interview (54). Ifølge Kvale og Brinkmann (2009), bør der tages hensyn til etik gennem hele processen i interviewundersøgelsen. I et kvalitativt interview er det særligt de etiske retningslinjer ift. informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskerens rolle, der er essentielle for forskeren, at forholde sig til. (54)

For at imødekomme de ovennævnte retningslinjer, blev der derfor indhentet et informeret samtykke ifm. interviewsene. Inden interviewets begyndelse blev det sikret, at alle informanterne var indforstået med oplysningerne i det informerede samtykke, samt at de havde underskrevet dette inden interviewets begyndelse. (54) Derudover blev der ifm. interviewet informeret om, at data ville blive slettet

efter brug. Dette skete i henhold til overholdelse af Persondataloven, hvor der bl.a. står beskrevet, at data skal slettes efter brug (61).

Fortrolighed består i en interviewsituation i, at de udsagn informanterne beretter om, omhandler deres private liv, og derfor skal behandles som følsomme data. Ifølge Persondataloven, skal personfølsomme data opbevares forsvarligt, ved at data anonymisere, således at de ikke giver mulighed for at identificere de informanter, der har medvirket i forskningen. (61) Fortroligheden i specialets fokusgruppintervju blev sikret ved, at informanternes navne blev anonymiseret, således at deres identitet ikke fremgik af specialet. Det kan dog være vanskeligt, at sikre denne anonymitet fuldstændig i et interview, på samme vis som det kan ved f.eks. en spørgeskemaundersøgelse, hvor de data der fremkommer, er mere generelle ift. alle deltagerne, hvorimod de data der fremlægges i specialet, vil være af privat og subjektiv karakter i form af specifikke citater.

Det er vigtigt, at sikre, at forskningen ikke skader eller krænker informanternes privatliv eller medfører en evt. stigmatisering af informanterne. Det kan imidlertid være svært, at vurdere hvor disse grænser nås hos det enkelte individ, og det kan derfor være relevant, at anvende en "situationel etik" ift. at kombinere viden og indsigt ift. den empiriske kontekst, så forskeren har en fornemmelse for hvad der er korrekt og ukorrekt. (62) Det blev derfor forsøgt undgået, at interviewsituationen medførte skadelige konsekvenser hos informanterne. Dette blev gjort ved, at reflektere over hvilke mulige skadelige konsekvenser, der kan opstå hos informanterne i interviewsituationen, samt den gruppe de repræsenterer (54). Det blev vurderet, at der under interviewsituationen var risiko for, at der blev talt om emner, som kunne påvirke informanterne følelsesmæssigt, da de kan opleve senfølger, som f.eks. seksuelle senfølger eller psykiske senfølger, som depression, hvilke vurderes til, at være følsomme emner. Det vurderes imidlertid, at specialets interviews ikke medførte en skadelig påvirkning af informanterne, da der ikke blev spurgt direkte ind til disse. Herved blev der givet en frihed, således at informanterne selv kunne vælge, om de ønskede, at afgive personfølsomme oplysninger under interviewet.

Kvalitative interviews indebærer, at der er en åbenhed og intimitet mellem forskeren og informanten, som imidlertid kan bevirke, at informanten lader sig medrive af stemningen, og derved kan komme til at oplyse om noget, de kan komme til fortryde senere hen (54). Dette blev forsøgt undgået i specialet ved, at strukturere fokusgruppintervjuene med en semistrukturerede interviewguide, hvor det samtidig blev forsøgt, at lytte opmærksomt ved følsomme emner. Der kan imidlertid opstå etiske dilemmaer ved, at involvere sig for meget som en terapeutisk forsker ift. informantens intimitet. Såfremt der ikke rettes forståelse herfor, kan det for informanten medføre en følelse af, at forsker er uinteresset i dets oplevelser, hvilket ligeledes er etisk ukorrekt. Forskerens personlighed og integritet har

derfor en stor betydning for kvaliteten af den viden, der fremkommer i et kvalitativt interview. En forsker er derfor nødsaget til, at besidde en adfærd, der er moralsk ansvarlig. (54) Det blev derfor valgt, at interviewereren skulle give plads til, at informanterne kunne udtrykke sig frit, og derved ikke afbrød samtalen.

## **9.2 Litteratursøgning**

Dette afsnit har til formål, at beskrive hvordan specialets litteratursøgning blev foretaget. Litteratursøgningen blev foretaget i to faser. I specialets indledende fase blev der foretaget en ustruktureret litteratursøgning, hvorefter der blev foretaget en systematisk litteratursøgning.

### **9.2.1 Ustruktureret litteratursøgning**

Formålet med den ustrukturerede litteratursøgning var, at fremsøge videnskabelig litteratur omkring senfølger efter kræftbehandling, som kunne belyse, hvor der eksisterede en mangel på viden, som kunne danne grundlag for en videre udforskning i specialet (63). Denne litteratursøgning dannede ydermere grundlag for udarbejdelse af specialets problemanalyse, og bidrog til at specialegruppen tilegnede sig en grundviden omkring emnet.

Den ustrukturerede litteratursøgning blev foretaget ved søgning på kontrollerede emneord samt fritekstsøgninger i følgende videnskabelige databaser: Sociological Abstracts, PubMed, Embase, Cochrane, PsycInfo, Cinahl og Scopus. Derudover blev Google Scholar ligeledes afsøgt. Dette blev gjort mhp. at fremsøge internationale studier omkring emnet. Derudover blev [www.bibliotek.dk](http://www.bibliotek.dk) afsøgt for at fremsøge danske udgivelser på området, hvor bl.a. den danske udgivelse "Kræft - senfølger og rehabilitering" af Christoffer Johansen blev fundet. Udgivelsen indeholder en opsamling af den eksisterende viden omkring senfølger både på nationalt og internationalt plan. Der blev foretaget kædesøgning ud fra bogens referenceliste, da den refererer til en stor mængde videnskabelige studier. Ydermere blev hjemmesider med relevans for problemfeltet afsøgt, herunder [www.cancer.dk](http://www.cancer.dk) og [www.cancer.dk/senfoelger/](http://www.cancer.dk/senfoelger/).

Udover at den ustrukturerede litteratursøgning bidrog til fremsøgning af relevant litteratur til anvendelse i specialets problemanalyse, medvirkede den ligeledes til lokalisering af relevante søgetermer til videre anvendelse i den systematiske litteratursøgning.

### **9.2.2 Systematisk litteratursøgning**

I følgende afsnit vil det blive ekspliceret hvorledes specialets systematiske litteratursøgning blev foretaget. Den systematiske litteratursøgning havde til formål, at fremsøge videnskabelige studier, der kunne medvirke til besvarelse af specialets problemformulering. I dette afsnit vil det blive beskrevet hvilke databaser, der blev afsøgt, hvilken søgestrategi og hvilke søgetermer der blev anvendt. Herefter

vil det blive beskrevet på hvilket grundlag studier blev inkluderet/ekskluderet i litteraturstudiet, og der vil blive givet et overblik over antallet af søgehits og inkluderede studier. Til slut vil det blive beskrevet, hvordan kvaliteten af de inkluderede studier blev vurderet.

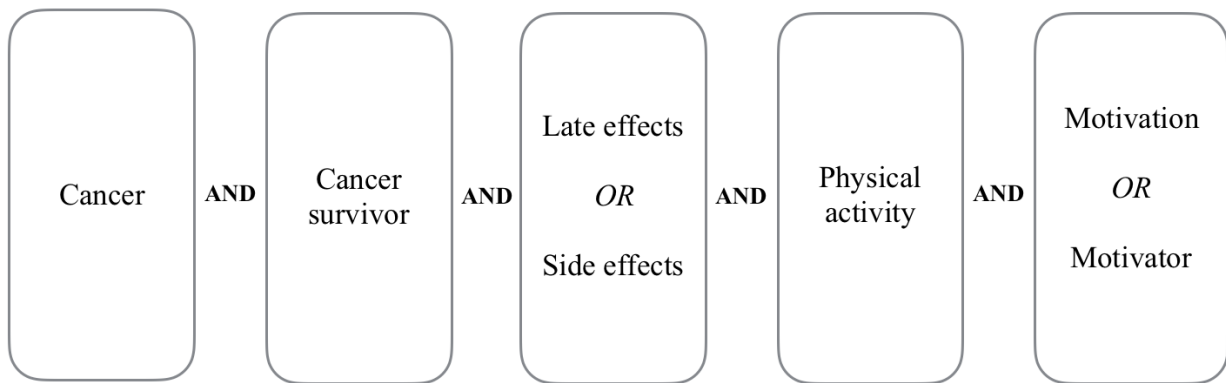
### **9.2.2.1 Databaser**

Den systematiske litteratursøgning blev foretaget i følgende syv videnskabelige databaser: Sociological Abstracts, PubMed, Embase, Cochrane, PsycInfo, Cinahl og Scopus. Disse databaser blev udvalgt til afsøgning, da de blev fundet relevante ift. at kunne indeholde relevante studier ift. besvarelse af specialiets problemformulering. Der henvises til bilag 4 for en grundigere argumentation for, hvorfor de enkelte databaser er inkluderet i litteraturstudiet.

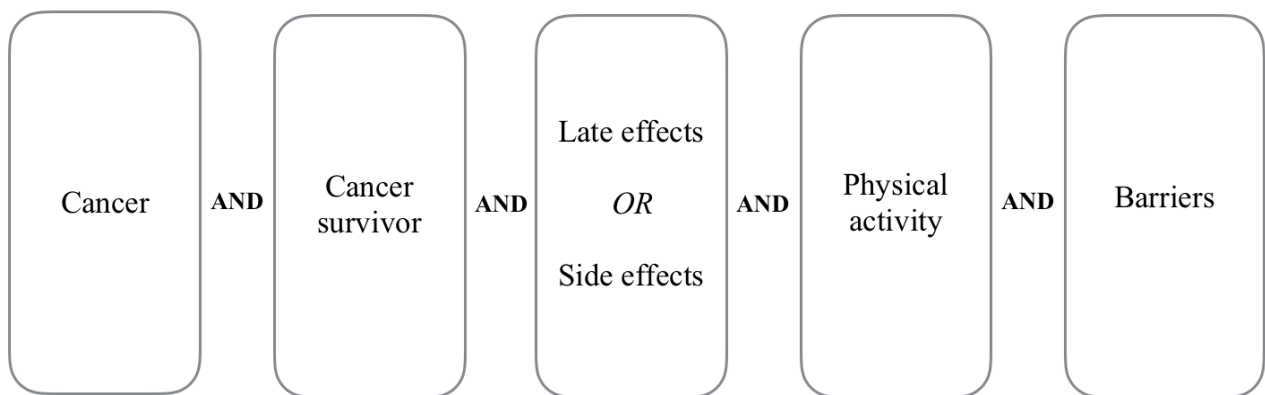
### **9.2.2.2 Søgestrategi**

I dette afsnit vil den anvendte søgestrategi blive ekspliciteret. Udformningen af en søgestrategi har til formål, at skabe transparens og overblik over hvorledes indsamlingen af information er foregået (64). Det er tilstræbt at den systematiske søgning er beskrevet så detaljeret, at reliabiliteten af søgningen er sikret, og søgningen vil kunne genskabes af andre (63).

Strategien for den systematiske søgning blev udformet som en bloksøgning. Ved en bloksøgning oversættes problemformuleringens forskellige elementer til blokke, hvor søgeordene i den enkelte blok skal være synonyme (63,64). Der blev foretaget to bloksøgningerne, som havde til hensigt, at afdække hhv. motivation og barrierer ift. udøvelse af gruppebaseret fysisk aktivitet blandt ældre kræftoverlevende med senfølger. Inden specialegruppen valgte, at anvende søgestrategien med to bloksøgninger, blev det forsøgt at inkludere både "motivation" og "barrierer" i en enkelt bloksøgning, således den bestod af seks blokke. En prøvesøgning af denne strategi viste sig imidlertid at være for specifik, og gav meget få eller ingen resultater. Af denne grund blev det valgt, at foretage to bloksøgninger i stedet. De to bloksøgninger er identiske bortset fra blok 5, som består af hhv. "motivation" i bloksøgning 1 (se figur 3) og "barrierer" i bloksøgning 2 (se figur 4). Til søgningen blev der anvendt boolske operatører, som anvendes til at kombinere søgninger. I hver blok blev "OR" anvendt, således søgningen på blokken afgav foreningsmængden af søgeordene i blokken. Til kombination af blokkene blev der anvendt "AND", hvilket afgiver fællesmængden af blokkene kombineret. (63)



Figur 3: Figuren illustrerer søgestrategien og de anvendte søgetermer i bloksøgning 1.



Figur 4: Figuren illustrerer søgestrategien og de anvendte søgetermer i bloksøgning 2.

### 9.2.2.3 Søgeord

I dette afsnit vil de anvendte søgetermer blive beskrevet, og der vil blive argumenteret for anvendelsen af disse. Som tidligere nævnt blev de anvendte søgeord identificeret via studierne, der blev fremsøgt ved den ustrukturerede søgning. De anvendte søgeord er afbilledet i de to ovenstående figurer, hvilke skal anses som overordnede skabeloner. Dette skyldes at der forekommer en variation databaserne imellem ift. hvilke søgetermer der er tilgængelige. (64) Dette skyldes, at databaserne har forskelligt akademisk fokus hvor PubMed f.eks. er en naturvidenskabelig database og f.eks. Sociological Abstracts har et mere sociologisk fokus.

Gennem den indledende søgning blev "Late effects" identificeret, som det søgeord der var mest dækkende ift. at beskrive senfølger (4). "Late effects" var dog ikke tilgængelig som et kontrolleret søgeterm i nogen af databaserne, hvorfor det blev søgt som fritekst med trunkering: "Late effect\*". Trunkering anvendes for at inkludere alle sammensætninger og endelser i søgningen (64). Det blev desuden valgt, at medtage søgetermen "Side effect", da søgetermen blev anvendt synonymt med senfølger i nogle af

de videnskabelige studier. Specialegruppen var her opmærksom på, at dette kunne medføre at søgningen ville afkaste nogle resultater omhandlende kræftpatienter, der oplevede bivirkninger af kræftbehandling. Dette blev derfor medtaget som et fokuspunkt specialegruppen skulle være specielt opmærksom på i udvælgelsen af studier.

"Cancer survivors" er anvendt som søgeterm til at afsøge kræftoverleveres perspektiv. Der er dog en manglende konsensus på forskningsområdet vedrørende hvordan "cancer survivors" defineres. I USA dækker "cancer survivors" over hele oplevelsen igennem et kræftbehandlingsforløb. Betegnelsen dækker således fra den dag et individ får stillet en kræftdiagnose, igennem kræftbehandlingsforløbet og til individet erklæres sygdomsfri, og er på den anden side af et afsluttet kræftbehandlingsforløb. I Europa dækker "cancer survivors" over individer der har afsluttet kræftbehandling, og er erklærede sygdomsfrie. I nogle tilfælde medtages individer der modtager efterbehandling, eller som lever med en kronisk kontrolleret kræftsygdom i den europæiske definition. (65) I specialet arbejdes der ud fra den europæiske definition, hvor kræftoverlevende defineres ved, at være erklærede sygdomsfrie. Grundet den manglende konsensus på forskningsområdet vedrørende hvordan termen defineres, var specialegruppen herved opmærksomme på, at søgningen kunne afkaste nogle resultater, der omhandlede kræftpatienter i behandling. Specialegruppen var derfor opmærksomme på, at frasortere disse i udvælgelsesprocessen. "cancer survivors" var kun tilgængelig som kontrolleret søgeterm i få databaser, hvorfor det blev søgt som frase i fritekstsøgning med trunkering: "cancer surviv\*". Søgeordet blev trunkeret mhp. at medtage "cancer survival", "cancer survivors", som udspringer af ordstammen (64).

Det blev fravalgt, at søge på gruppebaseret fysisk aktivitet, da en prøvesøgning viste, at der ikke kom nogle hits derved. Studier der omhandlede gruppebaseret fysisk aktivitet, var indekseret under fysisk aktivitet, hvorfor det blev vurderet at "physical activity" var et dækkende term.

Overordnet gjorde det sig gældende for søgeordene, at såfremt der blev søgt på et kontrolleret søgeterm, blev det suppleret med en fritekstsøgning på søgetermen. Dette blev gjort for at sikre, at søgningen inkluderede nye studier, som endnu ikke var blevet indekseret under søgetermer endnu. I de tilfælde hvor der blev anvendt frasesøgning<sup>11</sup> i fritekstsøgningerne, f.eks. "physical activity" eller "cancer survivor", blev fraserne søgt i anførselstegn, da ordene således blev søgt i den angivne rækkefølge.

---

<sup>11</sup> Frasesøgning: Når der søges flere ord i en fritekstsøgning, f.eks. "cancer survivor" (63).

#### **9.2.2.4 Inklusions- og eksklusionskriterier**

Forud for gennemgangen af resultaterne fra søgningerne blev der opstillet en række inklusions- og eksklusionskriterier. Disse havde til formål, at sikre relevansen ift. besvarelse af specialets problemformulering. Ved at indbygge disse kriterier i søgestrategien, er det muligt at gøre søgningen mere præcis, og sikre at søgningen munder ud i et overskueligt antal resultater (64).

##### ***Inklusionskriterier***

For at studierne kunne inkluderes i litteraturstudiet, var det en forudsætning, at de var skrevet på engelsk, dansk, svensk eller norsk, da den sproglige forståelse var essentiel for den videre anvendelse af studierne. Derudover blev det fundet relevant kun at inkludere studier der var foretaget i lande, der var sammenlignelige ift. danske forhold, herunder Europa, USA osv.. Der blev kun inkluderet studier, som havde kræftoverlevende som målgruppe. Ydermere blev alle kræftformer og alle former for senfølger inkluderet i litteraturstudiet. Målgruppen for specialet er de ældre kræftoverlevende, hvorfor der blev opstillet et kriterie omkring at studiernes målgruppe ligeledes skulle være 65+ år. Derudover skulle studierne omhandle gruppebaseret fysisk aktivitet, da det er denne form for intervention specialet fokuserer på.

##### ***Eksklusionskriterier***

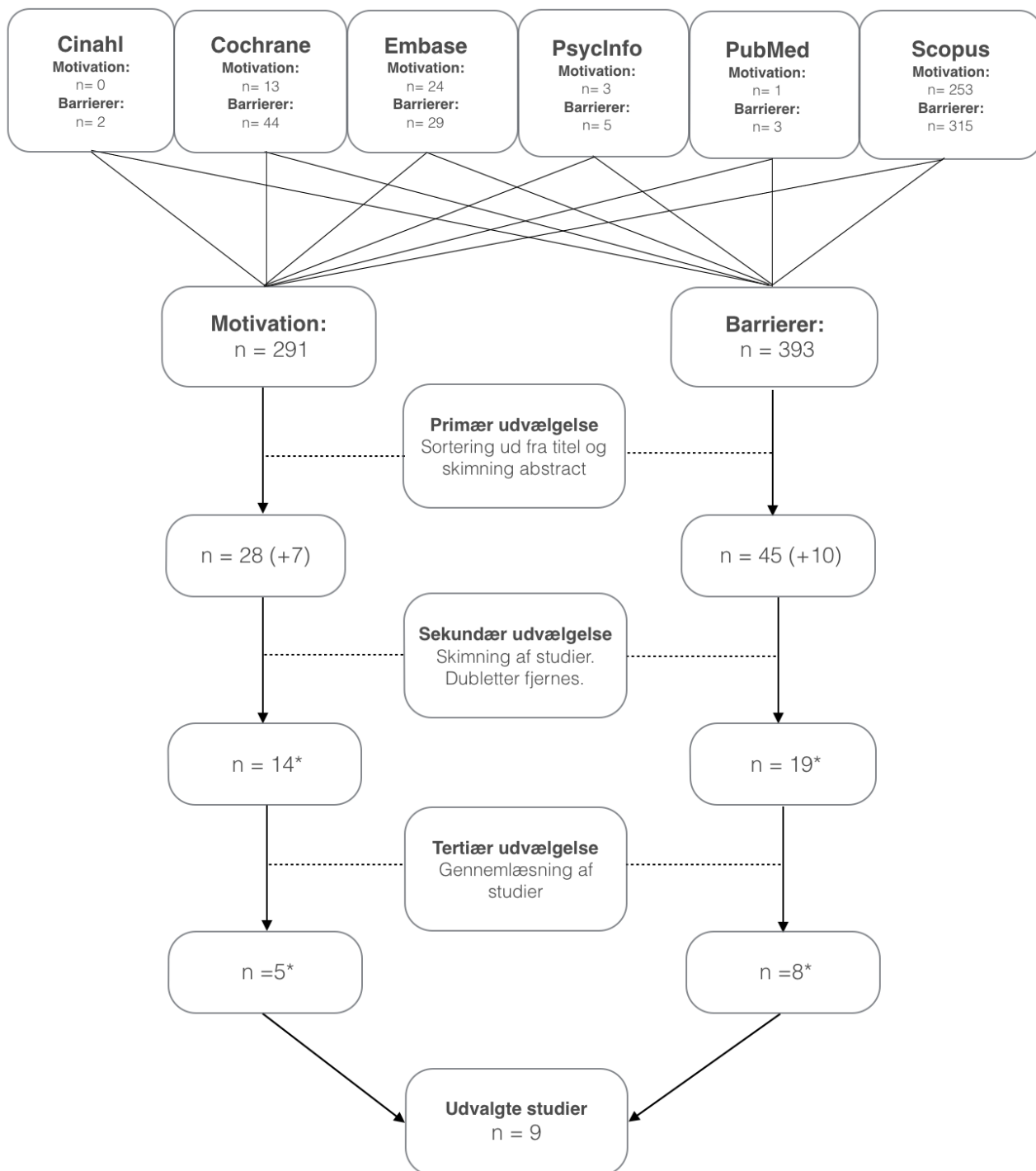
Studierne omhandlende kræftpatienter blev ekskluderet, da der således kunne være tvivl om, hvorvidt senfølgerne var faktiske senfølger eller udtryk for bivirkning som følge af kemo- eller strålebehandling. Derudover blev studier omhandlede kræftoverlevende under 65 år ekskluderet. Ydermere blev studier foretaget under ikke-vestlige forhold ekskluderet. Inklusions- og eksklusionskriterierne er anvendt i udvælgelsesprocessen, hvilket er beskrevet i næste afsnit.

#### **9.2.2.5 Udvalgelse af litteratur**

Udvælgelsen af studier til inddragelse i litteraturstudiet foregik i en tredelt proces, som er afbilledet i figur 5. Søgningen, der blev foretaget i databasen Sociological Abstracts, fremgår ikke af figuren, da søgningen ikke afgav nogle hits, hverken i søgning 1 eller 2. Bloksøgningen omhandlende motivation afgav 291 resultater tilsammen for de syv databaser. I den primære udvælgelse blev disse studier gennemgået pba. titel og skimning af abstract, og der blev udvalgt 28 studier, hvoraf der var yderligere syv dubletter. Bloksøgning omhandlende barrierer afgav 393 hits, hvoraf 45 studier blev udvalgt igennem den primære udvælgelse. Derudover var der yderligere 10 dubletter. I den sekundære udvælgelse blev studierne skimmet mhp. at vurdere hvorvidt de opfyldte de opstillede inklusionskriterier. Herfra blev 14 studier udvalgt fra bloksøgningen om motivation og 19 studier fra bloksøgningen om barrierer. Ud af de tilsammen 33 studier, blev der identificeret ni dubletter imellem de to bloksøgninger, hvorefter det samlede antal studier var 24. Fem af disse studier var ikke tilgængelige via onlineadgang, hvorfor

de blev bestilt via fjernlån gennem Aalborg Universitetsbibliotek. Den tertiære vurdering af de 24 studier havde fokus på relevans ift. besvarelse af specialets problemformulering. Således blev der udvalgt hhv. fem studier fra søgningen om motivation og otte studier fra søgningen om barrierer. Ud af de 13 studier, blev der identificeret fire dubletter, således at det samlede antal studier, der blev inkluderet i specialets litteraturstudie, endte på ni studier.





Figur 3: Figuren afbilleder udvælgelsen af studier, som blev foretaget i en tredelt proces. I øverste række er de seks af søgte databaser (Sociological Abstracts er ikke afbilledet, da der ikke blev fundet nogen hits i denne database) præsenteret, samt antallet af hits ved de to bloksøgninger. Ud af 291 ved bloksøgningen om motivation, blev der udvalgt 28 (+7 dubletter) ved den primære, 14\* ved den sekundære udvælgelse og 5\* ved den tertiære udvælgelse. Ud af 393 hits ved bloksøgningen om barrierer blev der udvalgt 45 (+10 dubletter) hits ved den primære udvælgelse, 19\* hits ved den sekundære og 8\* ved den tertiære. I alt blev der inkluderet ni studier til inklusion i litteraturstudiet. \* = udtrykker at der eksisterede dubletter mellem de to søgninger.

De ni inkluderede studier er karakteriseret ved følgende studiedesigns: kvalitative interviewundersøgelser (5 stk.), RCT-studie (1 stk.), kohortestudie (1 stk.), mixed-methodsstudie (1 stk.) samt oversigtsartikel (1). Studiernes forfattere, titel, studiedesign og anvendt tjekliste til kvalitetsvurdering er afbilledet i tabel 3.

Tabel 3: Tabellen giver et overblik over de ni studier, der blev inkluderet i litteraturstudiet. I tabellen præsenteres studiernes forfattere, titler og studiedesigns. Ydermere er det angivet hvilke tjeklister der er anvendt til vurdering af studiernes metodologiske kvalitet. \* = oversigtsartiklen er vurderet pba. af et skema, som specialegruppen udformede til dette formål.

Forfattere	Titel	Studiedesign	Anvendt tjekliste
<b>Rogers et al. (2011)</b>	<i>Reduced barriers mediated physical activity maintenance among breast cancer survivors</i>	RCT	CASP
<b>Wurz et al. (2015)</b>	<i>Breast cancer survivors' barriers and motives for participating in a group-based physical activity program offered in the community</i>	Interviewundersøgelse	VAKS
<b>Hefferon et al. (2013)</b>	<i>Understanding barriers to exercise implementation 5-year post-breast cancer diagnosis: a large-scale qualitative study</i>	Interviewundersøgelse	VAKS
<b>van Putten et al. (2016)</b>	<i>Correlates of physical activity among colorectal cancer survivors: results from the longitudinal population-based profiles registry</i>	Kohortestudie	STROBE
<b>Galantino et al. (2012)</b>	<i>A Qualitative Exploration Of The Impact Of Yoga On Breast Cancer Survivors With Aromatase Inhibitor-associated Athralgias</i>	Interviewundersøgelse	VAKS
<b>Courneya et al. (2004)</b>	<i>Exercise issues in older cancer survivors</i>	Oversigtsartikel	*
<b>Beidas et al. (2014)</b>	<i>A Hybrid Effectiveness-Implementation Trial of an Evidence- Based Exercise Intervention for Breast Cancer Survivors</i>	Mixed-methods (Kohortestudie og interviewundersøgelse)	STROBE VAKS
<b>Craike et al. (2011)</b>	<i>An exploratory study of the factors that influence physical activity for prostate cancer survivors</i>	Interviewundersøgelse	VAKS
<b>Martin et al. (2015)</b>	<i>Breast and Prostate Cancer Survivor Responses to Group Exercise and Supportive Group Psychotherapy</i>	Interviewundersøgelse	VAKS

### **9.2.2.6 Vurdering af litteratur**

Som det fremgår af tabel 3, så er der foretaget kritiske vurderinger af alle studierne, der indgår i litteraturstudiet mhp., at vurdere studiernes metodologiske kvalitet. Artikelvurderingerne er foretaget vha. anvendelse af tjeklister, som bl.a. er udformet af Centre for Evidence-based Medicine Oxford. Anvendelsen af disse tjeklister giver muligheden for, at vurdere studiernes kvalitet på en forholdsvis objektiv måde, hvilken kan dokumenteres og reproduceres. Tjeklisterne er redskaber, der kan medvirke til, at vurderingen sker på ensartet vis, hvilket kan mindske den subjektivitet, der uundgåeligt forekommer blandt forskellige læsere af samme studie. Hvilken tjekliste der er mest anvendelig afhænger af, om forskningen baserer sig på kvalitativ eller kvantitativ metode, samt hvilket studiedesign der er anvendt i artiklen (64). Til vurderingen af de kvantitative studier blev der anvendt hhv. STROBE og CASP, afhængig af studiedesign. Ydermere blev vurderingen af kvalitative studier foretaget vha. tjeklisten "Vurdering Af Kvalitative Studier" (VAKS), som er udarbejdet af en arbejdsgruppe fra Dansk Sygeplejeselskab. Artikelvurderingerne kan ses i deres fulde længde i bilag 5. Ydermere er der for hvert studie udformet et referat, som kan ses i bilag 6. Referaterne indeholder desuden en vurdering af studiets metodologiske kvalitet, samt en beskrivelse af studiets relevans ift. specialets problemstilling.

## **9.3 Metodediskussion**

De følgende afsnit vil indeholde en kritisk diskussion af specialets anvendte metodiske tilgang. Metodediskussionen er inddelt i to dele bestående af hhv. en diskussion af litteraturstudiet og en diskussion af den kvalitative metode.

### **9.3.1 Diskussion af litteraturstudiet**

Dette afsnit indeholder en diskussion af kvaliteten af litteraturstudiet mhp., at foretage en vurdering af validiteten og reliabiliteten heraf. Der vil blive reflekteret over kritiske elementer ift. inklusions- og eksklusionskriterier samt vurdering af de inkluderede studier.

#### **9.3.1.1 Inklusions- og eksklusionskriterier**

Som beskrevet i metodeafsnittet, var det var ikke muligt at overholde alle inklusions- og eksklusionskriterier, der blev opstillet ifm. udvælgelsesprocessen. Det var bl.a. vanskeligt at overholde det opstillede inklusionskriterie omhandlende, at kræftoverleveren skulle være 65+ år, da søgningen afgav få hits med denne målgruppe. Dette resulterede i, at specialegruppen inkluderede otte studier, hvor gennemsnitsalderen var lavere end 65+ år. Aldersgruppen i studiet af Courneya et al. (2004) inkluderede dog 65+-årige (14). I de resterende studier varierede gennemsnitsalderen for kræftoverleverne fra 55.0-63.5 år. Der var imidlertid et studie med en gennemsnitsalder på 69.6 år, hvor der dog samtidig indgik kræftoverleverne der var under 65 år (66). Ydermere var der to studier, der ikke havde udregnet

en gennemsnitsalder for deres informanter, men blot beskrev, at disse var imellem hhv. 29-76 år og 25-80 år (45,67). Studierne blev imidlertid inddraget, idet der blev fundet en begrænset mængde forskning indenfor specialets problemstilling, hvorfor der blev inddraget studier, såfremt de blev vurderet relevante ifm. besvarelsen af specialet problemstilling. Dette svækker imidlertid litteraturstudiets interne validitet, at det ikke har været muligt, at overholde alderskriteriet, da det således ikke udelukkende er 65+-årige der undersøges. I kraft af at aldersgruppen er yngre, kan dette bevirke, at disse individer kan opleve andre barrierer end de 65+-årige. Det kan f.eks. formodes, at den yngre aldersgruppes følgesygdomme ikke er ligeså udtalte som 65+-åriges, hvorfor omfanget af barrierer f.eks. kan være underpræsenteret gennem litteraturstudiet.

Det var ligeledes heller ikke muligt udelukkende, at inkludere studier, der indeholdte gruppebaseret fysisk aktivitet. Der blev dermed inkluderet to studier, som ikke indeholdte gruppebaseret fysisk aktivitet, hvilket ligeledes svækker den interne validitet (66,68).

Det blev ydermere valgt, at opstille et inklusionskriterium om udelukkende, at inkludere studier fra vestlige lande. Dette havde til hensigt, at sikre sammenligneligheden ift. specialets resultater fra den kvalitative undersøgelse. Der blev imidlertid inkluderet et studie fra USA, hvor det blev vurderet, at der er betragtelig forskel ift. hvordan sundhedssystemet er organiseret ift. danske forhold, hvilket fordrer at specialegruppen er opmærksom herpå i sammenligningen af litteraturstudiet med specialets kvalitative undersøgelse.

### **9.3.1.2 Vurdering af studier**

Der blev i specialet anvendt officielle tjeklister til vurdering studiernes metodologiske kvalitet. Anvendelsen af tjeklister havde til formål, at vurdere studierne på systematisk og ensartet vis. Herved blev tjeklisterne et redskab til, at mindske den subjektivitet der kan forekomme, når flere individer vurderer studier. (64) Der er i litteraturstudiet blevet inddraget et mixed methods-studie samt en oversigtsartikel. Der findes ikke officielle tjeklister, som er udformet specifikt til disse former for studiedesigns. Det blev derfor valgt, at udføre både VAKS- og STROBE-tjekliste på mixed methods-studiet, hvilket dermed har sikret, at dette studie blev vurderet ensartet ift. de andre studier i specialet. Ifm. vurderingen af oversigtsartiklen, udformede specialegruppen en tjekliste til dette formål, som indeholdte de punkter der blev fundet relevante. Der blev hentet inspiration fra officielle tjeklister ift. udformningen heraf. Dette kan imidlertid alligevel betyde, at studiet ikke er vurderet på samme systematiske og ensartede vis, som de andre studier, der er inddraget i litteraturstudiet.

I litteraturstudiet blev der inddraget både kvantitative og kvalitative studier, da dette blev vurderet til, at kunne belyse specialets problemstilling fra et bredere og mere komplekst perspektiv. Samtidig blev

der inkluderet fem kvalitative studier, da det blev vurderet, at dette var hensigtsmæssigt ift. at kunne validere specialets kvalitative undersøgelse. (48)

### **9.3.2 Diskussion af specialets kvalitative undersøgelse**

I følgende afsnit vil kvaliteten af specialets kvalitative undersøgelse blive diskuteret. Først vil kodningen af empirien blive diskuteret, hvorefter der vil blive foretaget en vurdering af resultaternes analytiske generaliserbarhed.

#### **9.3.2.1 Kodning af empiri**

Det blev valgt, at analysere empirien ud fra fire analysetrin, hvoraf tredje trin bestod af en operationalisering, hvor koderne blev inddelt i kategorier. Her blev det valgt, at inddele både "Motivation" og "Barrierer" i kategorier bestående af hhv. "Indre motivation/barrierer" og "Ydre motivation/barrierer". Det kan imidlertid diskuteres, hvorvidt denne opdeling henviser til informanternes egen oplevelse af hvad deres indre og ydre motiverende faktorer/barrierer er, da disse kategorier er opstillet af specialegruppen, hvormed det er deres forståelse herfor, som det udspringer af.

#### **9.3.2.2 Analytisk generaliserbarhed**

Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) er formålet med interviewundersøgelser ikke at generalisere, men at opnå en viden, som produceres ud fra en kontekst, og således bærer en værdi i sig selv. Den analytiske generaliserbarhed henviser ikke til, at kunne generalisere resultaterne ud, men om den viden der produceres i en specifik kontekst, kan være angivende for, hvad der kunne forekomme i en anden lignende kontekst. (54) Det er dermed essentielt, at sikre, at de karakteristika, der er vigtige ift. problemstillingen fremlægges således, at det er muligt for læseren at foretage en vurdering pba. dette. (48)

I specialets blev der rekrutteret ældre kvindelige kræftoverlevere med senfølger, hvilket betyder at resultaterne herfor, derved kan være angivende for andre ældre kvindelige kræftoverlevere der oplever senfølger, såfremt de begår sig i en lignende kontekst. Den analytiske generaliserbarhed svækkes imidlertid, idet specialets problemstilling ønskede, at udforske både mandlige og kvindelige kræftoverleveres perspektiver. Der blev imidlertid inddraget studier med mandlige informanter i litteraturstudiet, hvormed det manglende mandlige perspektiv blev belyst derigennem.

Under rekrutteringen af informanter opstod der selektionsbias, idet det først under interviewet blev fundet, at en informant stadig havde kræft. Dermed kunne denne informant ikke overholde specialets inklusionskriterie ift. at være færdigbehandlet. Der kan derfor opstå tvivl om, hvorledes de senfølger hun beskrev, kan skyldes bivirkninger fra hendes nuværende behandling. Dette kan dermed have betydning for specialets analytiske generaliserbarhed ift. at denne informants udsagn er anvendt som angivende for andre ældre kvindelige kræftoverlevere med senfølger.

Der skal yderligere tages forbehold for, at en af informanterne fra Senfølgerforeningen besad en stor viden om senfølger efter kræftbehandling, idet hun var bestyrelsesmedlem i Senfølgerforeningen. Dette kan dermed have haft en betydning for specialets resultater, idet informantens udsagn kan tage afsæt i en mere kompleks viden om senfølger, hvormed det er nødvendigt reflektere over, om udsagnene kan være angivende for den viden, som andre ældre kvindelig kræftoverlever med senfølger vil besidde. Det kan dermed have svækket den analytiske generaliserbarhed, at anvende hendes udsagn sidestillet med de andre informanter.

Specialets informanter består af kræftoverlevende med senfølger, der deltager i tilbud mhp. at afhjælpe deres senfølger. Herved kan der argumenteres for, at informanterne repræsenterer ressourcestærke, ældre, kvindelige kræftoverlevende, da de selv forsøger, at gøre noget for at håndtere livet med senfølger. Samtidig kan overførbarheden af specialets resultater ift. mindre ressourcestærke kræftoverlevende således være svækket, da disse individers perspektiver ikke er repræsenteret blandt informanterne. Der er således behov for udforskningen af denne målgruppes perspektiver, hvor rekrutteringen af informanter ikke skulle foretages via eksisterende tilbud til kræftoverlevende med senfølger.

## **10. Analyse af den kvalitative undersøgelse**

I følgende afsnit vil empirien fra de to fokusgruppeinterviews i hhv. Senfølgergruppen og Sundhed i bevægelse blive analyseret. Først vil analysen af Senfølgergruppen blive præsenteret, efterfulgt af analysen af Sundhed i bevægelse. Analysen af fokusgruppeinterviewsene afsluttes med en komparativ analyse, hvori der vil blive fokuseret på forskelle og ligheder mellem de to grupper. Igennem analysen vil empirien blive analyseret ud fra Bandura og Antonovskys teorier.

### **10.1 Analyse af Senfølgergruppen**

I de følgende afsnit vil der blive foretaget en analyse af de tre opstillede koder: "Senfølger", "Motivation" og "Barrierer".

#### **10.1.1 Senfølger**

I det følgende afsnit vil koden "Senfølger" blive præsenteret. Til denne kode blev der fundet følgende kategorier: "Oplevelse af senfølger", "Sygdomsopfattelse" og "Afhjælpning af senfølger". Hertil blev der fundet nogle underkategorier. Til "Oplevelse af senfølger" blev der ikke fundet underkategorier. Til kategorien "Sygdomsopfattelse" blev der fundet følgende underkategorier: "Syg/rask" og "Alderdom". Til kategorien "Afhjælpning af senfølger" blev følgende underkategorier fundet: "Senfølgergruppen" og "Fysisk aktivitet". Disse vil blive analyseret i det følgende afsnit.

##### **10.1.1.1 Oplevelse af senfølger**

I interviewet med Senfølgergruppen blev der identificeret senfølger af fysisk, psykisk og social karakter hos informanterne. Disse er fremstillet i hhv. tabel 4, 5 og 6.

Den mest udbredte fysiske senfølge, der blev identificeret, var smerter. Dette var bl.a. smerter i hals, ben, ryg, hofter samt nervesmerter. Derudover blev der fundet følgende fysiske senfølger: nedsat bevægelse, balancevanskeligheder, følsom tarm, jernmangel, nedsat energiniveau, styringsbesvær, neurologiske skader og stråleskader, hvilket ligeledes er afbilledet i tabel 4. Udover de fysiske senfølger blev der identificeret nogle psykiske senfølger, hvor den mest udbredte var hukommelses- og koncentrationsbesvær, hvilket er afbilledet i tabel 5. Ydermere blev der identificeret en psykisk senfølge i form af, at føle sig syg i hverdagen. Der blev ligeledes identificeret nogle sociale senfølger ift. ikke at kunne være på arbejdsmarkedet på samme måde som tidligere, samt ikke at kunne besøge sine venner. Disse sociale senfølger er afbilledet i tabel 6.

Senfølgerne som informanterne i Senfølgergruppen oplevede, kan sammenholdes med Antonovskys begreb om stressfaktorer, da disse kan anskues som spændingstilstande, der opstår når informanterne oplever u håndterbare situationer. Såfremt de oplever dette, kan deres oplevelse af sammenhæng svækkes. Hvorledes informanterne oplever deres senfølger, er imidlertid forskelligt. I interviewet blev

det fundet, at flere af informanterne beskrev deres senfølger som permanente ændringer i deres liv, hvormed disse er en del af informanternes livssituationer, og derved kan betegnes som kroniske stressfaktorer. Dette blev bl.a. identificeret ved Informant 5, som beskrev følgende: *"...Jeg føler mig syg hver dag, jeg har det ikke godt fordi jeg har så mange andre ting. Og så når det kommer sådan lag på lag på lag, ik? Kræften her jeg har haft det er hver dag. Det er ikke sådan at man har sådan lige en lille fridag. Det tror jeg det kunne hjælpe meget på psyken også."*, hvortil hun tilføjede: *"Men det tror jeg sådan set er generelt for os alle sammen, at der kommer en stopklods ind i vores liv, efter at vi har.. Livet det bliver aldrig det samme efter vi har haft kræft. Altså.. man er sat ned i energi og kræfter."* Det samme var gældende for Informant 4, som beskrev følgende: *"Jeg oplever også en, som du siger, en kognitiv påvirkning af min hjerne. Altså jeg er ikke så god til at huske mere. Jeg er lettere forvirret sommetider. Før i tiden kunne jeg sagtens sætte mig og læse en bog ud i et køre – det kan jeg ikke mere."* Grundet udsagnene fra Informant 4 og 5, kan deres senfølger dermed antages, at være kroniske stressfaktorer, idet de anskues som permanente negative ændringer i deres hverdag, hvormed deres oplevelse af sammenhæng i forbindelse hermed kan være svækket. Generelt bar de senfølger, som Senfølgergruppen beskrev, i høj grad præg af at være kroniske stressfaktorer i deres liv.

Tabel 4: Tabellen viser de fysiske senfølger som blev identificeret i interviewet med Senfølgergruppen. I første kolonne ses informanterne og i anden kolonne ses de citater, som er fundet ifm. at afdække de fysiske senfølger. Som det fremgår af tabellen, er der identificeret fysisk senfølger hos Informant 1, 3, 4, 5, 6 og 7.

Fysiske senfølger	
<b>Informant 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>"Jeg har nervesmerter og nedsat bevægelse i benene, efter stråler og kemo. Så.. og det kan du jo se. Jeg går ikke ret godt."</i></li> </ul>
<b>Informant 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>"Og det med balancen det dur altså ikke rigtig. Jeg har også haft mange gange hvor jeg er faldet altså.. fordi.. jeg ved ikke hvordan jeg skal forklare det. Men altså, hvis jeg.. der er et eller andet der ligesom puffer bag på mig, som om jeg får overbalance. Og så skvatter jeg lige"</i></li> </ul>
<b>Informant 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>"Og det er at jeg skal hele tiden tænke på med min mave, med min mave.. Jeg har meget følsom tarm. Og jeg skal vide hvor der er et toilet. Fordi når jeg skal på toilettet, så skal jeg bare på toilettet. Og det har generet mig meget."</i></li> </ul>
<b>Informant 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>"Med at tygge, smerter, og synke. Jeg får min mad galt i halsen meget ofte. Og så har jeg smerter ud til ørerne."</i></li> <li>• <i>"Og nogle dage er værre end andre dage. Både med smerter og med stemme. Jeg kan lyde som om jeg er skide fuld for at sige det på godt dansk. Fordi tungen vil ikke som jeg vil. Og der er ikke noget at gøre ved det. At nyde solen og sige "Det er godt vejr i dag". Der er ikke.. Men der er mange senfølger, rigtig mange."</i></li> <li>• <i>"Det er ikke jernmangel, det er simpelthen blod der ikke bliver lavet som det skal. Og jeg bliver mere og mere træt.. det er fordi du siger svimmel.. og det er jeg altså også. Meget. Og det arbejder jeg på.. jeg har været til en masse undersøgelser herude på hospitalet med blodprøver. De kan ikke finde noget."</i></li> <li>• <i>"Men det tror jeg sådan set er generelt for os alle sammen, at der kommer en stopklods ind i vores liv, efter at vi har.. Livet det bliver aldrig det samme efter vi har haft kræft. Altså.. man er sat ned i energi og kræfter."</i></li> </ul>



<b>Informant 6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ”Det har jeg. Så har jeg også problemer med mine slimhinder. Meget generende. Hikker næsten hver gang jeg skal spise. Men mest til frokost.”</li> </ul>
<b>Informant 7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ”Dem jeg sådan har fået konstateret af senfølger i forhold.. som kan hænge sammen med min kræftbehandling. Jeg har haft en smuldret hofte, fået udskiftet den. En kunstig hofte. Haft en blodprop i det ene øje, og så har jeg styringsbesvær af mine ben også pga. neurologiske skader. Og så har jeg lige fået papir på, at jeg også har stråleskader på lungerne. Og det kan jeg mærke, jeg bliver meget mere forpustet end jeg gjorde tidligere...”</li> <li>• ”Nogle dage så har jeg rigtig ondt nede i mine ben og den nederste del af ryggen. Hvor jeg ikke kan stå, altså.. det gør bare ondt at stå”.</li> </ul>

Tabel 5: Tabellen viser de psykiske senfølger som blev identificeret i interviewet med Senfølgergruppen. I første kolonne ses informanterne og i anden kolonne ses de citater, som er fundet ifm. at afdække de psykiske senfølger. Som det fremgår af tabellen, er der identificeret psykiske senfølger hos Informant 3, 4, 5 og 6.

<b>Psykiske senfølger</b>	
<b>Informant 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ”Jeg har meget – hvad hedder sådan noget? Hukommelsesbesvær. Jeg kan ikke ret godt huske noget. Og jeg kan heller ikke koncentrere mig ret godt. Så jeg bruger en masse tid på både at se efter og gøre ved og undersøge om jeg nu har gjort det og det og sådan noget. Så... og det tager utroligt meget af min tid, ikke også? Altså, at jeg gør det.”</li> </ul>
<b>Informant 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ”Jeg oplever også en, som du siger, en kognitiv påvirkning af min hjerne. Altså jeg er ikke så god til at huske mere. Jeg er lettere forvirret sommetider. Før i tiden kunne jeg sagtens sætte mig og læse en bog ud i et køre – det kan jeg ikke mere.”</li> </ul>
<b>Informant 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ”...Jeg føler mig syg hver dag, jeg har det ikke godt fordi jeg har så mange andre ting. Og så når det kommer sådan lag på lag på lag, ik? Kræften her jeg har haft det er hver dag. Det er ikke sådan at man har sådan lige en lille fridag. Det tror jeg det kunne hjælpe meget på psyken også.“</li> </ul>
<b>Informant 6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ”... Jeg har arbejdet med mennesker, med familier. Og kunne ikke huske deres navne – og det kan jeg stadigvæk ikke, altså. Så det er.. Det var.. ikke rart. Og skulle det. Men jeg forsøger at gøre noget andet i stedet for. Det jeg så kan”</li> </ul>

Tabel 6: Tabellen viser de sociale senfølger som blev identificeret i interviewet med Senfølgergruppen. I første kolonne ses informanterne og i anden kolonne ses de citater, som er fundet ifm. at afdække de sociale senfølger. Som det fremgår af tabellen, er der identificeret sociale senfølger hos Informant 1, 6 og 7.

<b>Sociale senfølger</b>	
<b>Informant 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ”Jeg vil nok sige efterhånden. Nu begynder det virkelig at påvirke mit sociale liv. Fordi jeg kan ikke besøge folk. Dem der har trapper kan jeg ikke besøge fordi jeg kan ikke komme op af trapperne. Og selvom de bor nede i niveau, så kan det godt være svært for mig at komme ind hvis der er lige sådan et par trapper.”</li> </ul>
<b>Informant 6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ”For mig betød det simpelthen at jeg måtte søge om en førtidspension i en alder af 52 år. Efter at have prøvet to år og.. og.. arbejde. Jeg kunne ikke...”</li> </ul>
<b>Informant 7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ”Jeg har så været i flex-job i 8.5 år. Nu er jeg så gået på flex-ydelse. Så betyder det, at jeg nok oplever at jeg slet ikke kan det, som andre 62-årige de kan.”</li> </ul>

### **10.1.1.2 Sygdomsopfattelse**

#### **Syg/rask**

Da informanterne blev spurgt ind til om de opfattede sig selv som syge pba. deres senfølger, svarede Informant 4: *"Nej, jeg føler mig ikke syg jeg føler mig irriteret over at jeg hele tiden. Altså når jeg skal have en flybillet, så beder jeg om at få en flybillet tæt på toilettet."* Udsagnet henviser til, at informanten er plaget af diarré, og derfor er nødsaget til at indrette sin hverdag efter, hvor der er et toilet i nærheden. Dermed besidder informanten håndterbarhed ift. at hun ved hvordan hun skal håndtere sin senfølge, idet hun lægger en strategi for dette. Herved oplever informanten ikke sig selv som syg, men oplever at senfølgerne generer hende i hverdagen. Informant 5 gav derimod udtryk for at hun følte sig syg pba. sine senfølger: *"... Jeg føler mig syg hver dag, jeg har det ikke godt fordi jeg har så mange andre ting..."*, hvormed det tolkes, at senfølgerne udgør en konstant belastning for informanten.

Informant 7 beskrev, at hendes sygdomsopfattelse afhang af hvilken kontekst hun befandt sig i: *"...når jeg sidder her sammen med de andre, så føler jeg mig ikke syg."*, hvilket Informant 1 udtrykte enighed i. Informant 7 uddybede yderligere: *"Vi er i samme båd. Men jeg kan jo godt komme ud til en eller anden fest hvor man skal danse et eller andet vildt dans. Og det kan jeg jo ikke, vel? Og alle de andre danser og jeg ikke kan."* Informant 5 tilsluttede sig dette, og gav udtryk for, at i sådanne sammenhænge følte hun sig også syg. Informant 7 udtalte sig afsluttende: *"Så føler man sig.. for nu er jeg udenfor normen..."*. Således definerer informanterne sygdom afhængigt af, hvilken kontekst de befinder sig i, samt hvilke individer de er sammen med, idet de sammenligner sig med normen. Såfremt informanterne oplever en utilstrækkelighed ift. ikke at kunne det samme som normen, kan der ske en nedvurdering i deres self-efficacy.

#### **Alderdøm**

To af informanterne beskrev, at de oplevede at der var et misforhold ift. deres reelle alder og hvor gamle de selv oplevede deres kroppe var. Informant 7 udtrykte dette således: *"Min krop er måske 74 eller 75. Med det jeg magter."*, og tilføjede yderligere til denne opfattelse senere i interviewet: *"Men jeg kan jo godt mærke at jeg kan mindre og mindre. Og lige nu i den her periode er jeg nok lidt trist fordi jeg har fået et nyt program. Og det er sådan set rigtig godt. Men jeg tænker ved mig selv "jamen det er jo sådan et man giver til én på 75"*. Af udsagnene fremgår det, at Informant 7 vurderede sig selv til at være mere end 10 år ældre end hun reelt er, pba. de senfølger, som hun oplever. Dette misforhold kan bevirke at informanten ikke oplever mestring ifm. fysisk aktivitet, hvormed hendes self-efficacy kan svækkes heraf. Informant 6 gav udtryk for samme misforhold, som i hendes tilfælde skyldtes den kognitive påvirkning hendes senfølger bevirkede:

*"Og der kan jeg også huske at jeg sagde: "Det er da underligt, for de ting jeg gør nu det er fuldstændig som da min bedstemor var 85." og begyndte at gå sådan lidt ned i.. Da hun begyndte at miste færdigheder. Hun var en frisk dame. Men mistede.. som 85-årig. Og det er jo også dét, at kroppen er meget ældre end alderen. Så jeg følte mig faktisk nogle gange som en 85-årig, da jeg var 52. Fordi jeg kunne se min bedstemor gøre det".*

Begge informanter oplevede sig således ældre end de reelt var, pba. deres senfølger, hvilket kan udgøre en psykisk belastning. Dette kan relateres til andenhåndserfaringer, som en kilde til self-efficacy. Det fremgår at informanterne sammenligner sig selv med individer på deres egen alder, men oplever at deres senfølger bevirker at de oplever sig selv som ældre. Såfremt informanterne oplever, at de ikke kan det samme som normen og ligeledes ikke er i stand til at udvikle sig til at kunne det på et senere tidspunkt, vil der forekomme en nedvurdering i deres self-efficacy.

### **10.1.1.3 Afhjælpning af senfølger**

#### ***Senfølgergruppen***

Informanterne er rekrutteret pba., at de deltager i Senfølgergruppen, hvor de ligeledes kommer for at tale og sparre med hinanden ift. deres senfølger, og derigennem forsøger, at afhjælpe deres senfølger. Informant 5 udtrykte, at et vigtigt element for hende var, at de var ligestillede i Senfølgergruppen: *"...Det er jo fordi lige børn leger bedst, ikke? Og fordi så er man ikke så syg. Eller også er man lige syg. Og det er dejligt at se og føle, at man ikke sådan føler sig alene..."*. Dette udtrykte Informant 3 enighed i: *"Man kan bedre forstå hinanden her end man kan hvis man fortæller noget andre steder. Fordi det gider folk jo heller ikke at blive ved med at høre på. At man ikke kan huske, og at man ikke kan.. altså. Det er svært. Men altså her kender de fleste jo til det, ikke også?".* Informant 5 og 3 gav således udtryk for, at dét at mødes med ligestillede gav en følelse af ikke at være alene og bevirkede en forståelse af hinandens situationer. Samtidig udledes det af Informant 3s udsagn, at hun formentlig har oplevet at hendes omgangskreds blev trætte af at høre om hendes senfølger, og at hun derfor deltog i Senfølgergruppen for at modtage den sparring, som hun havde manglet. Dette har dermed bevirket, at hun oplever en øget håndterbarhed, da hun oplever at deltagelse i Senfølgergruppen giver hende ressourcer, i form af viden og social støtte, som hjælper hende til at håndtere livet med senfølger.

#### ***Fysisk aktivitet***

Informant 1, 3, 4, 6 og 7 beskrev, at de udøvede fysisk aktivitet af forskellig art og i varierende omfang for at afhjælpe deres senfølger. Informant 5 gav udtryk for, at hun ikke udøvede fysisk aktivitet, da hun følte ubehag, som følge deraf. Informant 1, 4 og 7 dyrkede fysisk aktivitet individuelt i et fitnesscenter, hvilket informant 4 udtrykte således:

*"Altså jeg går til gymnastik hver anden dag. Til fitness. Og jeg gør det konsekvent i halvanden time hver dag. Nej, hver anden dag. Hvor jeg får min puls op på sådan en sag dér.. jeg kan ikke huske hvad den hedder.. crossrider, tror jeg den hedder. Og der står jeg en halv time. Og så gør jeg gymnastik med alle de jern jeg kan. Og jeg er træt, jeg er rigtig træt bagefter. Men jeg gør det. Og det kræver lidt af det."*

Informant 1 dyrkede ligeledes fysisk aktivitet i et fitnesscenter, men udtrykte at dette var forbundet med nogle vanskeligheder for hende:

*"Men det bliver sværere og sværere. Der er nogle af maskinerne jeg ikke kan bruge mere, men jeg går så ned og bruger dem jeg kan. Også for at få pulsen lidt op, det kan man godt gøre selvom man bruger armene. Så et eller andet sted er jeg nødt til at holde resten af kroppen i gang. Men det hjælper ikke på mine ben. Det gør det ikke."*

Derved oplever informant 1 den fysiske aktivitet som meningsfuld, idet hun, trods hun ikke kan træne sine ben, stadig kan træne sine arme. Informant 7 trænede ligeledes i motionscenter og dyrkede vandgymnastik en gang om ugen, på et hold. Informant 3 fortalte, at hun dyrkede Tai-Chi og Qigong ifm. at afhjælpe sine senfølger: *"Jeg har gået til Tai-Chi og Qigong i ret mange år sådan, ikke også? Og det har altid.. det har jeg altid godt kunne lide..."*. I forlængelse deraf udtrykte Informant 6, at hun gik til yoga for at afhjælpe sine senfølger: *"Jeg går til yoga for kræftoverlevende i øjeblikket. Det er rigtig godt. Spændende. Og jeg har gået til yoga før, for fire år siden."*

Det fremgår således, at størstedelen af informanterne dyrkede fysisk aktivitet ifm. at afhjælpe deres senfølger. Tre informanter dyrkede fysisk aktivitet individuelt og to informanter dyrkede det i gruppebaseret form. Dermed kan den fysiske aktivitet betragtes som en meningsfuld aktivitet for informanterne, idet denne bevirker nogle gavnlige effekter ift. at afhjælpe deres senfølger.

### **10.1.2 Motivation**

Indenfor koden "Motivation", er der, under kodningen, fremkommet to kategorier: "Indre motivation" og "Ydre motivation". Hertil fremkom nogle underkategorier. Ved kategorien "Indre motivation", fremkom følgende underkategorier: "Fysisk motivation" og "Psykisk motivation". Ved kategorien "Ydre motivation" fremkom følgende underkategori: "Social motivation". Disse vil blive analyseret i det følgende afsnit.

#### **10.1.2.1 Indre motivation**

##### ***Fysisk motivation***

Informant 4 udtrykte, at hun blev motiveret for at udøve fysisk aktivitet, såfremt hun kunne mærke at kroppen arbejdede under fysisk aktivitet. Dette beskrev hun således:

*“...så går jeg også på løbebånd, ikke også? Så laver jeg intermissionstræning, altså hvor du løber og så går du, og så løber du og så går du. Så jeg kan mærke at min krop den arbejder meget. Men det er jo meget individuelt fra menneske og til menneske hvad man ligesom har lyst til, og hvad der kan motivere én til at dyrke motion.”.*

Da informanten beskriver, at hun kan mærke de fysiologiske anstrengelser, som den fysiske aktivitet afstedkommer, bevirker dette at informanten foretager en selv vurdering. Dette kan dermed virke enten motiverende eller udfordrende ift. aktiviteten, hvor informanten i det givne udsagn beskriver, at dette virker motiverende for hende.

### **Psykisk motivation**

En af de indre psykiske motivationsfaktorer, som kom til udtryk i interviewet med Senfølgergruppen var opfattelsen af, at fysisk aktivitet er sundt. Dette kom bl.a. til udtryk, idet Informant 4 udtalte: *“Jamen min største motivationsfaktor der er da, at det er sundt.”.* Til dette udtrykte Informant 1 enighed. Derudover blev der identificeret en anden indre psykisk motivationsfaktor, som kom til udtryk, idet Informant 7 beskrev følgende: *“Jeg gør det fordi jeg ved, at mit hoved, hvis jeg ikke gør det, så får jeg det dårligere.”.* Ud fra de to udsagn kan det tolkes at, Informant 4 og 7 oplever en psykisk motivation for at deltage i fysisk aktivitet, idet de anser det som hhv. sundt og forebyggende for at få psykisk dårligt. Dermed oplever de den fysiske aktivitet som meningsfuld at deltage i, da denne kan fremme deres sundhed. Ydermere kan det udledes, at Informant 7 besidder et højt niveau af self-efficacy, idet hun oplever, at hun kan skabe en positiv psykisk forandring ved at deltage i fysisk aktivitet.

#### **10.1.2.2 Ydre motivation**

### **Social motivation**

En af de faktorer, som blev vurderet til, at have betydning for informanterne ift. motivation til, at udøve fysisk aktivitet, var om informanterne havde nogle at gøre dette sammen med. Informant 6 gav udtryk følgende: *“Da jeg startede med at “Bryde grænser”, det var simpelthen for at være sammen med andre der havde det ligesom mig. Det var ikke for at gå, vi kunne have gjort hvad som helst andet. Det var for at være sammen med ligestillede.”.* Således kan det tolkes, at informanten oplever den fysiske aktivitet som meningsfuld pga. samværet med ligestillede, hvorfor hun bliver motiveret heraf.

Informant 4 udtrykte: *“...Jeg har ikke nogen jeg dyrker motion med. Jeg har mig selv, men så møder jeg nogle søde mennesker nede på motionscentret. Som jeg dyrker motion.. som jeg så føler, at det er rigtig hyggeligt.”.* Dette gav Informant 1 og 7 ligeledes udtryk for. Hertil tilføjede Informant 4: *“Jamen jeg har*

*en god oplevelse, det er at jeg har fået min mand med. Han er sørme begyndt at dyrke motion.”* Grundet disse udsagn, kan det tolkes, at Informant 4s motivation for, at dyrke fysisk aktivitet øges, såfremt hun gør dette i selskab med andre individer. Ydermere kan det udledes, at hendes mand støtter hende, idet han selv er med, hvilket kan bevirke, at hendes håndterbarhed, ifølge Antonovskiy, øges, da hun modtager ressourcer i form af støtte og hjælp fra ham.

I modsætning til Informant 4, gav Informant 5 udtryk for følgende: *“Jamen det giver jo også en frihed, når man ikke har aftaler med andre. Så kan man gå når man vil. Når tiden passer.”*. Dette kan tolkes som en motivationsfaktor, idet hun selv kan bestemme hvornår og hvordan hun tilrettelægger sin fysiske aktivitet. Informanten har imidlertid tidligere i interviewet beskrevet, at hun hverken før eller efter sin kræftdiagnose har dyrket fysisk aktivitet, hvorfor udsagnet kan være et udtryk for en holdning, frem for en erfaring. Ifm. Informant 4s udsagn, udtrykte Informant 1: *“Nej.. altså når man er tilsluttet et motionscenter, så er man jo også lidt, som informant 4 siger, på et hold. Og der hvor jeg går, det er i hvert fald ikke noget med at vi ringer sammen ”kommer du i dag?”, eller sådan noget. Altså.. så det er ens egen drivkraft der skal få én derned.”*. Dette er et udtryk for, at Informant 1 besidder en høj håndterbarhed, ift. at hun forstår, at hun er nødt til selv, at tage ansvar for at komme afsted til træning, og besidder ressourcerne til at træffe dette valg.

Informant 7 beskrev, at det havde betydning for hende, hvorvidt det var rart at være i konteksten, hvor der udøves fysisk aktivitet:

*“...Jeg vil sige, at det der har en stor betydning for om det er rart at komme der, det er meget det musik der bliver spillet samtidig med at vi laver gymnastikken. Og så er det den fysioterapeut der har det. Fordi hun har egentlig kendt os alle sammen på en eller anden led tidligere. Og det er helt sikkert, at hun kommer sådan engang imellem hen, og så siger hun: ”Hvordan går det egentlig med dig?”. Og det er jo utrolig rart at opleve den der...”*

Hertil tilføjede hun: *“og så hvis der er et eller andet spørgsmål, så kan man så stille det til hende, så svarer hun på det med det samme.”*. Pba. disse udsagn tolkes det, at Informant 7 oplevede det motiverende, at den fagprofessionelle viste omsorg og skabte tryghed, idet hun kunne søge råd, såfremt der var noget, som hun var i tvivl om. Dette kan relateres til Banduras kilde omhandlende verbal overtalelse, idet informanten søger råd hos den fagprofessionelle, som besidder viden og ekspertise indenfor faget, hvorfor effekten herfor øges, fremfor hvis den verbale overtalelse blev modtaget fra et familiemedlem eller andre individer der ikke besidder den samme professionelle baggrund.

### 10.1.3 Barrierer

Under koden "Barrierer", fremkom der to kategorier omhandlende hhv. "Indre barrierer" og "Ydre barrierer". Under "Indre barriere" blev der ydermere identificeret to underkategorier, som blev udgjort af hhv. "Fysiske barrierer" og "Psykiske barrierer".

#### 10.1.3.1 Indre barriere

##### *Fysiske barrierer*

Informant 6 og 7 oplevede, at deres senfølger udgjorde en barriere ift. udøvelse af fysisk aktivitet, som bl.a. skyldtes smerter i forbindelse dermed, hvilket Informant 6 beskrev således: "*De dårlige. Det er så smerterne. Jeg har mange ledsmerter. Overalt i kroppen.*". Informant 5 har haft lignende oplevelser, og beskrev følgende:

*"Jamen fordi mine led de kan slet ikke. Jeg render op og ned fra 2. sal i stedet for. Jeg bor på 2. sal. Og jeg bliver boende indtil jeg stritter. Fordi det er min motion. Jeg har prøvet det andet, og enten så kaster jeg op når jeg kommer hjem. Og så kan man så sige det er for meget, ikke også? Men jeg har det rigtig rigtig dårligt...Men jeg har det så dårligt hvis jeg kommer over i motionscentret. Og det er lige meget om det er lidt altså.."*

Disse ubehagelige oplevelser kan, ifølge Bandura, medføre, at de fysiske oplevelser forbindes med en negativ affektiv tilstand. Dette kan ydermere bevirke defensiv adfærd ift. fysisk aktivitet fremadrettet.

Informant 4 udtrykte, at hun savnede at se en præstationsforbedring, som følge af den fysiske aktivitet hun udøvede:

*"Nej jeg kan bare mærke, at når jeg dyrker motion så er det jo ikke jo sådan så at jeg kan få en bedre præstation. Fordi præstationen hænger jo også sammen med alderen. Og hvad der er alder og hvad der er behandling for kræft.. Der også svært at differentiere.. så altså. Så min motionsdyrkning den er gået sådan ligeså stille ned.."*

Informant 7 udtrykte enighed heri: "*..så giver det ikke de resultater som jeg kunne ønske mig på nuværende tidspunkt, og det er da fordi min krop den er skadet. Og det kan jeg jo nok ikke gøre noget ved. Men jeg kan jo så, så vidt muligt, holde det funktionsniveau jeg har.*". Grundet disse udsagn, kan Informant 4 og 7 opleve en nedvurdering i deres self-efficacy, idet de ikke oplever den forbedrede præstation de kunne ønske sig. Det kan herved udgøre en barriere ift. udøvelse af fysisk aktivitet, at indfrielsen af målet omkring, at fremme deres præstation udebliver.

Informant 1 udtrykte ligeledes, at hun oplevede hendes senfølger som en barriere for at være fysisk aktiv: "*For et års tid siden gik jeg også til vandgymnastik... Og det var jeg faktisk rigtig glad for. Men jeg*

har altså været nødt til at opgive det fordi, jamen altså.. inden jeg får tøjet af, og inden jeg kommer under bruseren, og inden jeg får.. og jeg kan slet ikke komme ned i bassinet mere. Desværre. Desværre kan jeg ikke...". Selvom Informant 1 oplever det som meningsfyldt for hende, at deltage i vandgymnastik, så er deltagelsen uhåndterbar for hende. Grundet sine senfølger besidder hun ikke længere de fornødne ressourcer ift. at kunne deltage i vandgymnastikken, hvilket anses som en barriere for hendes deltagelse. Informant 3 udtrykte ligeledes at hendes senfølger, i form af balanceproblemer, udgjorde en barriere for at kunne være fysisk aktiv:

*"Men så i de senere år der har jeg så haft meget døje med balancen. Jeg kan ikke.. Jeg kan ikke.. jeg skal holde hver gang jeg skal et eller andet.. og vi har en del øvelser, sådan hvor man både skal løfte benene og op på tæerne. Og det har jeg ikke kunnet. Og det tror jeg lidt det er derfor. Og det med balancen det dur altså ikke rigtig."*

Informant 3 beskriver ligeledes en mangel på fornødne ressourcer, hvilket gør udøvelse af fysisk aktivitet uhåndterbart for hende. Informant 7 udtrykte, at hun ikke længere kunne være fysisk aktivt på rejser med sin familie i samme omfang som hun kunne ønske:

*"Ja, nu har jeg jo lige været på Færøerne og der er da også.. Jeg har ikke bevæget mig så langt ud i bjergene fordi.. det .. jeg tvivler på hvor meget min krop den kunne holde til. Så vi har jo ikke kastet os ud i et sted hvor vi ved, at vi skal gå fem km eller sådan noget, vel? Skal tilbage igen.. eller hvor vi måske ikke kan vende, så.."*

Således oplever Informant 7 en lignende uhåndterbarhed som Informant 1 og 3, til trods for at hun finder det meningsfyldt at være aktiv sammen med sin familie. Samtidig afspejler citatet en manglende begribelighed ift. Informant 7s tro på, hvad hendes krop er i stand til. Dette kan ydermere sættes i relation til, at informanten herved besidder en lav self-efficacy, da hun ikke besidder troen på, at hun er i stand til at gå lange ture længere.

### **Psykiske barrierer**

Informant 6 udtrykte en barriere ift. at være fysisk aktiv i form af, at hun følte sig anderledes, når hun deltog i motionstilbud der var henvendt til den generelle befolkning: *"Fordi så er du anderledes. Og du står i omklædningen i duschen med dit ene bryst, og alle de andre står og strutter med to, ikke også?".* At sammenligne sig selv med andre, og opleve at være udenfor normen, kan medvirke til en nedvurdering i self-efficacy.

To af informanterne gav udtryk for at de oplevede barrierer ift. nogle specifikke træningsformer såsom løb eller cykling. Informant 4 udtrykte det således: *"...Jeg kan ikke foredrage at løbe... Jeg kan hel-*



ler ikke fordrage at cykle så det gør ondt. Jeg hader det.". Denne barriere bundes således i personlig præference, og disse træningsformer ligger dermed udenfor grænsen af hvad informanterne finder meningsfyldt. Dette betyder dog ikke, at informanten ikke kan finde andre former for fysisk aktivitet meningsfyldt og have en høj oplevelse af sammenhæng i den relation.

En anden barriere der kan opleves er frygten for at gøre skade på sig selv ved at udøve fysisk aktivitet med et for stort omfang. Dette beskrev Informant 5 på følgende måde: *"Er der ikke meget tale om, at man kan overmotionere også?"*. Det tolkes, at denne holdning tager sit udspring i, at Informant 5 ikke selv dyrkede fysisk aktivitet, grundet at hun kun har haft negative oplevelser hermed bl.a. smerter. Dette kan bunde i at informanten ikke finder udøvelse af fysisk aktivitet meningsfyldt, af selv samme grund, og derfor kun ser barrierer i relation hertil.

Informant 3 beskrev en situation hvor hun ikke følte at hun var motiveret for at udføre øvelserne alene derhjemme: *"Så det sidste halvårstid. Nej, allerede i efteråret, der blev det udsat masser af gange.. så jeg har ikke været med. Vi har godt nok nogle øvelser vi kan lave selv, men det er jeg så ikke så flink til at gøre."*. Det udledes, at informanten har en lav motivation ift., at udføre øvelserne derhjemme, hvorfor hjemmetræningen udgør en barriere. Dette kan således være et udtryk for, at Informant 3 besidder en lav self-efficacy ift. troen på at kunne træne alene. Ydermere kan det udledes, at informanten ikke besidder de fornødne ressourcer til selv at træne, hvormed dette kan være et tegn på en svækket håndterbarhed.

### **10.1.3.2 Ydre barrierer**

Informant 5 udtrykte, at hun havde savnet både viden og støtte efter sit kræftforløb ift. hvordan hun kunne dyrke fysisk aktivitet:

*"Men så vil vi gøre alt muligt for bare at få det lidt bedre hvis det er muligt, det tror jeg. Helt, helt, helt sikkert. Men man får ikke nogen råd den dag man bliver udskrevet, der er ikke nogen der kommer og klapper én på skulderen og siger "Nu synes jeg du skulle tage at gøre det dér for det ville egentlig hjælpe lidt på din tilstand ovenpå sådan en omgang". Men det må man jo selv ligge og rode med. Og der er det den her Senfølgerforening.. eller klub den er rigtig god fordi man har fundet.. trække på hinandens viden, ik? "*

Ud fra informantens udsagn udledes det, at hendes håndterbarhed var lav ift. fysisk aktivitet efter hun var blevet erklæret sygdomsfri, idet hun ikke besad de påkrævede ressourcer ift. at afhjælpe sine senfølger. Samtidig er det udtryk for en lav begribelighed, at hun har brug for råd ift. hvordan hun kan udfolde sig fysisk for at afhjælpe sine senfølger. Heri kan der ligge en tvivl ift. hvad hendes krop er i stand efter afsluttet kræftbehandling. Manglende viden og social støtte ift. senfølger udgjorde således

en barriere ift. fysisk aktivitet. Informanten oplever, at deltagelse i Senfølgergruppen har hjulpet hende til at overvinde denne barriere. Deltagelsen har givet hende viden og social støtte, hvilket har øget hendes begribelighed og håndterbarhed ift. sine senfølger. Samtidig kan dette øge troen på hende selv, hvilket kan bevirke at hendes self-efficacy øges.

Informant 4 gav udtryk for, at hun oplevede en barriere ift. fysisk aktivitet, som skyldtes at hun ikke var på arbejdsmarkedet længere:

*"Det gjorde jeg før i tiden. qua mit arbejde. Der var jeg sammen med.. alle de piger jeg arbejde sammen med. Men når man går på pension, så vil man jo også gerne bruge dagen. Og der kan det godt være lidt sværere at finde ligestillede som skal afsted. Det oplever jeg i hvert fald. Og så er der mange af mine bekendte som finder alle mulige undskyldninger for ikke at dyrke motion."*

Således kunne manglen på ligestillede, at følges med, udgøre en barriere for udøvelse af fysisk aktivitet.

## **10.2 Analyse af Sundhed i bevægelse**

I de følgende afsnit vil koderne "Senfølger", "Motivation" og "Barrierer" samt deres kategorier og underkategorier blive analyseret.

### **10.2.1 Senfølger**

Det følgende afsnit vil omhandle koden "Senfølger". Ifm. koden blev der fundet følgende kategorier: "Oplevelse af senfølger", "Social støtte", "Sygdomsopfattelse" samt "Afhjælpning senfølger". Ydermere blev der fundet en række underkategorier. For "Oplevelse af senfølger" og "Social støtte" blev der ikke fundet nogle underkategorier. For "Sygdomsopfattelse" blev følgende underkategorier fundet: "Syg/rask" og "Alderdom". For "Afhjælpning af senfølger" blev følgende underkategori fundet: "Sundhed i bevægelse". Disse vil blive analyseret i de følgende afsnit.

#### **10.2.1.1 Oplevelse af senfølger**

I interviewet med Sundhed i bevægelse blev der ligeledes identificeret nogle fysiske, psykiske og sociale senfølger hos informanterne. Disse er fremstillet i hhv. tabel 7, 8 og 9.

Der blev identificeret et fåtal af fysiske senfølger hos informanterne fra Sundhed i bevægelse, hvilke bl.a. blev udgjort af hhv. stråleskader og mindsket muskelstyrke. Disse er afbilledet i tabel 7. Den mest udbredte psykiske senfølge, der blev fundet, var angsten for tilbagefald. Derudover blev der fundet psykiske senfølger, som bl.a. øget bevidsthed om kroppen, hvilket er afbilledet i tabel 8. Derudover blev der kun identificeret en social senfølge, hvilket omhandlede at en informant følte sig usexet,

grundet sin krop, hvilket kan have betydning for informantens parforhold og kropsbillede. Dette er afbilledet i tabel 9.

De oplevede senfølger kan sættes i relation til Antonovskys begreb om stressfaktorer, idet senfølgerne anskues som en spændingstilstand, der opstår når et individ oplever uhåndterbare situationer, hvormed oplevelsen af sammenhæng kan svækkes. Det er imidlertid forskelligt, hvorledes informanterne opfatter deres senfølger. I interviewet med Sundhed i bevægelse beskrev Informant D følgende:

*"...jamen jeg har tidligere haft problemer i mit liv hvor jeg har kunne arbejde mig ud af det. Nu stod jeg i noget hvor jeg ikke kunne arbejde mig ud af det. Og fik antidepressiv, og så komme så langt ud at jeg faktisk tænkte at hvis det her skal fortsætte på den her måde så, så vil jeg faktisk heller ikke være her. Og der blev jeg bange og gik til lægen og sagde "Jeg skal ikke have de piller mere." Og så har jeg fået en god psykolog. Altså der var jeg så langt ude at jeg tænkte "Det her det dur ikke. Det dur ikke"."*

Informantens udsagn vidner om, at hun tidligere i sit liv har kunnet gøre noget, som hun ikke længere er i stand til efter at hun har gennemgået et kræftbehandlingsforløb. Informantens senfølger er dermed permanente og en del af hendes livssituation, hvormed disse kan betragtes som kronisk stressfaktorer for hende, hvilket kan påvirke hendes oplevelse af sammenhæng.

De senfølger som informanterne i Sundhed i bevægelse oplevede bar hovedsageligt præg af at være akutte irritationsmomenter. Dette beskrev Informant A således: *"Det påvirker da ikke i det daglige, men hvis der er sådan et eller andet, så tænker man "Er det noget man skal være obs på?"*", hvormed hendes senfølger kan betragtes som akutte irritationsmomenter, som kan opleves i hverdagen. Disse påvirker imidlertid ikke informantens oplevelse af sammenhæng i hverdagen, men kræver at hun tilpasser sig hertil. Informant D beskrev ligeledes en situation, hvor hun sommetider var generet af en senfølge: *"..Jeg kan også mærke nogen gange der hvor de har taget lymferne ud under armen.... At der kan det stramme om."*. Idet informanten beskrev, at det blot var sommetider, at hun var generet af denne senfølge, kan dette ligeledes tolkes som et akut irritationsmoment i hverdagen, da senfølgen ikke opleves som en kronisk stressfaktor. Dermed har senfølgen ikke betydning for informantens oplevelse af sammenhæng. Såfremt disse informanter oplever akutte irritationsmomenter, som er vedvarende, kan fremkomsten af disse imidlertid stamme fra kroniske stressfaktorer, hvormed disse kan have betydning for informanternes oplevelse af sammenhæng.

Tabel 7: Tabellen viser de fysiske senfølger som blev identificeret i interviewet med Sundhed i bevægelse. I første kolonne ses informanten og i anden kolonne ses de citater, som er fundet ifm. at afdække de fysiske senfølger. Som det fremgår af tabellen, er der kun identificeret fysiske senfølger hos Informant D.

Fysiske senfølger	
<b>Informant D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “...Jeg kan også mærke nogen gange der hvor de har taget lymferne ud under armen.... At der kan det stramme om. Og jeg har heller ikke helt de samme kræfter i min arm mere som jeg har haft. Også på grund af det.”</li> <li>• “Og så en af mine senfølger det er at strålerne de gik ind og ramte min lungespids. Så min højre lungespids den er altså, den er altså ødelagt af...Den er brændt af. Så jeg bliver lettere forpustet. Og det jo så det her træningen, det er godt.”</li> </ul>

Tabel 8: Tabellen viser de psykiske senfølger som blev identificeret i interviewet med Sundhed i bevægelse. I første kolonne ses informanterne og i anden kolonne ses de citater, som er fundet ifm. at afdække de psykiske senfølger. Som det fremgår af tabellen er der identificeret psykiske senfølger hos alle informanterne.

Psykiske senfølger	
<b>Informant A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Det sidder der altid i baghovedet. Altså er der et eller andet. Er der nu noget, altså den har man. Og jeg tror aldrig man kommer af med den.”</li> <li>• “Det påvirker den ikke i det daglige, men hvis der er sådan et eller andet, så tænker man “Er det noget man skal være obs på?”. For man er obs på sin krop, når man har været igennem det. Altså nu har jeg været heldig, jeg har hverken fået stråler eller kemo eller noget som helst, så det er ikke derfor, men man har alligevel den der i baghovedet “Er det nu det igen altså, eller hvad?”. Men altså efterhånden så bliver der jo længere og længere imellem at man tænker det, men ja, jeg tror aldrig den helt forsvinder. Det tror jeg ikke.”</li> <li>• “Nej vi vender dem så man ikke kan se sig selv.” (Spejlene i træningslokalet)</li> </ul>
<b>Informant B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “At man spekulerer på, kommer det nu igen.”</li> </ul>
<b>Informant C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Men vi kan jo heller ikke have spejlene til at vende den rigtige vej, når vi gør gymnastik.”</li> </ul>
<b>Informant D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Den der med at den hænger - jamen kommer det tilbage. Nu har jeg været til kontrol og de vil ind og have mig scannet igen fordi der er noget, de lige vil have und... ha lidt...lidt mere hold på.”</li> <li>• “Jeg har haft veninder, jeg har lavet aftaler med, hvor de ringer og jeg siger “jamen det er fint. Det kan jeg godt huske” og så kommer jeg til at tale med dem senere og så sagde jeg “jeg ved vi lavede en eller anden aftale, men jeg kan bare ikke huske hvad det var og jeg kan ikke huske det. De bliver nødt til at fortælle mig det”</li> <li>• “Og så fik jeg jo psyk.. og så gik jeg simpelthen ned ikke.. fik simpelthen en decideret depression”</li> </ul>

Tabel 9: Tabellen viser de sociale senfølger som blev identificeret i interviewet med Sundhed i bevægelse. I første kolonne ses informanterne og i anden kolonne ses de citater, som er fundet ifm. at afdække de sociale senfølger. Som det fremgår af tabellen, er der kun identificeret sociale senfølger hos to af informanterne (Informant C og Informant D).

Sociale senfølger	
Informant C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Der er ingen der føler sig sexede, når de er dødhamrende trætte og kede af det.”</li> </ul>
Informant D	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Han har ikke kunne klare min sygdom og sådan helt har kunne forstået mig. Så.. så nu her fra december, sidste år, så der er jeg flyttet for mig selv. Men vi ses, vi ser hinanden og har kontakt med hinanden og så noget. Men og jeg kan stadigvæk, jeg holder stadigvæk vældig meget af ham. Men det dur bare ikke fordi. Vi ødelægger hinanden.”</li> <li>• “Altså hvis det er sådan at man bliver inviteret til at spise, jamen så bliver man da og spiser, ikke? Så kan det være at når klokken en halv ti, så sidder jeg.. så kan de sidde og snakke og jeg får ikke en skid ud af den samtale.”</li> <li>• “Og det er jo også derfor jeg fik flexjobbet og det er jo, når jeg har været på arbejde knap fire timer, jamen så skal jeg hjem og så sover jeg i hvert fald halvanden time før at jeg ligesom kan komme ud og være social og det er jo også derfor at hvis nu jeg skulle arbejde fuld tid, det kan jeg simpelthen ikke, men hvis det nu var sådan at jeg skulle arbejde mere, så var der slet ikke noget socialt. Så var det arbejde, sove og så spise og så ikke tid til noget som helst.”</li> <li>• “...jamen jeg har tidligere haft problemer i mit liv hvor jeg har kunne arbejde mig ud af det. Nu stod jeg i noget hvor jeg ikke kunne arbejde mig ud af det. Og fik antidepressiv, og så komme så langt ud at jeg faktisk tænkte at hvis det her skal fortsætte på den her måde så, så vil jeg faktisk heller ikke være her. Og der blev jeg bange og gik til lægen og sagde "Jeg skal ikke have de piller mere." Og så har jeg fået en god psykolog. Altså der var jeg så langt ude at jeg tænkte "Det her det dur ikke. Det dur ikke".“</li> </ul>

### 10.2.1.2 Social støtte

Det varierende i gruppen, hvorledes de havde oplevet, at modtage social støtte fra deres omgangskreds ifm. deres kræftbehandlingsforløb og efterfølgende senfølger. Informant B beskrev, at hun havde fået støtte af hendes mand: “Han går med. Det var sådan jeg tænkte til sidst “Argh behøver han da ikke lige at gå med ind vel?”. Informant D beskrev derimod, at hendes mand ikke var med til kontrolbesøg: “Han har aldrig nogensinde været med til nogle af de kontrolbesøg, selvom jeg har spurgt ham efter om ikke han ville med. “Jamen er der nogen grund til det?” Så sagde jeg så... Jeg ville jo ikke bede en voksen mand om at tage med. For mig var det en selvfølge...”. Dette tolkes som, at hun søger social støtte fra sin mand ifm. kontrolbesøgene, men at hun ikke har modtaget den. Ud fra Antonovskys begreb omkring håndterbarhed, tolkes det at Informant D ikke besidder de fornødne ressourcer ift. at håndtere sine kontrolbesøg selv. Hun fik dog denne støtte fra hendes datter: “Min datter hun ville gerne med.” og fra hendes veninde: “Fordi hun er en af dem der ikke har trukket sig. Tværtimod har sagt “Jamen jeg følger med”.”. Da de andre informanter hørte, at Informant D savnede social støtte tilbød de at følge med hende til kontrol. Dette kom til udtryk ved, at Informant C spurgte: “Vil du have nogen at følges med?

*Kunne du tænke dig det?*". Det tolkes ud fra dette citat, at informanterne i Sundhed i bevægelse har mulighed for, at benytte hinanden som sociale ressourcer og dermed styrke deres håndterbarhed ift. de omstændigheder deres senfølger bevirker, såfremt de vælger at gøre brug af lignende tilbud som det Informant D fik.

Informant A og B gav ligeledes udtryk for, at de havde oplevet manglende social støtte og forståelse fra deres omgangskreds. Informant B beskrev, at "*...det er også i nødens stund man lærer sine venner at kende...*". Dette udtrykte Informant A enighed i, idet hun udtalte: "*Jamen også nogen venner måske som man troede var venner. De går på den anden side af gaden når man møder dem.*", hvortil hun senere tilføjede: "*Jo, men de ved jo ikke hvad de skal sige. De skal sige.. de skal bare spørge "hvordan går det?", så kan man selv svare om man har lyst til at snakke om det eller ej.*". Heraf kan udledes, at informanterne har oplevet et ressourcetab i form af manglende social støtte, hvilket kan have svækket deres håndterbarhed ift. livet med senfølger. Samtidig oplever informanterne, som førnævnt, at modtage social støtte fra de andre deltagere af Sundhed i bevægelse, hvormed behovet for støtte og håndterbarheden kan opfyldes derigennem.

### **10.2.1.3 Sygdomsopfattelse**

#### **Syg/rask**

Flere af informanterne gav udtryk for, at der eksisterede et misforhold ift. at de selv kunne opleve sig som værende syge, pba. deres senfølger, når de var blevet erklærede sygdomsfrie, hvorimod deres omgangskreds havde en forventning om, at de var raske. Informant D udtrykte dette således: "*..de siger jeg er rask nu, fordi nu er der ikke noget.. Der ikke mere kræft tilbage. Nu er du rask. Så starter man på arbejde og kan virkelig ikke fordi man har en frygtelig træthed.*". Informant A udtrykte en lignende holdning: "*Ja det nok også svært at sætte sig ind i hvordan man kan have det.. for den raske. For nu må, nu må hun da bare kunne, ikke også? Det tror jeg der mange der tænker.*".

Informant A startede interviewet med, at fortælle at hun ikke mente, at hun havde senfølger: "*Jeg har ikke haft noget.*". Senere i interviewet beskrev informantent imidlertid, at hun oplevede en frygt for at sygdommen ville vende tilbage. Dette kan være et udtryk for, at informantent ikke begriber, at angsten for tilbagefald er en psykisk senfølge. Informant A forbandt ikke dét, at have senfølger med at være syg, og ønskede derfor ikke, at betegne sig selv således. Dette understøttes af følgende udsagn: "*Der er jeg så kommet så langt at jeg sommetider at jeg glemmer hvorfor jeg har det bryst dér.*". Således fokuserer Informant A ikke på sygdom, men særligt på sin sundhed. Dette dilemma beskriver Antonovsky ligeledes ifm. sit begreb salutogenese, hvor han kritiserer opdelingen af et individ ift. om det er syg/rask. Det tolkes at Informant A dermed beskriver, at det der for andre kan opfattes som et tegn på

sygdom, ikke er noget hun tænker over eller forbinder med sygdom. Hermed fokuserer Informant A på, hvordan hun håndterer sit liv med senfølger fremfor, at fokusere på de barrierer senfølgerne kan afstedkomme.

Informant B beskrev følgende: *"Jeg oplever mig som syg når jeg står foran spejlet uden tøj og tænker 'hold kæft hvor er du usexet!'".* Dette kan enten henvise til, at informanten har haft brystkræft og fået fjernet det ene bryst, hvilket kan bevirke at hun føler sig usexet når hun betragter sit spejlbillede. Det kan også bunde i at informanten henviser til at hun er blevet ældre og derfor ikke føler sig sexet mere. Hertil udtrykte Informant A en modsat holdning: *"... hvis folk de ikke kunne holde ud til at se mig med et bryst. Jamen så måtte de da gå, for jeg blev. Sådan var dét bare."* Således tolkes det, at de to brystkræft-overlevende havde forskellige opfattelser af sig selv som værende hhv. syg og rask. Informanterne udtrykte desuden en holdning om, at alderdommen spillede en rolle ift. deres sygdomsopfattelse.

### **Alderdom**

Informant D beskrev, at hun ikke følte sig syg, men derimod gammel: *"Nej jeg føler mig ikke syg. Jeg føler mig.. jeg føler mig gammel. Jeg føler.. Ja, jeg føler mig gammel og jeg føler at det er jo ikke rigtigt, at én i min alder ikke skal kunne klare mere, når jeg ser hvad.. hvad mine veninder på samme alder kan holde til. Det kan jeg bare ikke."* Ifølge Bandura kan Informant D, ved at observere sine veninder kunne udføre noget hun ikke selv er i stand til, opleve en nedvurdering af self-efficacy, idet hendes egne fysiske formåen ikke er på niveau med hendes jævnaldrende. Det kan derfor være problematisk, at hun sammenligner sig med veninder der ikke har haft kræft og derfor ikke oplever senfølger.

Informant B udtrykte også, at alderen havde en indflydelse: *"Men så er der også dét med os. Det er heller ikke altid til at vide er det sygdommen eller er det fordi vi jo altså er blevet noget ældre Informant C."* Heri kan ligge en tvivl omkring, hvorvidt informanten oplever senfølger, eller om symptomerne er aldersrelaterede. Ifølge Bandura, kan informanter der oplever en form for fysisk dysfunktion have en tendens til at mene, at fysiske begrænsninger har en anden grund end selve den fysiske dysfunktion. Disse individer vil mene, at de fysiske begrænsninger f.eks. skyldes naturlige variationer i individets fysiske tilstand, såsom alderdom er et eksempel på. Det tolkes derfor, at det kan være svært at vurdere om deres barrierer for fysisk aktivitet skyldes deres senfølger eller deres alder.

#### **10.2.1.4 Afhjælpning af senfølger**

##### **Sundhed i bevægelse**

Alle informanterne er rekrutteret pba., at de deltager i Sundhed i bevægelse, hvilket de fremhævede som en måde hvorpå de afhjælp deres senfølger.

I interviewet udtrykte alle informanterne enighed i, at de så det som en fordel, at de ikke kun talte om sygdom, men primært om andre samtaleemner. Informant D udtrykte det således: *"Og det jeg synes det der er dejligt ved det sociale, det er jo at vi sidder jo og snakker om alt andet end sygdom."* Informanterne udtrykte alle enighed i, at deres fælles omstændigheder ift. at have haft kræft gjorde, at de havde en god fælles forståelse for hinanden. Informant C udtrykte følgende: *"Du behøver jo ikke komme med alle de forklaringer der, vel?"*, hvortil Informant A tilføjede *"Vi ved jo hvad det er altså der foregår. Vi behøver ikke at forklare os på nogen måde."* Dette kan, i relation til Antonovskys begreb om grænser, skyldes at det område der definerer deres grænser ift. deres viden om senfølger bunder i en fælles forudsætning om, hvordan det er, at leve med senfølger, da det er noget de alle har oplevet på egen hånd, hvilket derfor kan være svært for udefrakommende at sætte sig ind i.

Informant B udtrykte sig således ift. den fysiske aktivitet: *"Man bliver faktisk afhængig af det."* Ydermere udtalte hun følgende: *"... jeg har aldrig gået til noget som jeg så gerne ville som det her."* Hertil tilføjede Informant A: *"Det er jo også fordi vi bruger det sociale, gymnastikken og sådan. Det er jo det hele."* Informant C udtrykte: *"Det var fordi ellers jeg havde det skidt fysisk og havde ondt alle vegne. Og så begyndte jeg her..."*. Dermed tolkes det at informanterne oplever det meningsfuldt at deltage i Sundhed i bevægelse, idet de oplever at dette afgiver nogle positive effekter. Samtidig udtrykker Informant C en tro på, at hun kan afhjælpe sine senfølger ved at udøve fysisk aktivitet, hvilket er et udtryk for en høj self-efficacy.

Informant D udtrykte yderligere:

*"Jeg kan nogle gange have det sådan at jeg er rigtig godt træt, fordi der er nogle gange hvor jeg er på arbejde til tirsdag sidst på eftermiddagen og så kan jeg tænke "Åh nej du gider ikke. Du gider simpelthen ikke at skulle op i morgen og afsted." Og så når jeg vågner, så vågner jeg alligevel sådan at jeg kan nå at gå herover. Og så lige pludselig så "Nej. Nå ja, men du kan jo også bare gå over og lave det du kan". Og så når jeg er her og kommer i gang, og så er med, så er jeg simpelthen så glad når jeg har været her, fordi YES. Fordi alle de der stive led og sådan noget man har, det får man rigtig arbejdet igennem."*

Dette kan være et udtryk for, at hun oplever udøvelsen af fysisk aktivitet som meningsfuld, og dermed kan motivere sig selv til at tage afsted, selvom hun nogle gange oplevede f.eks. træthed. Dette betyder, at hun besidder en stærk oplevelse af sammenhæng, idet hun forstår meningen med, at deltage i den fysiske aktivitet og er motiveret for at overkomme de udfordringer hun oplever heraf.

Informant A beskrev at:



*"... der er mange lægebesøg der forhindret.. de ikke kommer til, fordi de får det herude. Og er man ked af det en dag, så ved man også hvorfor, ikke? Så kan man få lidt trøst hvis det er det, ikke? Og nu er det så mange år siden jeg har være inde for dette, ikke også? Så er der også nogen der siger "Nå man kan godt blive rask", ikke? Det er sådan set også meget rart og kunne se at man kan få det godt også."*

Dette kan få de andre deltagere af Sundhed i bevægelse til at tro på, at de selv ligeledes kan opleve samme forbedring, hvormed dette kan betragtes som en andenhåndserfaring. De andre deltagere kan dermed foretage en vurdering af deres egne evner ift. at kunne opnå en forbedring, ved at sammenligne sig med en der kan have oplevet samme problematikker ift. kræft og senfølger, som dem selv.

## **10.2.2 Motivation**

Analysen af koden "Motivation", er struktureret ud fra de tre kategorier der fremkom under kodningen: "Indre motivation", "Ydre motivation" og "Differentiering". Under kategorien "Indre motivation", fremkom underkategorierne "Fysisk motivation" og "Psykisk motivation". Kategorien "Ydre motivation" bestod af underkategorien "Social motivation".

### **10.2.2.1 Indre motivation**

#### **Fysisk motivation**

Samtlige informanter i interviewet gav udtryk for, at der var nogle fysiske fordele ved udøvelse af fysisk aktivitet, som havde en motiverende indflydelse. Informant A gav udtryk for, at det motiverede hende, at hun vidste: *"At man får det godt bagefter"*. Informant C gav udtryk for, at hun oplevede at: *"Man får mange flere kræfter af det. Mange flere. Det kan slet ikke sammenlignes."* Alle informanterne udtrykte enighed heri. Informant D oplevede følgende: *"Jeg er også helt sikker på, at min krop ville ikke have haft det så godt, hvis jeg ikke var med til det her."* Informant A og C udtrykte enighed i dette. Informant B gav udtryk for, at en motivationsfaktor for hende var, følgende: *"Man håber sådan at man kan bevare noget muskelmasse og sådan noget, ikke også?"*. Grundet disse udsagn, oplever informanterne fysisk aktivitet som en meningsfuld aktivitet at engagere sig i, da de oplever, at deres krop har gavn heraf og bliver vedligeholdt derigennem. Samtidig kan det udledes, at disse informanter besidder en høj self-efficacy, da de tror på, at deltagelse i fysisk aktivitet medfører, at de producerer nogle kropslige gevinster derigennem. Herved har de tiltro til, at de kan producere en forandring ved at udføre en given handling, hvilket er et udtryk for en høj self-efficacy.

Informant B gav ydermere udtryk for, at deltagelsen i Sundhed i bevægelse havde medført, at hun havde tabt sig: *"Jeg har også tabt mig."* Dette anerkendte og roste Informant D. Den ros Informant B gav Informant D tolkes som et udtryk for positiv feedback, som er en kilde til self-efficacy. Såfremt deltagerne giver hinanden positiv feedback ift. hvad de har opnået gennem træning, kan dette have en

motiverende effekt. Dog er det ikke belyst gennem interviewet i hvor høj grad dette forekommer blandt deltagerne.

Udover at fysiske fordele udgjorde en motiverende effekt for deltagelse i træningen, blev det ydermere fremanalyseret, at informanterne ligeledes oplevede psykisk motivation herfor.

### **Psykisk motivation**

Informant B udtrykte at: *"Man er altid glad når man går herfra. Det har jeg altid været."* Informant B vurderede således, at den fysiske aktivitet havde en positiv effekt ift. hendes psykiske velbefindende. Informant C udtrykte ligeledes at den fysiske aktivitet udgjorde en positiv psykisk påvirkning: *"Jeg sidder og griner, men jeg mener det alvorligt. Jeg ikke i tvivl om, at jeg ikke havde overlevet hvis ikke jeg gik her. Det havde jeg altså ikke. Og det er ikke overdrevet. Jeg hører til dem der ikke overdriver, tror jeg nok. Med sådan noget i hvert fald aldrig."* Således udgør Sundhed i bevægelse en meningsfuld aktivitet for Informant C, som er værd at engagere sig i. Informant B oplevede ligeledes en meningsfuldhed ift. fysisk aktivitet, da hun oplevede en positiv gevinst i form af bedre humør.

### **10.2.2.2 Ydre motivation**

#### **Social motivation**

Informant C gav udtryk for, at det sociale samvær ifm. den fysiske aktivitet var en essentiel motivator for hende: *"..man bliver jo venner med dem man er sammen med her og kender så godt, ikke? Det gør meget. Og vi følger jo med i hinandens liv og sådan. Men det er noget helt andet end at få nogle bekendte og sådan, som man følges med. Det er det."* Alle informanterne udtrykte enighed i, at det sociale samvær var en vigtig motivationsfaktor for dem, hvormed gruppebaseret fysisk aktivitet tolkes som fordelagtigt ifm. at motivere informanterne. Informant C uddybede yderligere: *"Men hvis ikke jeg var blevet hanket op i herinde. Med den gymnastik og dét samvær, så tror jeg ikke at jeg havde klaret den. Simpelt hen. Det tror jeg ikke."* Det vurderes at Informant C oplever en øget håndterbarhed ift. livet med senfølger pga. det sociale aspekt af Sundhed i bevægelse. Den sociale støtte Informant C oplever i Sundhed i bevægelse gør, at hun har ressourcerne til at håndtere sine senfølger. Informant A udtrykte yderligere: *"Der bliver givet mange kram herude. Det gør der faktisk."*, hvilket ligeledes tolkes som et udtryk for, at der er en kærlig og støttende omgangstone blandt deltagerne, som kan bidrage til en stærk oplevelse af håndterbarhed.

### **10.2.2.3 Differentiering**

Da informanterne blev spurgt, om de havde været i en situation, hvor de havde været i tvivl om hvorvidt, deres krop kunne holde til at udøve fysisk aktivitet svarede Informant A: *"Så kan man måske gøre det lidt anderledes. Lidt lettere."* Denne holdning understøttede Informant D: *"Jeg bevæger mig også på*

*min helt egen måde.*”, hvortil informant C tilføjede: *”Det gør jeg også, jeg laver min egen udgave af mange af øvelserne.”*. Således tilpasser informanterne sig programmet, så det passer til deres egen fysiske formåen. Tilpasningen vurderes herved til, at medføre, at informanterne oplever mestringsoplevelser, og at risikoen for nederlag ift. den fysiske aktivitet mindskes. Mestringsoplevelser er den stærkeste kilde til self-efficacy, og dermed en vigtig motivator. Herved kan der argumenteres for, at deltagelsen i Sundhed i bevægelse bevirker, at informanterne får nogle mestringsoplevelser, og herved får opbygget self-efficacy ift. troen på, at de kan udøve fysisk aktivitet. Ydermere fordrer en høj oplevelse af håndterbarhed, at informanterne oplever, at de har tilstrækkelige ressourcer ift. at udføre de øvelser, som de bliver stillet overfor. Tilpasningen af træningen bevirker, at træningens krav imødekommer de ressourcer informanterne har tilgængelig, og giver herved en stærkere oplevelse af håndterbarhed. Såfremt informanterne finder den fysiske aktivitet meningsfuld, kan de udvide deres grænse. Hvis informanten oplever, at kravene er for høje, vil der ikke være gunstige omstændigheder for at udvide grænsen, hvorfor differentieringen af den fysiske aktivitet kan virke faciliterende herfor og styrke en oplevelse af sammenhæng.

Informant A forklarede, at der eksisterede en accept i Sundhed i bevægelse af at kræftoverleverne deltager på det niveau de er i stand til: *”Herude er det ligesom tilladt, altså.”*. Informant A uddybede desuden senere i interviewet, at det var instruktøren der havde fortalt dem, at det var i orden at tilpasse programmet til egen kunnen: *”Så står vi bare stille.. det får vi jo også af vide, hvis der er noget vi ikke kan. Så skal vi bare lade være. Vi skal ikke præstere noget vi ikke kan.”*. Differentiering af træningsprogrammet udledes således til at have motiverende indflydelse på informanterne. Informant A lagde desuden vægt på, at: *”..bare dét at man rører sig. Så er det næsten lige meget hvordan, bare man rører sig. Det er bedre end at stå stille.”*. Instruktørens vejledning ift. tilpasning af træningsprogrammet kan ansues som et eksempel på verbal overtalelse, som er en kilde til self-efficacy. Informant A beskriver, at hun efterlever instruktørens vejledning, og enten lader være med at udføre øvelsen, eller tilpasser den ift. hendes fysiske niveau. Når der gives mulighed for tilpasning ligger der fra instruktørens side en forståelse af, at deltagerne på holdet kan have problemer med at udføre øvelserne, i kraft af at de er kræftoverlever med senfølger. Herved er der en overensstemmelse imellem hvordan instruktøren vurderer informanternes fysiske formåen, og informanternes egen vurdering heraf. For at en verbal overtalelse skal vise sig succesfuld er det essentielt, at der eksisterer en overensstemmelse mellem overtalerens og individets vurdering af tro på egne evner, hvilket der gør imellem instruktøren og deltagerne. Af samme grund er den verbale overtalelse succesfuld i det henseende, hvilket yderligere kan begrundes ved, at instruktøren besidder ekspertise og derfor troværdighed ift. at rådgive om fysisk aktivitet.

For at differentieringen af den fysiske aktivitet skal fungere hensigtsmæssigt, således deltagerne ikke står stille under programmet, vurderes det, at dette kræver at deltagerne har et vist niveau af self-efficacy. Herved forstås self-efficacy ift. troen på, at de kan udføre en variant af øvelsen i stedet for at forholde sig inaktive. Informant A beskriver f.eks. at hun nogle gange forholder sig inaktiv. Herved kan muligheden for tilpasning af træningen komme til at bevirke, at deltagere med lav self-efficacy vil lade være med at udføre de øvelser de finder udfordrende. Disse vil grundlæggende have en lav tiltro til egne evner, og kan herved anse tilpasningen af programmet, som en mulighed for, at forholde sig inaktive som en mekanisme ift. undgå nederlag.

### **10.2.3 Barrierer**

I det følgende afsnit vil koden "Barrierer" blive analyseret. Herunder er der blevet fundet følgende kategori: "Indre barrierer". Ydermere har kategorien "Indre barrierer" fået tildelt underkategorierne: "Psykiske barrierer" og "Fysiske barrierer". Disse vil alle blive analyseret i det følgende afsnit.

#### **10.2.3.1 Indre barrierer**

##### ***Psykiske barrierer***

Informant B gav udtryk for, at hun, før hun havde deltaget i Sundhed i bevægelse, havde haft overvejelser omkring, hvorvidt dette var noget hun ville deltage i: "*Jamen dengang jeg fik at vide at der var det her ude.. blev jeg spurgt om ikke jeg ville herud. Så sagde jeg nej det ville jeg da i hvert fald ikke. Men jeg kunne da godt lige prøve at tage herud, så fandt jeg ud af..*". Den barriere Informant B oplevede ift. at deltage i gruppebaseret fysisk aktivitet, skyldtes at hun havde en opfattelse af, at der blev talt meget om kræft i Sundhed i bevægelse: "*Jeg tror at det er et eller andet med at jeg havde fået kræft nok...*". Informant A udtrykte enighed i, at dette kunne skyldes træthed af fokus på sygdom, hvilket kan ses som et udtryk for salutogenese, idet opdeling af om et individ er sygt/raskt kan opfattes som et dilemma, fordi der kommer for meget fokus på sygdommen alene.

##### ***Fysiske barrierer***

Flere af informanterne gav udtryk for, at de ikke havde oplevet situationer, hvor de var i tvivl om, hvorvidt deres kroppe kunne holde til, at være fysisk aktive. Samtidig udtrykte de dog at såfremt de var fysisk aktive, og følte det var nødvendigt, så stoppede de eller stod stille. Informant A udtrykte det således: "*Så står vi bare stille.. det får vi jo også af vide, hvis der er noget vi ikke kan. Så skal vi bare lade være. Vi skal ikke præstere noget vi ikke kan.*". Det tolkes derfor som en barriere for fysisk aktivitet, som de oplever, når de føler de ikke kan deltage i øvelserne. Samtidig har det betydning for Informant B, om der er andre der heller ikke er i stand til at udføre en øvelse: "*Så kigger man lige rundt. Er der andre der ikke kan?*". Dette kan sættes i relation til andenhåndserfaringer og derved tolkes som at Informant B sammenligner sig med de andre deltagere på holdet, for at vurdere sine egne evner. Informanten vil

kunne øge sin self-efficacy ved, at have en højere fysisk formåen ift. normen. Det tolkes hertil, at hun ikke ønskede, at præstere dårligere end de andre deltagere på holdet. En afvigelse fra normen kan bevirke, at informanten nedvurderer sin self-efficacy. Ligeledes vil det have en demotiverende effekt for Informant B, at se de andre deltagere klare sig godt, hvis hun ikke selv har troen på, at hun er i stand til at udfolde sig fysisk på samme måde.

Informant C udtrykte: *"Men der er mange af øvelserne jeg ikke kan gøre og jeg er nødt til at gøre lige til grænsen, plus lidt mere. Så jeg ved, at når jeg kommer herfra så gør det ondt resten af dagen og næste dag. Og så det okay. Det må ikke gøre ondt mere."* Dette kan sættes i relation til kilden om fysiologiske og affektive tilstande, og tolkes som, at de smerter Informant C oplevede ved, at udøve anstrengende fysisk aktivitet og dermed presse sin krop, kan medføre en affektiv tilstand hos hende. Dermed kan hun pga. smerten opleve, at det kan være en barriere for hende ift. at være fysisk aktiv på det niveau hun ønsker. Samtidig udtrykte hun en positiv oplevelse af denne smerte, idet hun er bevidst om at denne forsvinder, hvilket kan have en fremmende effekt på hendes oplevelse af fysisk aktivitet. Informant C var dermed bevidst om sine barrierer i form af sin krops begrænsninger og egne evner ift. at være fysisk aktiv, hvilket kan være et udtryk for, at hun besidder et højt niveau self-efficacy og oplevelse af sammenhæng. Hun har en forståelse af hvorfor det kan gøre ondt i dagene efter at hun har været aktiv, og at det er acceptabelt og ikke et tegn på, at hendes krop har taget skade deraf. Derudover formår hun, selvom hun oplever barrierer ifm. at udføre øvelserne, at mestre det efter bedste evne og tror på, at hun ved at udfordre sig selv kan forbedre sine fysiske evner.

Informant D beskrev følgende: *"...Der var jeg ude nogle gange hvor, at jeg pressede mig selv for meget. Hvor at det hele det sejlede. Og det var simpelthen fordi at.. jeg følte jo ikke at jeg var syg, så det kunne fandeme ikke passe. Så jeg skulle bare.. det skulle bare trænes væk. Så jeg kunne komme op igen..."*. Hun oplevede dermed en begrænsning ift. sine fysiske evner, hvilket kan mindske hendes oplevelse af begribelighed, fordi hun vil mangle evnen til at forudsige hvordan hendes sanseløser vil forandre hendes fysiske formåen. Denne negative situation Informant D oplevede kan dermed medføre, at der kan opstå psykiske vanskeligheder, såfremt hun oplever en frygt for sine begrænsninger ift. ikke at kunne forudsige hvordan hun kan håndtere fysisk aktivitet.

I interviewet blev informanterne spurgt ind til, om de oplevede nogle forhindringer ift. at udøve fysisk aktivitet. Her udtalte Informant C: *"Ja, men det er trist at stå og ikke kunne."*, hvilket Informant A udtrykte enighed i. Dette kan tolkes som, at informanterne oplevede det som en barriere, da de gav udtryk for at der var øvelser de ikke kunne udføre, hvilket de forbandt med negative følelser. Herved kan det tolkes, at Informant A og C ikke oplevede at besidde de nødvendige ressourcer til, at kunne hånd-

tere de udfordringer de konfronteres med ifm. fysisk aktivitet, hvilket kan betyde, at de besidder en svag oplevelse af håndterbarhed heraf.

### **10.3 Komparativ analyse**

I følgende afsnit vil analysen af Senfølgergruppen og Sundhed i bevægelse blive sammenlignet for at fremanalysere hvilke forskelle og ligheder, der blev fundet mellem de to grupper.

#### **10.3.1 Senfølger**

##### ***10.3.1.1 Oplevelse af senfølger***

Det blev fundet, at de senfølger informanterne fra Senfølgergruppen oplevede i højere grad bar præg af at være kroniske stressfaktorer, hvorimod senfølgerne i Sundhed i bevægelse blev tolket til, at være irritationsmomenter. Dette medfører, at informanterne fra Senfølgergruppen i højere grad tendenserede til, at have en svag oplevelse af sammenhæng pga. senfølgernes påvirkning end informanterne fra Sundhed i bevægelse.

De fysiske senfølger var mest udtalt i Senfølgergruppen, hvor seks af de syv informanter oplevede fysiske senfølger, hvorimod dette i Sundhed i bevægelse kun blev fundet hos en enkelt informant. Informanterne fra Sundhed i bevægelse kan derved have oplevet, at være mindre belastede af senfølger, end informanterne fra Senfølgergruppen, da de ikke i samme grad oplevede kroniske stressfaktorer.

Det fremgik at der var forskellige psykiske senfølger, der påvirkede informanterne i hhv. Senfølgergruppen og Sundhed i bevægelse. I Senfølgergruppen var de mest udbredte psykiske senfølger karakteriseret ved, at vedrøre hukommelses- og koncentrationsbesvær. Hvorimod de mest udbredte psykiske senfølger i Sundhed i bevægelse omhandlede angsten for tilbagefald. Informanterne i Sundhed i bevægelse gav udtryk for, at de ikke fokuserede på emnet kræftsygdom i deres samtaler med hinanden.

I begge grupper blev det fundet, at de sociale senfølger havde bevirket, at flere af informanterne måtte ophøre med, at arbejde eller nedsætte deres ugentlige timer, grundet at de ikke længere var i stand til, at arbejde pga. påvirkningen af deres senfølger.

##### ***10.3.1.2 Social støtte***

Der blev for Sundhed i bevægelse fundet en kategori omhandlende social støtte, idet flere informanter fra gruppen beskrev, at de havde oplevet støtte fra deres omgangskreds. Det blev dog ligeledes identificeret, at nogle informanter havde oplevet manglende støtte. Dette blev imidlertid ikke afdækket for Senfølgergruppen, idet deltagerne for Sundhed i bevægelse selv kom ind på dette emne, da det ikke var en del af den udarbejdede interviewguide.

### **10.3.1.3 Sygdomsopfattelse**

Informanterne fra Sundhed i bevægelse gav udtryk for, at de oplevede en uoverensstemmelse ift. at deres omgangskreds havde en forventning om at de var raske, selvom de selv oplevede sig som syge. I Senfølgergruppen fokuserede de derimod på, at deres sygdomsopfattelse afhang af hvilken kontekst og hvilke individer de befandt sig sammen med, da de sammenlignede sig med normen. Der blev imidlertid fundet den lighed, at begge grupper følte sig ældre end de reelt set var grundet deres senfølger. Desuden sammenlignede begge gruppers informanter sig med deres jævnaldrende, hvor de oplevede, at de ikke besad samme fysiske niveau som dem, hvorfor de kan opleve en nedvurdering i deres self-efficacy ift. deres fysiske formåen.

### **10.3.1.4 Afhjælpning af senfølger**

Informanterne fra begge grupper anser dét, at deltage i en gruppe med ligestillede, som et vigtigt element ift. afhjælpning af senfølger. Hertil gav informanterne fra begge grupper ydermere udtryk for, at de benyttede sig af hinandens ressourcer bl.a. i form af viden og social støtte, hvormed de kan opleve en øget håndterbarhed ift. deres senfølger.

## **10.3.2 Motivation**

### **10.3.2.1 Indre motivation**

Begge grupper beskrev, at de fik det bedre fysisk og psykisk efter at have udøvet fysisk aktivitet, hvorfor det blev tolket, at informanterne oplevede at den fysiske aktivitet som meningsfuld. Ydermere blev det tolket, at informanterne i begge grupper besidder en høj self-efficacy, da de besidder en tro på, at udøvelsen af fysisk aktivitet vil resultere i både fysiske og psykiske gevinster. Dog med undtagelse af en enkelt informant i Senfølgergruppen, som havde oplevet, at få det værre af at udøve fysisk aktivitet, hvormed hun afholdte sig fra dette.

### **10.3.2.2 Ydre motivation**

Det fremgik at, dét at dyrke fysisk aktivitet sammen med andre, havde en motiverende effekt hos informanterne fra begge grupper. Her var det særligt dét, at udøve fysisk aktivitet med ligestillede, der blev vurderet til at være et vigtigt element ift. at motivere informanterne. Det sociale samvær blev derfor tolket til, at kunne øge informanternes håndterbarhed ift. udøvelse af fysisk aktivitet.

### **10.3.2.3 Differentiering**

Informanterne fra Sundhed i bevægelse fandt det motiverende, at de kunne differentiere den fysiske aktivitet ift. deres egne evner. Dette blev tolket til, at kunne styrke informanternes self-efficacy, da det fordrede mestringsoplevelser ift. fysisk aktivitet. Derudover bevirkede den individuelle tilpasning, at deres håndterbarhed blev øget. For individer med lav self-efficacy kunne tilpasningen dog udgøre en

mulighed for, at forholde sig inaktiv, som en mekanisme ift. at undgå nederlag. Differentiering var et aspekt, der imidlertid ikke blev belyst ved interviewet med Senfølgergruppen.

### **10.3.3 Barrierer**

#### **10.3.3.1 Indre barrierer**

Det blev fundet at, de psykiske barrierer ift. fysisk aktivitet var mere udtalte i Senfølgergruppen end de var i Sundhed i bevægelse. De psykiske barrierer der fremkom var dog af forskellig karakter. En enkelt informant fra Sundhed i bevægelse gav udtryk for, at en barriere for hende havde været, at hun havde haft en forkert opfattelse af, at der kun blev talt om sygdom i Sundhed i bevægelse. En anden informant fra Senfølgergruppen udtrykte, at hun var bange for at skille sig ud fra normen, når hun deltog i fysisk aktivitet henvendt til den generelle befolkning. Ydermere udtrykte en anden informant fra Senfølgergruppen, at det kunne være en barriere for hende at skulle være fysisk aktiv i hjemmet. Dette tolkes som et udtryk for en lav håndterbarhed, og lav self-efficacy ift. at hun ikke besidder de fornødne ressourcer eller tro på hun kan være fysisk aktiv derhjemme.

Flere af informanterne fra begge grupper gav udtryk for, at de havde oplevet en tvivl ift. hvad deres kroppe fysisk var i stand til efter deres kræftsygdom. Dette blev tolket, som et udtryk for en lav begribelighed, idet deres forventninger oversteg deres faktiske fysiske formåen. To af informanterne fra Senfølgergruppen og en fra Sundhed i bevægelse havde oplevet smerter og ubehag ifm. fysisk aktivitet, hvilket kunne udgøre en barriere. For to af informanterne fra Sundhed i bevægelse, blev det tolket, at de dårlige oplevelser bevirkede negative affektive tilstande, som kunne resultere i en defensiv adfærd ift. fysisk aktivitet fremadrettet. En informant fra Sundhed i bevægelse tolkede smerterne som noget naturligt. Ydermere gav to af informanterne fra Senfølgergruppen udtryk for, at det havde udgjort en barriere, at de ikke havde oplevet en præstationsforbedring ifm. udøvelse af fysisk aktivitet. Dette kunne udgøre en barriere, da en høj indsats ikke bidrog til det ønskede udfald, hvilket kan bevirke en nedvurdering i self-efficacy. Denne oplevelse blev imidlertid ikke identificeret hos deltagerne fra Sundhed i bevægelse.

#### **10.3.3.2 Ydre barrierer**

Underkategorien "Ydre barrierer" blev kun fundet i Senfølgergruppen ift. at en informant oplevede en mangel på viden og støtte fra sundhedsvæsenet ift. hvordan hun kunne udfolde sig fysisk efter hendes kræftsygdom. Det tolkes derfor, at hun besad en lav håndterbarhed, idet hun ikke havde de fornødne ressourcer til at kunne udøve fysisk aktivitet. En anden informant fra Senfølgergruppen udtrykte, at det kunne udgøre en barriere for hende, at hun har haft svært ved at finde ligestillede at træne med efter hun er stoppet på arbejdsmarkedet. Der blev imidlertid ikke identificeret nogle ydre barrierer i interviewet med Sundhed i bevægelse.



## **11. Diskussion**

I dette afsnit vil fundene fra specialets kvalitative undersøgelse blive diskuteret ift. fundene fra specialets litteraturstudie. Formålet med diskussionen er, at sætte specialets fund i relation til eksisterende forskning på området, for på den måde at diskutere eksterne validitet af disse. Diskussionen er struktureret ud fra de temaer, der blev fremfundet igennem analysen.

### **11.1 Senfølger**

#### **11.1.1 Oplevelse af senfølger**

Gennem empirien fra den kvalitative undersøgelse, blev der identificeret fysiske, psykiske og sociale senfølger for både informanterne fra Sundhed i bevægelse og Senfølgerforeningen. De senfølger som informanterne fra Senfølgergruppen oplevede, blev tolket til i højere grad at bære præg af, at være kroniske stressfaktorer ift. de senfølger informanterne i Sundhed i bevægelse oplevede, hvorfor deres oplevelse af sammenhæng kan være svækket. En mulig forklaring på denne forskel kan være, at informanterne fra Sundhed i bevægelse oplever at de får afhjulpet deres senfølger gennem deltagelsen i den gruppebaserede fysiske aktivitet. Forskellen kan ydermere være et udtryk for, at informanterne fra Senfølgergruppen i højere grad er plaget af senfølger end informanterne fra Sundhed i bevægelse.

I analysen blev der identificeret en forskel mellem hvilke typer af psykiske senfølger, som de to grupper oplevede. Flere informanter fra Sundhed i bevægelse gav udtryk for, at have oplevede psykiske senfølger i form af angsten for tilbagefald. Dette understøttes af resultaterne fra et amerikansk kvalitativt studie foretaget af Galantino et al. (2012), som havde til formål, at undersøge hvordan en intervention med hhv. gruppe- og hjemmebaseret yoga påvirkede kræftoverlevende ift. at lindre de ledsmerter, som de kunne opleve efter endt kræftbehandling. Ydermere havde studiet til formål, at undersøge hvordan kræftoverlevende oplevede, at deltagelse i interventionen påvirkede deres livskvalitet. Varigheden af interventionen var otte uger, hvor studiets 10 informanter mødtes to gange ugentligt. Hjemmetræningen forgik ved, at informanterne blev opfordret til at vælge tre øvelser, som de skulle udføre tre gange ugentligt. Empirien blev indsamlet via telefoninterviews, og ved at informanterne beskrev deres træning i en logbog. Resultaterne fra Galantino et al. (2012) kan sættes i relation til specialets fund, idet de ligeledes fandt, at deres informanter oplevede angsten for tilbagefald som senfølge. (10) Informanterne fra Senfølgergruppen angav derimod andre psykiske senfølger, såsom træthed og hukommelsestab. Grunden til at informanterne i Sundhed i bevægelse i større omfang oplever angst for tilbagefald kan skyldes, at de ikke taler om og får bearbejdet denne angst i samme omfang, som informanterne i Senfølgergruppen gør. Dette understøttes yderligere af, at informanterne fra Sundhed i bevægelse gav udtryk for, at de ikke fokuserede på kræftsygdommen i deres samtaler med hinanden, hvorimod informanterne fra Senfølgergruppen beskrev, at de mødtes mhp. at tale om deres senfølger.

Dette kan medføre, at de i Senfølgergruppen i højere grad får italesat og bearbejdet deres psykiske senfølger end informanterne fra Sundhed i bevægelse.

Dette understøttes af et australsk kvalitativt pilotstudie foretaget af Martin et al. (2015). Formålet med studiet var, at undersøge hhv. 14 bryst- og 11 prostatakraftoverleveres oplevelse af deltagelse i en intervention, som indeholdte både gruppebaseret fysisk aktivitet og psykosocial rådgivning. Formålet var desuden, at undersøge hvordan multimodale interventioner kan designes optimalt, således at prostatakraftoverleverne i højere grad ønsker at deltage. Interventionen bestod af hhv. tre ugentlige gruppebaserede træningspas og en ugentlig psykosocial rådgivningslektion. Træningen foregik kønsopdelt, og bestod af aerobic, modstandstræning og statisk udstrækning. Den psykosociale rådgivning foregik ligeledes kønsopdelt og omhandlede bl.a. temaer som "Livet med kræft", "Mindfulness", "Angst" og "At komme videre". Empirien blev indsamlet via fænomenologiske fokusgruppeinterviews. Den psykiske rådgivning som Martin et al. (2015) anvender, kan sættes i relation til specialets resultater, idet at informanterne fra studiet gennem rådgivningen berørte psykiske emner, som angst, hvilket informanterne oplevede, at der afhjalp deres psykiske senfølger. (67) Dette kan dermed sættes i relation til specialets informanter fra Senfølgergruppen, som ligeledes får italesat og bearbejdet deres psykiske senfølger ved, at deltage i Senfølgergruppen, hvormed de ligeledes oplever, at dette kan afhjælpe deres psykiske senfølger. Dette kan forklare, hvorfor at det blot er et mindre antal af informanterne fra Senfølgergruppen, der oplever angst, sammenlignet med Sundhed i bevægelse, hvor alle informanter gav udtryk for at de oplevede angst for tilbagefald.

Flere informanter fra specialets kvalitative undersøgelse, oplevede at særligt deres fysiske senfølger forhindrede dem i, at opretholde en normal arbejdsdag eller at være på arbejdsmarkedet, hvilket påvirkede deres sociale liv i form af manglende overskud til at kunne besøge venner. Dette blev dermed vurderet til bevirke en social senfølge. Dette aspekt er imidlertid ikke belyst ud fra litteraturstudiet, hvormed dette fund ikke kan eksternt valideres.

Med afsæt i specialets kvalitative undersøgelse samt litteraturstudie udledes det dermed, at forekomsten af alvorlige psykiske senfølger blandt kræftoverleverne kan skyldes mangel på italesættelse og bearbejdning heraf. Litteraturstudiet påviste ligeledes, at psykosocial rådgivning er et vigtigt element ift. at få kræftoverleverne til, at indgå i dialog om bl.a. angst, samt at kræftoverleverne finder disse psykosociale rådgivninger anvendelige ifm. at afhjælpe deres psykiske senfølger. Ydermere udledes det, pba. resultater fra specialets kvalitative undersøgelse, at fysiske senfølgers indvirkning på kræftoverleveres arbejdssituation kan udgøre en negativ betydning for deres sociale liv.

### **11.1.2 Social støtte**

I specialets kvalitative undersøgelse fremkom det, at der var forskel på, om informanterne fra Sundhed i bevægelse oplevede social støtte fra deres omgangskreds. Nogle informanter gav udtryk for, at besidde den nødvendige sociale støtte fra deres familie, imens andre udtrykte, at de manglede denne. Den manglende sociale støtte kom bl.a. til udtryk ved, at to informanter havde mistet venner undervejs i deres sygdomsforløb. Desuden viste den sig ligeledes ved, at en informant oplevede manglende social støtte fra sin mand ift. kontrolbesøg, hvilket bevirkede, at hun ikke havde de nødvendige ressourcer ift. at kunne håndtere sine kontrolbesøg selv. Social støtte blev imidlertid ikke belyst i interviewet med Senfølgergruppen. Det vurderes imidlertid, at social støtte er et emne, der ligeledes berører Senfølgergruppen, da de to fokusgrupper er sammenlignelige, idet de begge består af ældre kræftoverlevende med senfølger, hvormed det kan formodes, at de har lignende oplevelser ifm. social støtte.

Fra specialets kvalitative undersøgelse blev det dermed udledt, at det er individuelt om kræftoverlevende oplever, at modtage den sociale støtte, som de har behov for. Dette fund er imidlertid ikke valideret i litteraturstudiet, hvormed den analytiske generaliserbarhed heraf svækkes.

### **11.1.3 Sygdomsopfattelse**

I specialets kvalitative undersøgelse fremkom en forskel ift. hvordan informanterne i de to grupper oplevede sig selv og hvordan de følte andre oplevede dem ift. at være syge/raske. Informanter fra Sundhed i bevægelse oplevede, at deres omgangskreds havde en forventning til dem om, at de var raske, imens de selv fortsat kunne opleve sig selv som syge. Senfølgergruppen gav derimod udtryk for, at deres sygdomsopfattelse var kontekstafhængig, og at de kunne opleve, at føle sig syge, såfremt de sammenlignede sig med raske individer på deres egen alder. Ydermere gav informanter fra begge grupper udtryk for, at de følte sig ældre end deres jævnaldrende, grundet deres senfølgers påvirkning. Dette blev ligeledes identificeret i et skotsk kvalitativt studie udført af Hefferon et al. (2013). Studiet havde til formål, at udforske hvilke barrierer brystkræftoverlevende oplevede ifm. udøvelse af fysisk aktivitet. Studiets informanter blev udgjort af 83 kvindelige brystkræftoverlevende, som blev rekrutteret fra en tidligere intervention, som de havde deltaget i kort efter, at de var blevet færdigbehandlet. Denne intervention foregik fem år forinden studiet blev foretaget, og indebar at brystkræftoverleverne skulle udøve gruppebaseret fysisk aktivitet. Brystkræftoverleverne blev bedt om, at forholde sig til denne intervention, samtidig med at de skulle forholde sig til forhold vedrørende deres nuværende fysiske aktivitet. Empirien blev indsamlet via individuelle semistrukturerede interviews. Et af studiets fund var, at informanterne oplevede sig selv, som ældre end de reelt var grundet deres senfølger. (45) Fundene fra dette studie kan dermed validere specialets fund ift. at kræftoverlevende kan føle sig ældre

end de reelt er pba. deres senfølger. Der må dog tages forbehold for, at informanterne fra Hefferon et al. (2013) kan have oplevet recall-bias, da de blev bedt om at huske fem år tilbage.

Grundet specialets kvalitative undersøgelse samt litteraturstudie udledes det dermed, at kræftoverlevende kan opleve sig selv som syge, hvor deres omgangskreds kan betragte dem som raske. Ydermere kan kræftoverlevende opleve sig som syge, såfremt de sammenligner sig med den generelle befolkning. Det blev desuden fundet, både i den kvalitative undersøgelse og litteraturstudiet, at kræftoverlevende, pga. deres senfølger, kan opleve sig ældre end de reelt er.

#### **11.1.4 Afhjælpning af senfølger**

Seks informanter fra den kvalitative undersøgelse angav, at de deltog i Senfølgergruppen, som en måde, hvorpå de kunne afhjælpe deres psykiske og sociale senfølger på. Informanterne fra Sundhed i bevægelse samt fem informanter fra Senfølgergruppen dyrkede alle fysisk aktivitet for at afhjælpe deres senfølger. Heraf gav informanterne fra Sundhed i bevægelse udtryk for, at de dyrkede fysisk aktivitet i en gruppe, hvor tre af informanterne fra Senfølgergruppen dyrkede fitness individuelt, én dyrkede tai-chi og Qigong på hold og én dyrkede yoga på hold. Dermed fremgik det, at disse fysiske aktivitetsformer blev fundet meningsfyldte at deltage i, da de kunne afhjælpe informanternes senfølger. Dette understøttes af et australsk kvalitativt studie af Wurz et al. (2015), hvis resultater viste lignende fund. Studiet havde til formål, at udforske hvilke barrierer og motiverende faktorer brystkræftoverlevende oplevede ifm. deltagelse i en gruppebaseret fysisk aktivitetsintervention, som havde en varighed på otte uger. Studiets informanter bestod af syv brystkræftoverlevende, som havde deltaget i interventionen. Empirien blev indsamlet ved individuelle semistrukturerede interviews. Informanterne gav udtryk for, at deltagelse i interventionen havde bevirket, at de havde opnået helbredsmæssige fordele ift. afhjælpning af deres senfølger. Dette bestod bl.a. i et højere energiniveau, øget muskelstyrke samt bedre humør. (11)

Ydermere kan særligt gruppebaseret fysisk aktivitet være fordelagtigt ift. at afhjælpe senfølger, hvilket er belyst i et amerikansk mixed methods-studie, som blev foretaget af Beidas et al. (2014). Studiet havde til formål, at foretage en kvantitativ undersøgelse af effektiviteten og sikkerheden af en gruppebaseret fysisk aktivitetsintervention. Ydermere havde studiet til formål, at foretage en kvalitativ undersøgelse af, hvilke barrierer sundhedsprofessionelle oplever ifm. implementeringen af interventionen i praksis. Interventionen henvendte sig til brystkræftoverlevende med senfølger og bestod af fire gruppebaserede træningspas og to hjemmebaserede træningspas. Der var 67 brystkræftoverlevende der fuldførte interventionen, hvor empirien blev indsamlet ved, at måle forskellige outcome-mål ift. symptomer, muskelstyrke og kropsbillede. Informanterne i den kvalitative undersøgelse bestod af ni læger, to sygeplejersker og 10 fysioterapeuter. Empirien herfor blev indsamlet vha. semistrukturerede

individuelle fokusgrubeinterviews, samt direkte observation. Studiet viste ligeledes, at deltagelse i gruppebaseret fysisk aktivitet medførte signifikante forbedringer ifm. brystkræftoverlevernes senfølger, idet der var sket en afhjælpning af hhv. deres lymfødemsymptomer (antal symptomer, sværhedsgrad af symptomer og armvolumen), lymfødemsikkerhed (nyopstået lymfødeme og opblusning af lymfødemsymptomer), samt kropsbillede og forhold (styrke og helbred, sociale barrierer og udseende og seksualitet). (69) Specialets fund ift. at gruppebaseret fysisk aktivitet kan afhjælpe senfølger, kan dermed eksternt valideres af resultaterne fra Beidas et al. (2014).

Grundet specialets kvalitative undersøgelse og litteraturstudie kan det dermed udledes, at kræftoverlevende kan anvende fysisk aktivitet ifm. at afhjælpe deres senfølger. Ydermere kan særligt gruppebaseret fysisk aktivitet være anvendeligt ifm. dette.

## **11.2 Motivation**

### **11.2.1 Indre motivation**

I specialets kvalitative undersøgelse blev det fundet, at informanter fra begge grupper fandt det motiverende, at de oplevede nogle fysiske og psykiske gevinster ift. at udøve fysisk aktivitet. Informanterne beskrev bl.a. at de oplevede, at deltagelse i fysisk aktivitet bevirkede mindske træthed, øget energiniveau, forbedret humør og vægttab, hvilket var motiverende for dem. Dette fund kan sættes i relation til fund fra studiet af Wurz et al. (2015), hvor resultaterne viste, at informanterne ligeledes oplevede det motiverende, at den fysiske aktivitet bevirkede, at de fik mere muskelstyrke og energi, samt forbedrede deres humør. Den fysiske aktivitet kunne derudover medvirke til, at afhjælpe deres senfølger, såsom træthed og depression, hvilket ligeledes var motiverende for brystkræftoverlevernes deltagelse. Ydermere oplevede de en personlig opnåelse, i form af at kunne indfri de mål de opsatte ifm. at udøve fysisk aktivitet, hvilket de ligeledes fandt motiverende. (11) Dette kan øge deres self-efficacy, idet de ved at de kan leve op til deres mål, og dermed styrke troen på dem selv.

Resultaterne fra specialets kvalitative undersøgelse understøttes yderligere af et australsk kvalitativt studie af Craike et al. (2011), som havde til formål, at udforske de faktorer, der influerer på prostatakræftoverleveres udøvelse af fysisk aktivitet. For at undersøge dette, blev der rekrutteret 18 prostatakræftoverlevende, som blev spurgt ind til fysisk aktivitet i individuelle semistrukturerede interviews. Resultaterne viste, at kræftoverleverne blev motiverede til at udøve fysisk aktivitet, grundet de fysiske og psykiske fordele det resulterede i. Der blev identificeret fysiske fordele i form af et højere energiniveau, forbedret blærekontrol, generelle helbredsfordele samt vægttab og psykiske fordele som afslapning, at få det bedre psykisk, højere selvtillid og stresshåndtering. (68) Studiets målgruppe er imidlertid mænd, hvorimod specialets kvalitative undersøgelse udelukkende består af kvinder, hvilket der bør tages forbehold for ift. sammenligningen af disse. Dermed kan eksempelvis resultatet om blære-

kontrol ikke relateres til den kvalitative undersøgelses resultater, idet dette opleves af prostatakræftoverleverne, og er en senfølge der knytter sig til denne specifikke kræftform.

Ydermere understøttes resultaterne fra specialets undersøgelse, samt Wurz et al. (2015) og Craike et al. (2011) af det kvalitative studie udført af Galantino et al. (2012). Resultaterne herfra viste, at informanterne oplevede, at udøvelse af yoga øgede deres energiniveau og fleksibilitet, samt reducerede smerter, angst og stress. Ydermere oplevede informanterne, at yogaen kunne afhjælpe deres senfølger, samt at den kunne forøge deres livskvalitet. De fysiske og psykiske gevinster ved at deltage i yogaen bevirkede, at informanterne blev motiverede ift. at udøve yoga, hvormed det kan sættes i relation til specialets resultater. (10)

Disse resultater understøttes yderligere af resultaterne fra en oversigtsartikel, foretaget af Courneya et al. (2004), som havde til formål, at afdække hvilke faktorer der påvirker ældre kræftoverlevers fysiske aktivitetsniveau. Af oversigtsartiklen fremgår det, at fysisk aktivitet kan medvirke til at kræftoverleverne kan opretholde et normalt fungerende liv, få det bedre, lære at håndtere stress, samt få kontrol over deres liv, hvilket kunne motivere dem til at udøve fysisk aktivitet. (14) I studiet er det imidlertid ikke belyst, hvorledes de anvendte studier hertil er fremsøgt, hvormed studiets metodologiske kvalitet svækkes.

I studiet af Martin et al. (2015) blev det ydermere fundet, at prostatakræftoverleverne fandt det motiverende, at den fysiske aktivitet resulterede i, at de følte sig maskuline igen efter at have været i behandling for kræft (67). Dette er imidlertid ikke belyst af andre studier inddraget i litteraturstudiet eller via fund fra specialet da den kvalitative undersøgelse herfor, som tidligere nævnt, udelukkende består af kvindelige kræftoverleverne.

De ovenstående fund fra litteraturstudiet kan sættes i relation til specialets fund fra den kvalitative undersøgelse, hvor det ligeledes er identificeret at informanterne oplever nogle fysiske og psykiske gevinster, som virker motiverende for dem ifm. at udøve fysisk aktivitet. Pba. fund fra specialet og litteraturstudiet kan det derved udledes, at de fysiske og psykiske gevinster ved at udøve fysisk aktivitet, findes motiverende for kræftoverleverne med senfølger. Dermed kan fysisk aktivitet opleves som en meningsfuld aktivitet for denne målgruppe. Kræftoverleverens egen tro på at vedkommende kan producere fysiske og psykiske gevinster ved udøvelse af fysisk aktivitet, findes motiverende, og er udtryk for en høj self-efficacy.

### **11.2.2 Ydre motivation**

I den kvalitative undersøgelse blev det identificeret, at informanterne fra både Senfølgergruppen og Sundhed i bevægelse fandt deltagelse i fysisk aktivitet motiverende, såfremt de udøvede det sammen

med andre. Et eksempel på dette er, at en informant beskrev, at hun fandt det motiverende, såfremt hende og hendes mand udøvede fysisk aktivitet sammen. Dette kan sættes i relation til studiet foretaget af Martin et al. (2015). Resultaterne herfra viste bl.a. at både bryst- og prostatakræftoverleverne gav udtryk for, at gruppeoplevelsen havde været motiverende, da dette gav informanterne mulighed for at dele deres oplevelser og erfaringer med hinanden. (67)

Dette resultat understøttes af studiet af Wurz et al. (2015), som ligeledes fremlagde, at informanterne fandt samværet ifm. den fysiske aktivitet motiverende, idet de kunne hjælpe og støtte hinanden, hvilket ligeledes bevirkede, at de ikke følte sig ensomme ift. at de kunne tale med andre om deres kræftforløb og senfølger herfra. Ydermere fandt studiet, at den fysiske aktivitet medvirkede til, at de oplevede en følelse af, at være normale, hvilket gav dem en følelse af selvkontrol over deres liv igen efter at have haft en kræftsygdom. (11) Dette understøttes yderligere af studiet af Galantino et al. (2012), som ligeledes fandt, at kræftoverleverne oplevede det som motiverende, at deltage i gruppebaseret fysisk aktivitet, idet de bekendtskaber som informanterne stiftede heri, motiverede dem til at deltage. Ydermere fandt studiet, at informanterne oplevede interventionen, som en effektiv støttegruppe, hvilket ligeledes motiverede dem til at deltage. (10)

Resultaterne fra de tre studier kan sættes i relief til udsagn fra informanter fra specialets kvalitative undersøgelse, da informanter fra begge grupper gav udtryk for, at de ligeledes oplevede det motiverende, såfremt den fysiske aktivitet foregik i samvær med andre. Pba. specialets fund samt de tre studier, kan det udledes, at gruppebaseret fysisk aktivitet kan medvirke til, at motivere kræftoverleverne, idet det sociale element har betydning for kræftoverleveres motivation herfor.

Ydermere blev det i specialets kvalitative undersøgelse fundet, at begge grupper af informanter udtrykte, at de fandt det motiverende, at udøve fysisk aktivitet med ligestillede, hvilket ligeledes kan sættes i relation til studiet af Martin et al. (2015), da resultaterne herfra ligeledes viste, at informanterne fra interventionen fandt det motiverende, at udøve fysisk aktivitet, såfremt det foregik i samvær med andre kræftoverleverne med senfølger. Baggrunden for dette var, at informanterne således ikke følte, at de skilte sig ud grundet deres senfølger, idet alle var ligestillede. (67)

Dette understøttes af studiet af Wurz et al. (2015), som fandt, at flere af informanterne gav udtryk for, at det var motiverende, såfremt den fysiske aktivitet foregik sammen med ligestillede, idet de kunne tage proteser, parykker mm. af samt have armbind på, uden at dette tiltrak opmærksomhed fra andre. Ydermere gav de udtryk for, at de havde oplevet ubehagelige situationer ifm. at deltage i tilbud om fysisk aktivitet til den generelle befolkning, hvorfor de følte sig bedre tilpas sammen med ligestillede, idet de ikke følte sig anderledes end normen. (11)

Det samme fund blev identificeret i specialets kvalitative undersøgelse, hvor informanterne fra begge grupper gav udtryk for, at de fandt det motiverende, at udøve fysisk aktivitet med ligestillede, idet de oplevede, at der var en intern forståelse for hinandens senfølger, og at de derved ikke følte, at de skilte sig ud fra normen. Ydermere blev det ligeledes fundet, at nogle af informanterne havde følt sig utilpasse ved at deltage i tilbud til den generelle befolkning, idet de også her følte sig udenfor normen.

Med afsæt i fund fra specialets kvalitative undersøgelse og litteraturstudiet, vurderes det, at kræftoverleverne kan motiveres til, at udøve fysisk aktivitet, såfremt dette gøres i samvær med ligestillede. Hvorimod de ved tilbud til den generelle befolkning kan opleve barrierer ifm. deltagelse, idet de føler, at de skiller sig ud. Dermed kan det sociale samvær øge kræftoverlevernes håndterbarhed ifm. at deltage i fysisk aktivitet, idet de kan benytte sig af hinandens ressourcer.

### **11.2.3 Differentiering**

I specialets kvalitative undersøgelse beskrev flere informanter, at differentieringen af træning havde en motiverende effekt ift. at informanterne herved oplevede den fysiske aktivitet som håndterbar, samt oplevede mestringsoplevelser, som øgede deres self-efficacy ifm. fysisk aktivitet. Ydermere blev det fundet, at instruktøren af Sundhed i bevægelse besidder en stærk position som verbal overtaler, og at deltagerne efterlever dennes råd, hvormed at vedkommende udgør en vigtig rolle ifm. udøvelse af fysisk aktivitet. Samtidig blev det belyst, at differentieringen af programmet kunne medføre en utilsigtet negativ konsekvens for deltagere med lav self-efficacy, som herved kunne vælge, at forholde sig inaktive for at undgå nederlag og dermed opleve en nedvurdering i self-efficacy. Studiet af Wurz et al. (2015) beskrev ligeledes at differentiering ifm. fysisk aktivitet kunne være fordelagtigt, idet en informant beskrev, at hun modificerede programmet, således at det blev tilpasset efter hendes fysiske formåen, idet hun ikke var i stand til at udføre det fulde program (11).

Med afsæt i resultaterne fra Wurz et al. (2015) og specialets kvalitative undersøgelse kan det dermed udledes, at differentiering af programmer ifm. fysisk aktivitet kan virke motiverende for kræftoverleverne med høj self-efficacy. Hvorimod differentiering kan afstedkomme inaktivitet ved kræftoverleverne med en lav self-efficacy.

## **11.3 Barrierer**

### **11.3.1 Indre barrierer**

Flere af informanterne fra specialets kvalitative undersøgelse havde oplevet en fysisk barriere i form af smerter ifm. udøvelse af fysisk aktivitet. Smerterne kunne bevirke en defensiv adfærd ift. fysisk aktivitet fremadrettet, såfremt disse smerteoplevelser blev lagret kognitivt som negative affektive tilstande. Informanterne beskrev ydermere, at deres senfølger bl.a. bestod af smerter, som kunne for-



hindre dem i, at udøve fysisk aktivitet. Dette kan relateres til et hollandsk kohortestudie, foretaget af van Putten et al. (2016), som havde til formål at undersøge associationerne mellem kræftoverlevende med senfølgers fysiske aktivitetsniveau og faktorer, der formodes at være barrierer ifm. udøvelse af fysisk aktivitet. Studiets respondenter blev udgjort af 1375 tarm- og analkræftoverlevende, og data blev indsamlet vha. spørgeskema over en tre-årig periode. Studiets resultater viste, at kræftoverlevende med smerter havde et statistisk signifikant lavere fysisk aktivitetsniveau ( $p < 0.01$ ) ift. de kræftoverlevende som ikke oplevede smerter. (66) Dette resultat understøtter, at smerteoplevelser kan bevirke en defensiv adfærd ifm. udøvelse af fysisk aktivitet, som kan resultere i en lavere self-efficacy. En informant fra specialets kvalitative undersøgelse havde oplevet smerter ifm. udøvelse af fysisk aktivitet, hvilket bevirkede, at hun var bange for at pådrage sig skader, hvorfor hun ikke udøvede dette. Hefferon et al. (2013) fandt ligeledes, at frygten for at pådrage sig skader under fysisk aktivitet udgjorde en barriere ifm. deltagelse heri. (45) Gyldigheden af dette resultat styrkes af, at der deltog 83 informanter i studiet, hvilket er et højt antal taget i betragtning af, at det er et kvalitativt studie. Oversigtsartiklen af Courneya et al. (2004) belyste ligeledes, at smerter udgør en barriere, der er udbredt blandt ældre kræftoverlevende (14). Smerteoplevelser og frygten for skader er således udbredte barrierer blandt ældre kræftoverlevende, som kan bevirke en defensiv adfærd ift. udøvelse af fysisk aktivitet.

Udover smerter oplevede specialets informanter ligeledes en række andre fysiske senfølger, som udgjorde barrierer ift. udøvelse af fysisk aktivitet. Disse senfølger var bl.a. repræsenteret ved balancevanskeligheder og fysisk funktionsnedsættelse. Fire af informanterne fra Senfølgergruppen oplevede fysiske senfølger som barrierer, hvilket medførte, at deres oplevelse af håndterbarhed faldt, selvom de fandt udøvelsen af fysisk aktivitet meningsfuld. Dette kunne således nedsætte deres oplevelse af sammenhæng. Brystkræftoverleverne fra studiet af Hefferon et al. (2013) oplevede ligeledes at fysiske senfølger, i form af træthed, smerter, lymfødeme og ledstivhed udgjorde barrierer ifm. udøvelse af fysisk aktivitet. Kohortestudiet af van Putten et al. (2016) fandt at tarm- og analkræftoverlevende med et lavt fysisk funktionsniveau, var statistisk signifikant mindre aktive ( $p < 0.01$ ), sammenlignet med kræftoverlevende, der havde et normalt fysisk funktionsniveau. Dette understøttes yderligere af resultaterne fra Wurz et al. (2015), som fandt, at senfølgerne kunne udgøre en barriere ift. deltagelse i fysisk aktivitet (11). Det blev ydermere belyst gennem litteraturstudiet, at ældre kræftoverlevende kan have følgesygdomme, som f.eks. slidgigt, som ydermere kan udgøre barrierer (45,68).

I studiet af Wurz et al. (2015) oplevede informanterne, at der var nogle af øvelserne under interventionen, som de ikke var i stand til at udføre pga. deres senfølger (11). Informanter fra specialets kvalitative undersøgelse gav ligeledes udtryk for, at de oplevede, at der var nogle øvelser, som de ikke kunne udføre, og herved blev nødt til at stå stille. Flere af informanterne oplevede en psykisk barriere ved, at de følte at de skilte sig ud, hvis de deltog i motionstilbud henvendt til den generelle befolkning. Dette

understøttes af resultater fra Hefferon et al. (2013), som fandt, at informanterne ikke kunne lide, at træne i motionscentret, da de således følte sig forpligtede til, at følge med på samme niveau som individer, der ikke havde haft kræft, for ikke at skille sig ud. Dette resulterede i stærke smerter i dagene efter. (45) Således kan deltagelse i motionstilbud, der ikke er henvendt til kræftoverleverne, udgøre en psykisk belastning og samtidig medføre fysiske skader, såfremt kræftoverleverne presser sig selv unødvendigt, for at leve op til normen. Kræftoverleverne sammenlignede sig med normen, og kunne derved opleve en nedvurdering i self-efficacy, såfremt de ikke var i stand til det samme som de andre på holdet. Selvom kræftoverleverne kan finde fysisk aktivitet meningsfyldt, kan senfølgerne bevirke, at de ikke besidder de fornødne ressourcer ift. udøvelse, hvilket reducerer håndterbarheden og dermed udgør en barriere herfor.

Informanterne fra specialets kvalitative undersøgelse oplevede en lav begribelighed i form af tvivl på deres fysiske formåen efter endt kræftbehandling, hvilket udgjorde en barriere ift. at udøve fysisk aktivitet. Dette fund understøttes af resultater fra Martin et al. (2015), hvor bryst- og prostatakraftoverleverne ligeledes oplevede, at usikkerhed på deres fysiske formåen udgjorde en barriere ifm. udøvelse af fysisk aktivitet. (67) Det kvalitative studie af Craike et al. (2011), der ligeledes havde ældre prostatakraftoverleverne som målgruppe, præsenterede et lignende fund, idet informanterne udtrykte en manglende selvtillid ifm. deres fysiske formåen efter kræftbehandling. Dette begrundede prostatakraftoverleverne med, at de oplevede inkontinens som senfølge. (68) Som tidligere nævnt, kan dette fund ikke relateres til specialets resultater, da der ikke indgik nogle mandlige kræftoverleverne, men det mandlige kræftoverleveres perspektiv kan dermed belyses via litteraturstudiet. Såfremt kræftoverleverne har en lav begribelighed ift. deres fysiske formåen, kan dette resultere i, at kræftoverleverne kan opleve nederlag ifm. udøvelse af fysisk aktivitet, hvilket kan medføre en nedvurdering i self-efficacy. Modsat kan en lav begribelighed kombineret med en lav self-efficacy bevirke, at kræftoverleverne ikke udøver fysisk aktivitet.

En anden barriere der blev fundet ved specialets kvalitative undersøgelse var, at to af informanterne fra Senfølgergruppen oplevede, at de ikke forbedrede deres præstation ved fysisk aktivitet, men i stedet vedligeholdte deres krop, hvilket de anså for at være en barriere. Dette kan nedjustere deres self-efficacy, da de således oplever at det kræver en stor indsats, uden at de når de mål de sætter sig for. Dette fund blev imidlertid ikke belyst via litteraturstudiet, hvormed det ikke kan valideres eksternt heri.

Ydermere udtrykte en informant fra Sundhed i bevægelse, at hun havde oplevet en barriere ift. deltagelse heri, da hun troede, at det ville indbefatte, at hun skulle tale om sin kræftsygdom. Prostatakraftoverleverne fra studiet af Martin et al. (2016) udtrykte samme forbehold, men oplevede igennem del-

tagelse i motionsinterventionen og efterfølgende rådgivning, at de havde haft et behov for at tale om deres sygdom, hvilket de fik opfyldt gennem deltagelsen (67). Forbehold ifm. at ønske at italesætte sin sygdom, kan således udgøre en barriere for at påbegynde deltagelse i interventioner henvendt til kræftoverleverne.

En informant fra specialiets kvalitative undersøgelse fandt ikke fysisk aktivitet meningsfyldt, da det udelukkende resulterede i negative udfald for hende. Ydermere gav flere informanter udtryk for, at de ikke kunne lide bestemte former for fysisk aktivitet, hvorfor det heller ikke var meningsfyldt for dem at deltage deri. Hefferon et al. (2013) fandt, at nogle af informanterne ikke følte sig sportsligt anlagt, hvilket ligeledes var et udtryk for, at de ikke oplevede fysisk aktivitet meningsfyldt, og derfor ikke besad incitament for udøvelse af dette (45). Således kan udøvelsen af nogle former for fysisk aktivitet eller fysisk aktivitet generelt, ligge udenfor kræftoverleverens grænser af, hvad der opleves som meningsfyldt, hvilket udgør en barriere for udøvelse heraf.

Smerteoplevelser og frygten for, at komme til skade, kunne således udgøre barrierer, hvilket kunne medføre en defensiv adfærd ifm. udøvelsen af fysisk aktivitet fremadrettet. Ydermere blev de fysiske senfølger fundet til at udgøre en barriere, da de kunne forhindre kræftoverleverne i, at udøve fysisk aktivitet, til trods for at kræftoverleverne fandt dette meningsfyldt. Kræftoverleverne kunne opleve en psykisk barriere ift. deltagelse i motionstilbud henvendt til den generelle befolkning, da de således følte sig anderledes. Ydermere kunne dette medføre skader, da kræftoverleverne pressede sig selv for at følge med normen. Kræftoverleverne oplevede en barriere i form af en tvivl på kroppens formåen efter afsluttet kræftbehandling, hvilken kunne medføre nederlag ifm. fysisk aktivitet eller bevirke inaktivitet. Specialiets informanter fra den kvalitative undersøgelse oplevede en manglende præstationsforbedring som en barriere, men dette resultat blev ikke valideret igennem litteraturstudiet. Nogle kræftoverleverne oplevede, at manglende lyst til at tale omkring deres kræftsygdom, kunne udgøre en barriere for at deltage i intervention med andre kræftoverleverne. Desuden blev det udledt, at nogle kræftoverleverne ikke besidder incitament til at påbegynde udøvelse af fysisk aktivitet, da de ikke fandt dette meningsfyldt. Det blev desuden identificeret at følgesygdomme kunne udgøre en barriere.

### **11.3.2 Ydre barrierer**

En informant fra specialiets kvalitative undersøgelse beskrev, at hun havde manglet information fra behandlingssystemets side ift. hvordan hun kunne udfolde sig fysisk efter afsluttet behandlingsforløb. Dette havde mindsket hendes håndterbarhed. Prostatakræftoverleverne fra Craike et al. (2011) oplevede ligeledes, at de manglede viden ift. hvad der var et passende aktivitetsniveau efter afsluttet kræftbehandling (68). Oversigtsartiklen af Courneya et al. (2004) belyste ligeledes, at kræftoverleverne kan opleve manglende vejledning fra sundhedsvæsenet som en barriere (14). Dette fund blev dog gjort

pba. studier, som ikke havde ældre kræftoverlevende som målgruppe, men voksne kræftoverlevende. Courneya et al. (2004) fandt ydermere, at mangel på social støtte kunne udgøre en barriere (14). En anden af informanterne fra specialets kvalitative undersøgelse oplevede denne barriere, i kraft af at hun manglede træningspartnere. Manglende information og vejledning fra sundhedsvæsenet, samt mangel på social støtte kan således udgøre ydre barrierer.

Igennem litteraturstudiet blev det fundet, at fuldtidsarbejde kunne udgøre en barriere for deltagelse i gruppebaseret fysisk aktivitet. Brystkræftoverlevende fra studiet af Hefferon et al. (2013) beskrev, at de havde nedprioriteret deltagelse i fysisk aktivitet, da de i stedet havde brugt deres energi på, at vende tilbage til arbejdsmarkedet (45). Studiet af Craike et al. (2011) fandt ligeledes at fuldtidsarbejde kunne udgøre en barriere for prostatakræftoverlevende, grundet tidspress (68). Brystkræftoverlevende med fuldtidsarbejde, fra studiet af Wurz et al. (2015), oplevede ligeledes dette. Studiet fandt ydermere, at de pensionerede brystkræftoverlevende ikke oplevede denne barriere, hvilket kan sættes i relief til, at arbejde ikke blev identificeret som en barriere i fundene fra specialets kvalitative undersøgelse. (11) Dette kan forklares ved, at størstedelen af informanterne var pensionerede, hvorfor de kan have mere tid til rådighed. Udover tidsmangel, grundet andre forpligtigelser, blev det ydermere fremanalysert via litteraturstudiet, at afstand og trafikforhold kunne udgøre barrierer for deltagelse i fysisk aktivitet (11,14,45).

Brystkræftoverlevende fra studierne af Wurz et al. (2015) og Hefferon et al. (2013) gav udtryk for, at kvinderollen udgjorde et ansvar ift. familien, som bl.a. indbefattede at agere omsorgsperson for børn og andre familiemedlemmer. Dette bevirkede, at de ikke havde tiden til at udøve fysisk aktivitet. (11,45) Dette kan sættes i relation til et fund fra studiet af van Putten et al. (2016), som fandt at kvindelige kræftoverlevende var statistisk signifikant mindre fysisk aktive ( $p < 0.01$ ) sammenlignet med mænd. En af grundene hertil kan være, at kvinderollen kan udgøre en barriere herfor. Studiet af van Putten et al. (2016) fandt dog, at enlige kræftoverlevende var statistisk signifikant mindre fysisk aktive ( $p < 0.01$ ) sammenlignet med kræftoverlevende der var i et parforhold. (66) Dette kan virke modstridende ift. at kvinder med familier oplever, at kvinderollen i denne forbindelse kunne udgøre en barriere. Dog kan familie og partnere udgøre en kilde til social støtte, hvilket kan øge håndterbarheden ift. udøvelse af fysisk aktivitet. Således er der modstridende fund i relation til om kvinderollen som omsorgsgiver kan udgøre en barriere. Dette blev imidlertid ikke belyst i specialets kvalitative undersøgelse.

Flere studier fra litteraturstudiet belyste, at egenbetaling kunne udgøre en barriere for deltagelse i gruppebaserede fysisk aktivitetsinterventioner (14,45,69). Studiet af Beidas et al. (2014) er imidlertid foretaget i USA, hvorfor interventionen der undersøges, udelukkende finansieres privat af kræftoverlevende, hvilket ikke kan sidestilles med f.eks. Sundhed i bevægelse, som kun er delvist finansieret via

egenbetaling. Det er ikke belyst, hvorvidt den delvise egenbetaling udgør en barriere for informanter fra speciallets kvalitative undersøgelse. Dog vurderes egenbetaling, pba. litteraturstudiet, til at kunne udgøre en barriere for de mindre bemidlede, hvilket kan skabe en social ulighed ifm. deltagelse.

Informanterne fra Sundhed i bevægelse gav ikke udtryk for nogen ydre barrierer ift. fysisk aktivitet. I kraft af at de deltager i Sundhed i bevægelse og derved er sammen med andre, kan det formodes, at de ikke oplever mangel på træningspartnere som en barriere. Desuden er det et adgangskrav, at deltagerne af Sundhed i bevægelse er bosat i Aalborg kommune, hvilket bevirker, at det er begrænset hvor lang afstand deltagerne har hertil. Hermed udgør afstand formentlig ikke en barriere ift. deltagelse i Sundhed i bevægelse.

Opsummerende blev manglende vejledning fra sundhedsvæsenet, manglende social støtte, fuldtidsarbejde, afstand og trafikale forhold fundet til, at kunne udgøre barrierer for udøvelse af fysisk aktivitet. Ydermere blev der fundet modstridende fund ift. om kvinderollen kunne udgøre en barriere, hvor nogle kræftoverlevere mente at den kunne. Igennem litteraturstudiet blev egenbetaling ydermere fundet til, at kunne udgøre en barriere for deltagelse.

## 12. Konklusion

Med afsæt i specialets første del af problemformuleringen: *"Hvilke motivationsfaktorer og barrierer oplever ældre kræftoverlevende med senfølger ift. deltagelse i gruppebaseret fysisk aktivitet?"*, kan der på specialets resultater konkluderes følgende.

Det blev fundet, at ældre kræftoverlevende med senfølger oplever hhv. indre og ydre motiverende faktorer ifm. udøvelsen af fysisk aktivitet. De indre motivationsfaktorer blev udgjort af fysiske og psykiske gevinster ift. at mindske senfølger, hvormed at kræftoverlevernes self-efficacy kan øges, idet de kan besidde troen på, at den fysiske aktivitet kan mindske deres senfølger. Samtidig bevirker dette, at den fysiske aktivitet opleves som en meningsfuld aktivitet, at engagere sig i. Den ydre motivation blev udgjort af det sociale samvær med ligestillede, som kunne øge kræftoverlevernes håndterbarhed ift. fysisk aktivitet. Ydermere blev differentiering af den fysiske aktivitet fundet til, at virke motiverende blandt ældre kræftoverlevende med høj self-efficacy, hvorimod differentieringen kunne bevirke inaktivitet blandt ældre kræftoverlevende med lav self-efficacy.

Der blev ligeledes fundet hhv. indre og ydre barrierer for udøvelse af fysisk aktivitet. De indre barrierer blev udgjort af smerteoplevelser, frygten for at pådrage sig skader samt fysiske senfølger. Barrierer ift. smerter og skader kan opstå, såfremt de lagres kognitivt som en negativ affektiv tilstand, hvilket kan bevirke en defensiv adfærd ift. udøvelse af fysisk aktivitet fremadrettet for kræftoverlevende, og dermed resultere i en lavere self-efficacy. Ydermere blev det fundet, at føle sig anderledes ved deltagelse i motionstilbud til den generelle befolkning, tvivl på kroppens fysiske formåen samt manglende lyst til italesættelse af kræftsygdom fundet til, at være indre barriere. Barrieren ift. at kræftoverlevende kan føle sig anderledes end normen og tvivle på egen formåen, kan resultere i at de kan opleve en nedvurdering i self-efficacy. Specialets kvalitative undersøgelse fandt ydermere, at manglende præstationsforbedring udgjorde en indre barriere, som kan bevirke en nedvurdering af self-efficacy hos kræftoverlevende. Derudover blev det fundet, at nogle kræftoverlevende oplevede en manglende følelse af, at fysisk aktivitet var meningsfyldt, hvorfor de var demotiverede for deltagelse heri. De ydre barrierer blev fundet til, at være udgjort af manglende vejledning fra sundhedsvæsenet samt manglende social støtte, hvilket kan mindske kræftoverleveres håndterbarhed ift. fysisk aktivitet. Desuden blev det i litteraturstudiet fundet, at egenbetaling, følgesygdomme, fuldtidsarbejde, afstand og trafikale forhold udgjorde ydre barrierer for udøvelse af fysisk aktivitet. Igennem litteraturstudiet blev der ydermere fundet modstridende holdninger til, hvorvidt kvinderollen kunne udgøre en barriere for fysisk aktivitet.

Kræftoverlevende kan opleve alvorlige psykiske senfølger pga. mangel på italesættelse og bearbejdning heraf. Psykosocial rådgivning blev, gennem litteraturstudiet, fundet til, at være et essentielt element

ifm., at mindske psykiske senfølger. Specialets kvalitative undersøgelse viste, at fysiske senfølger havde en negativ påvirkning på ældre kræftoverleveres arbejdssituation, som kunne bevirke en negativ social påvirkning af deres liv. Ydermere blev det fundet, at ældre kræftoverleveres senfølger effektivt kan mindskes ved anvendelse af gruppebaseret fysisk aktivitet. Det blev desuden fundet, gennem specialets kvalitative undersøgelse, at kræftoverleverne har individuelle opfattelser ift. om de modtager den sociale støtte, som de har behov for, men at støtte fra deres nære relationer er vigtigt ifm. deltagelse i fysisk aktivitet, da dette kan styrke deres håndterbarhed. Derudover blev det fundet, at ældre kræftoverleverne kan opleve en diskrepans ift., at deres omgangskreds betragter dem som syge, selvom de oplever sig selv som raske. Her blev det desuden fundet, at de kan føle sig syge ved sammenligning med den generelle befolkning, samt at de, pga. deres senfølger, kan opleve sig ældre end de reelt er.

## 13. Udviklingstiltag

Udover at identificere de barrierer og motiverende faktorer, som ældre kræftoverlevende med senfølger kan opleve ifm. deltagelse i fysisk aktivitet, havde specialet ydermere til formål, at udarbejde et beslutningsgrundlag ift. at danne grundlag for en ny intervention mhp. at øge denne målgruppes deltagelse i gruppebaseret fysisk aktivitet. Dermed vil der, pba. specialets konklusion, blive fremlagt anbefalinger. Baggrunden for tiltaget og anbefalingerne vil blive præsenteret og diskuteret i de følgende afsnit.

### 13.1 Baggrund for udviklingstiltaget

Ifm. beskrivelsen af specialets tiltag samt baggrund herfor, findes det relevant at beskrive specialets ståsted ifm. det sundhedsbegreb, som anvendes i denne forbindelse. Specialet tager afsæt i det brede sundhedsbegreb, hvilket WHO definerer på følgende måde: *"Sundhed er en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende og funktion, og ikke alene fravær af sygdom og svækkelse"* (70). Dermed tages der afsæt i et sundhedsbegreb med fokus på fysisk, psykisk og socialt velvære, hvilket vurderes passende ifm. specialet, da dette beskæftiger sig med kræftoverleveres fysiske, psykiske og sociale velvære og forbedringen heraf.

Tiltaget der udvikles fokuserer ydermere på sygdomsforebyggelse, idet dette har til hensigt at: *"reducere forekomsten af sygdom, funktionsbegrænsning og tidlig død."* (71, s. 18). Dette kan sættes i relief til specialet, idet der ønskes at udarbejde et beslutningsgrundlag for en ny intervention, som skal sigte mod, at reducere forekomsten og mindske senfølger, som kan repræsentere en sygelighed, som kræftoverlevende kan opleve efter at have gennemgået et kræftbehandlingsforløb. Ydermere er tiltagets funktion, at reducere den funktionsbegrænsning, som ældre kræftoverlevende med senfølger kan opleve, hvilket blev identificeret i specialets konklusion. Med afsæt i dette, kan sygdomsforebyggelsesbegrebet anvendes i specialet, idet interventionen har til hensigt, at forebygge og mindske senfølger hos ældre kræftoverlevende. Mere specifikt tages der udgangspunkt i den tertiære forebyggelse, da tiltaget yderligere har til formål, at forhindre at senfølgerne forværres.

I denne forbindelse vil en individorienterede strategi blive anvendt, da denne henvender sig til individer med kendte risikofaktorer, hvilket gør denne gruppe særligt udsat (72). Dette kan sættes i relation til ældre kræftoverlevende med senfølger, idet denne gruppe kan anses som særligt udsat, da den er identificeret som den gruppe, der udøver mindst fysisk aktivitet, samt er mindst motiverede herfor. Samtidig er gruppen identificeret som den gruppe, som har størst risiko for tidlig død, hvorfor at disse individer vil have særligt gavn af interventionen. (14)

Der er imidlertid identificeret nogle ulemper ved den individorienterede strategi, hvilke er vigtige at være opmærksom på i udarbejdelsen af interventionen. En af disse ulemper er, at den individorienterede



rede strategi fordrer, at den enkelte kræftoverlever selv tager initiativ til, at deltage i interventionen, hvormed ansvaret pålægges den enkelte. Dette kan være en ulempe, såfremt kræftoverleveren ikke er bevidst om, hvilke gavnlige effekter interventionen kan afstedkomme. Ydermere er det en ulempe, såfremt kræftoverleveren oplever sine senfølger som kroniske stressfaktorer, og derved ikke besidder troen på egne evne til at kunne deltage i interventionen og derved mindske sine senfølger.

Med afsæt i overstående, samt fundene specialets konklusion, er der dermed udarbejdet anbefalinger, som vil blive præsenteret i det følgende afsnit.

## 13.2 Anbefalinger

Tiltaget som udarbejdes i specialet har til formål, at øge ældre kræftoverleveres fysiske aktivitetsniveau. Ved at øge de ældres aktivitetsniveau kan deres senfølger mindskes, således at deres livskvalitet øges (14). Dermed blev der gennem specialet identificeret en række barrierer og motiverende faktorer, som anbefalinger til beslutningsgrundlaget for interventionen vil tage afsæt i. Anbefalingerne er præsenteret i tabel 10, hvor de enkelte anbefalinger ligeledes vil blive uddybet.

Tabel 10: Tabellen viser de anbefalinger som er fremkommet pba. specialets empiri og litteraturstudie. Ud fra hver anbefaling, er der en uddybelse heraf.

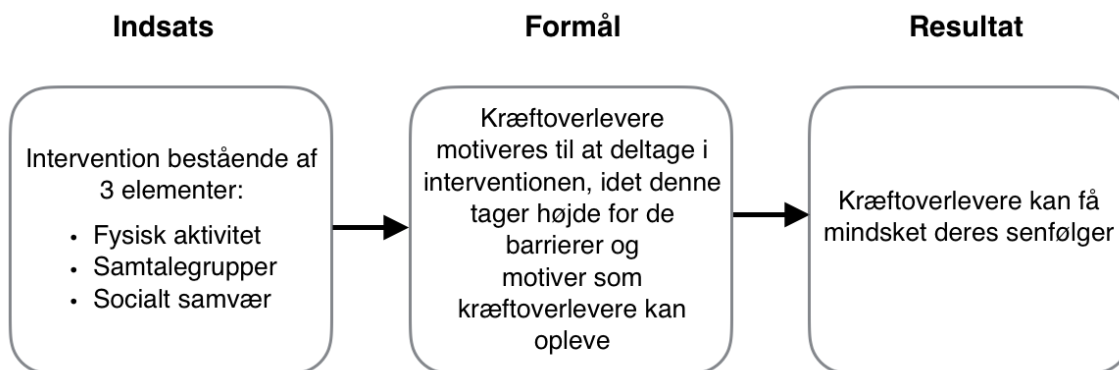
Anbefaling	Uddybelse af anbefaling
<b>Ældre kræftoverlever med senfølger skal motiveres til at udøve fysisk aktivitet.</b>	I specialets problemanalyse blev det præsenteret, at fysisk aktivitet kan mindske senfølger hos kræftoverlever (8,14,33,34). Dette blev valideret ved specialets empiri og litteraturstudie, idet kræftoverleverne herfra ligeledes oplevede at fysisk aktivitet var gavnligt ifm. at mindske deres senfølger (10,11,68). Pba. dette findes det relevant at udarbejde en anbefaling herfor, idet denne kan medvirke til at øge kræftoverleveres fysiske aktivitetsniveau, nedsætte deres senfølger og derved øge deres livskvalitet.
<b>Ældre kræftoverlever med senfølgers tætte relationer skal inddrages.</b>	I specialet blev det fundet at flere informanter oplevede at støtte fra deres nære relationer var vigtigt ifm. deltagelse i fysisk aktivitet, hvormed det findes relevant at udarbejde en anbefaling der har fokus på kræftoverlevernes tætte relationer, således at de kan opleve støtte ifm. udøvelsen af fysisk aktivitet.

<p><b>Ældre kræftoverleverere med senfølgers psykiske problematikker skal italesættes.</b></p>	<p>Det blev identificeret at de psykiske senfølger var mere udtalt i Sundhed i bevægelse end i Senfølgergruppen, hvilket kan være et udtryk for, at de ikke får italesat og bearbejdet deres psykiske senfølger i samme omfang som Senfølgergruppen. Herved er der identificeret et behov for, at de psykiske problematikker bliver italesat, således at senfølgerne ifm. dette kan mindskes. Dette fund valideres ligeledes i litteraturstudiet (10,67).</p>
<p><b>Interventionen skal foregå i grupper med ligestillede.</b></p>	<p>Baggrunden for dette er, at det gennem specialets empiri og litteraturstudie blev identificeret, at det motiverer kræftoverleverne, såfremt den fysiske aktivitet foregår i grupper, idet gruppeoplevelsen kan støtte og motivere hinanden, samt stifte bekendtskaber derigennem. Det blev ligeledes fundet, at såfremt kræftoverleverne ikke havde en eller flere træningspartner(e), ville dette kunne udgøre en barriere. Ydermere skal grupperne bestå af ligestillede, da det blev fundet, at kræftoverleverne følte sig udenfor normen, såfremt de deltog i motionstilbud henvendt til den generelle befolkning, hvilket kunne udgøre en barriere, idet de følte sig anderledes grundet deres senfølger, eller såfremt de ikke kunne følge med ift. deres fysiske formåen (11).</p>
<p><b>Ældre kræftoverleverere med senfølger skal oplyses om de fysiske og psykiske gevinster, som de kan opnå ved, at udøve fysisk aktivitet ifm., at mindske deres senfølger.</b></p>	<p>Ved specialets empiri og litteraturstudie blev det fundet, at kræftoverleverne gav udtryk for, at det motiverede dem, at de kunne opnå nogle fysiske og psykiske gevinster ved at deltage i fysisk aktivitet ifm., at mindske deres senfølger (10,11,68). Pba. dette findes det relevant, at opstille en anbefaling ift. at oplyse kræftoverleverere om hvorledes de kan mindske deres senfølger via fysisk aktivitet.</p>
<p><b>Den fysiske aktivitet skal differentieres, således at alle ældre kræftoverleverere med senfølger kan deltage uanset fysiske formåen.</b></p>	<p>I specialets empiri blev det fundet at en differentiering i øvelserne ifm. den fysiske aktivitet, motiverede kræftoverleverne til at deltage, idet øvelserne derved kunne tilpasse til den enkelte kræftoverlevers fysiske formåen. Dette fund blev ligeledes valideret i litteraturstudiet (10,73). Dog fandt studiet af Beidas et al. (2014) at differentieringen af programmet kan være en udfordring for instruktøren, der skal levere interventionen. Her gav fysioterapeuterne udtryk for, at der kan forekomme en stor variation ift. hvad kræftoverleverere er fysisk i stand til, hvilket kan gøre det vanskeligt at udforme et program der kan tilpasses til alle kræftoverleveres behov. Der er således et behov for at instruktørerne besidder den fornødne viden ift. hvordan programmet kan tilpasses, således alle kræftoverleverere kan deltage på deres niveau. (69)</p>

<p><b>Ældre kræftoverlevere med senfølger skal oplyses om, hvorledes de kan undgå, at pådrage sig skader ifm. udøvelse af den fysiske aktivitet.</b></p>	<p>I specialet blev det fundet, at informanterne oplevede en barriere ift. at udøve fysisk aktivitet, idet de var i tvivl om deres fysiske formåen, samt havde smerteoplevelser og frygt ifm. dette. Pba. dette findes det relevant at deltagerne modtager information om hvorledes de kan undgå at pådrage sig skader, samt at det er naturligt at blive øm efter at have udøvet fysisk aktivitet. Dette skal medvirke til at deltagerne ikke udvikler en defensiv adfærd ifm. at udøve fysisk aktivitet, hvilket skal fordre deres deltagelse heri.</p>
<p><b>Egenbetaling skal udgøre et beskedent beløb.</b></p>	<p>I specialets litteraturstudie blev det identificeret, at egenbetaling kan udgøre en barriere for deltagelse i fysisk aktivitet, hvormed det findes relevant, at udarbejde en anbefaling herom (14,45,69). Det er dog nødvendigt med videre undersøgelse af hvilket beløb der er realistisk at indkræve, da dette ikke er tilstrækkeligt undersøgt i specialet.</p>

### 13.3 Udformning af intervention

Med afsæt i anbefalingerne vil der derved blive udarbejdet en intervention, indeholdende fysisk aktivitet, samtalegrupper og socialt samvær. Formålet herfor er, at motivere kræftoverleverne til at deltage, idet interventionen tager højde for de barrierer og motiverende faktorer, som ældre kræftoverlevere med senfølger kan opleve. Dette kan derved bevirke, at deltagelsen for de ældre kræftoverlevere med senfølger øges. Resultatet heraf vil være, at interventionen skal bevirke at kræftoverleverne kan få mindsket deres senfølger. Dette er afbilledet i figur 6.



Figur 4: Figuren afspejler indsatsen, samt formålet og resultatet herfor. Under disse er der en uddybning af hvad hvert element indeholder.

#### 13.3.1 Fysisk aktivitet

Den fysiske aktivitet, som intervention skal indeholde, skal medvirke til, at kræftoverleverne får mindsket deres senfølger. Samtidig skal det sikres, at programmet for den fysiske aktivitet ikke overbelaster deres led og knogler, idet kræftoverleverne er ældre, hvormed de kan opleve nogle problemstil-

linger relateret hertil. Ud fra oversigtsartiklen af Courneya et al. (2004) konkluderes det, at den fysiske aktivitet bør indeholde fire elementer hhv.: kardiovaskulær-, modstands-, fleksibilitets- og balancetræning. Den kardiovaskulære træning skal bidrage til, at få de ældre kræftoverleverne i bedre fysisk form. Modstandstræningen skal bidrage til, at bevare deres muskelstyrke og udholdenhed. Flexibilitetstræning skal bidrage til, at opretholde deres bevægelse i leddene og balancetræningen skal bidrage til en bedre af balancetræning af anklerne, knæ og hofter. Ydermere fremlægger studiet, at intensiteten skal starte lavt, hvorefter der skal ske en progression efter kræftoverleverens individuelle fysiske formåen. (14) Dette kan sættes i relation til Wurz et al. (2015), som fandt at differentiering i den fysiske aktivitet kunne medvirke til, at motivere kræftoverleverne, idet de kan deltage uanset fysisk formåen (11). Dette understøttes yderligere af konklusionen fra specialets kvalitative undersøgelse, som ligeledes fandt, at differentiering kan medvirke til, at kræftoverleverne motiveres til at deltage af samme grund. Således skal den fysiske aktivitet i interventionen bestå af hhv.: kardiovaskulær-, modstands-, fleksibilitets- og balancetræning, da dette kan bidrage til at fremme de ældre kræftoverleveres fysik. Ydermere skal den fysiske aktivitet være differentieret, således at de kan deltage uanset deres fysiske formåen. Det vurderes yderligere, at træningen, og interventionens andre aspekter, med fordel kan foregå kønsopdelt. Dette begrundes ved, at en kilde til motivation er modellering, hvor individet sammenligner sig med andre individer, der besidder lignende karakteristika. Her er køn og alder de vigtigste faktorer, hvorfor kønsopdelt træning vil bevirke en mere succesfuld modellering.

På baggrund af fund fra litteraturstudiet anbefales det ydermere, at den fysiske aktivitet skal foregå to gange ugentligt. Dette begrundes ved, at modstandstræningen bør udøves med 48 timers mellemrum grundet restitutionstid. (10,11,14) Med afsæt i specialets konklusion er det ydermere fundet, at den fysiske aktivitet bør superviseres af en instruktør, som enten er uddannet fysioterapeut eller fitnessinstruktør. (11,73) Idet instruktøren besidder en vis ekspertise ifm. fysisk aktivitet, vil dette bevirke, at instruktørens rolle som verbal overtaler styrkes. Dette kan medføre, at tiltroen til instruktøren forstærkes, hvormed at kræftoverleverne kan motiveres af vedkommende.

### **13.3.2 Samtalegrupper**

Samtalegrupperne i interventionen skal bevirke, at de ældre kræftoverleverne med senfølger får berørt psykiske emner, som eksempelvis angst. Dette skal hjælpe kræftoverleverne til, at italesætte de psykiske senfølger de kan opleve, og derved få dem bearbejdet. Dette er ligeledes belyst i specialets litteraturstudie, hvor studiet af Martin et al. (2015) anvendte ugentlig psykisk grupperådgivning til at berøre psykiske emner for kræftoverleverne. Resultaterne fra studiet viste, at informanterne oplevede, at disse rådgivningssessioner medvirkede til, at mindske deres psykiske senfølger. (67) Dette understøttes yderligere af specialets kvalitative undersøgelse, hvor det ligeledes blev fundet, at informanter fra Sen-

følgergruppen oplevede, at de kunne italesætte og bearbejde deres psykiske senfølger ved deltagelse heri. Grundet dette skal samtalegrupperne i interventionen bestå af en egentlig samtale, hvor kræftoverleverne mødes og får italesat og bearbejdet deres psykiske senfølger, således at disse kan bearbejdes. I studiet af Martin et al. (2015) blev samtalegruppen ledt af en psykologisk rådgiver, hvilket informanterne fandt gavnligt (67). Dermed kan interventionens samtalegrupper med fordel superviseres af en psykologisk rådgiver. Ydermere skal samtalegrupperne foregå i forlængelse af den fysiske aktivitet, idet dette praktisk vil være hensigtsmæssigt ift. at mindske transporttid, som ligeledes er identificeret til, at kunne udgøre en barriere. Desuden skal samtalegrupperne indeholde samtaleemner, som skal facilitere samtalen, samt have fokus på de problemstillinger, som ældre kræftoverleverne kan opleve ifm. deres senfølger.

### **13.3.3 Socialt samvær**

Det sociale samvær kommer til udtryk, idet interventionen er gruppebaseret, hvormed kræftoverleverne får mulighed for at støtte hinanden socialt og stifte bekendtskaber. Dette er ligeledes belyst i specialets kvalitative undersøgelse og litteraturstudiet, hvor det blev fundet, at det sociale blev tillagt betydning af informanterne, idet de kunne støtte hinanden og stifte bekendtskaber, hvilket ydermere motiverede kræftoverleverne til at deltage i interventionerne (10,11,67).

Den viden, som interventionens fysiske aktivitet, samtalegrupper og sociale samvær er udarbejdet pba., er fremkommet via specialets kvalitative undersøgelse og litteraturstudie. Specialets formål har imidlertid ikke været, at undersøge hvilken fysisk aktivitet, samtalegruppe eller socialt samvær der fungerer mest hensigtsmæssigt til ældre kræftoverleverne med senfølger, hvormed viden herfra er udledt af resultater der ikke udforskede dette aspekt. Der er dermed behov for yderligere udforskning heraf, for at kunne udlede dybere viden ifm. dette.

### **13.4 Utilsigtede konsekvenser**

I udarbejdelsen af beslutningsgrundlaget for interventionen blev der identificeret en række utilsigtede konsekvenser, hvilke findes relevante at fremlægge. Ydermere vil det blive diskuteret hvorledes disse utilsigtede konsekvenser kan håndteres i tiltaget.

En utilsigtet konsekvens, der kan forekomme ifm. udøvelsen af gruppebaseret fysisk aktivitet er, at kræftoverleverne kan presse sig selv for meget, hvilket kan bevirke, at de pådrager sig skader, idet de kan tro, at de er i stand til at udøve fysisk aktivitet på samme vis, som forinden deres kræftsygdom. Dermed findes det relevant, at oplyse kræftoverleverne om, hvorledes de kan undgå at pådrage sig skader ifm. udøvelsen af fysisk aktivitet. Ved at oplyse kræftoverleverne om, hvorledes de kan undgå skader, kan en negativ utilsigtet konsekvens heraf imidlertid være, at kræftoverleverne bliver skræmte og herved ikke ønsker, at deltage i den fysiske aktivitet. Samtidig kan dette bevirke, at de tvivler på

deres fysiske formåen, hvilket kan medvirke til, at de således forholder sig inaktive. Dermed findes det relevant, at formidlingen heraf bliver foretaget på en kompetent måde af fagpersoner, således at kræftoverleverne ikke bliver skræmte.

Derudover findes det relevant, at differentiere træningen, således at alle kræftoverleverne kan deltage uanset fysisk formåen. Differentieringen kan imidlertid bevirke en negativ utilsigtet konsekvens, idet individer med lav self-efficacy kan forholde sig inaktive, som en mekanisme for at undgå nederlag. I sådanne situationer er det vigtigt, at instruktøren er opmærksom på disse kræftoverleverne og kan motivere dem til at deltage. Dette kan eksempelvis gøres ved, at disse kræftoverleverne modtager individuel rådgivning ift. korrekt udførelse af øvelserne, eller hjælp til hvordan de kan tilpasse øvelserne til deres niveau. (10,73) Studiet af Rogers et al. (2011) beskrev, at deltagerne af interventionen løbende diskuterede barrierer ift. træningen med instruktøren af interventionen. Derudover fik deltagerne individuel instruktion, således øvelserne blev udført korrekt, og hvorledes de kunne tilpasse disse til deres fysiske formåen. Dette havde til hensigt, at øge deres self-efficacy ift. Den fysiske aktivitet, og herved mindske barrierer. Resultater fra studiet viser, at deltagerne fik mindsket deres barriere ift. Kontrolgruppen signifikant ( $p < 0.05$ ), hvorfor dette element vurderes som et essentielt element ift. at mindske barrierer blandt kræftoverleverne med lav self-efficacy. (73)

Fund fra litteraturstudiet viste, at egenbetaling for deltagelse i gruppebaseret fysisk aktivitet kan udgøre en barriere ift. deltagelse. (14,45,69) Dette vurderes til at kunne udgøre en negativ utilsigtet konsekvens ved, at det i så fald er de bedst bemidlede kræftoverleverne der har råd til at deltage i interventionen. Dette kan således foranledige en social ulighedens problematik ift. deltagelse i interventionen. Dette er imidlertid ikke undersøgt i specialet, hvilket der derfor er et behov for videre udforskning af forinden implementering.

Udover de negative utilsigtede konsekvenser, blev der identificeret en positiv utilsigtet konsekvens ved at kræftoverleverne mødes og udvekslede erfaringer ifm. deres oplevelse og håndtering af senfølger, hvilket kan bevirke at lægebesøg undgås i forbindelse hermed. Dette kom ligeledes til udtryk via specialets empiri samt litteraturstudiet. (10)

### **13.5 Makroetiske overvejelser**

Dette afsnit indeholder de makroetiske refleksioner specialegruppen har gjort sig ift. hvis det beskrevne tiltag, vedrørende gruppebaseret fysisk aktivitet til kræftoverleverne med senfølger, skulle implementeres i praksis. Ved makroetik forstås hvilke etiske implikationer tiltaget kan bevirke på samfundsplan, og herunder for kræftoverleverne med senfølger som gruppe (48). Dermed vil der ift. de makroetiske refleksioner blive anvendt et nytteetisk perspektiv, da dette perspektiv anvendes bredt indenfor sundhedsområdet (74).

Anvendes der et nytteetisk perspektiv, ud fra Benthams<sup>12</sup> nytteetik, fokuseres der på hvilke konsekvenser en handling udmønter sig i, og ikke på handlingen i sig selv. Grundprincippet inden for nytteetikken er, at der skal handles således at der opnås: *"Den størst mulige nytte (lykke) for flest mulige mennesker."* (74, s. 45). Således skal handlinger vurderes ud fra hvor stor en mængde nytte de resulterer i. Heri ligger samtidig tankegangen om, at målet helliger midlet. Ifølge Bentham, fortjener alle individer den samme mængde lykke, og individets oplevelse af, hvad der gør dem lykkelige varierer. Dét at se en film på sofaen kan således udmønte sig i samme mængde lykke, som dét at løbe en tur kan for et andet individ. Ud fra den betragtning, er der ingen handlinger, som resulterer i en større mængde lykke end andre, da dette i stedet vurderes ud fra den enkeltes oplevelse heraf. Af ovenstående fremgår det, at en nytteetisk optik i relation til det forebyggende tiltag fordrer, at der skal reflekteres over hvilke konsekvenser indførslen heraf vil bevirke. Samtidig skal konsekvensen heraf resultere i, at det bidrager til, at flest mulige kræftoverlevende med senfølger vil opleve en nytte heraf. For at beregne hvor stor en mængde nytte en handling vil afføde, må de positive og negative konsekvenser heraf opstilles i en hedonistisk kalkule<sup>13</sup>. (74) Det er således denne afvejning de følgende refleksioner vil være et eksempel på.

En positiv konsekvens af indførslen af tiltaget ville være, at kræftoverlevende med senfølger kan få mindsket nogle af deres senfølger, og herved vil opleve en øget livskvalitet. Denne øgede livskvalitet repræsenterer således en mængde nytte. Udøvelse af fysisk aktivitet kan medvirke en risikoreduktion ift. andre livsstilssygdomme, hvilket også kan udgøre en mængde nytte. Ydermere kan der på samfundsplan antages, at kræftoverlevernes senfølger kan udgøre en økonomisk belastning bl.a. grundet førtidspensioner, hvorfor at mindske disse vil bevirke en besparelse for samfundet. Dette udgør også en mængde nytte, da der således frigives penge, som kan anvendes til andre formål, evt. til andre syge individer. En negativ konsekvens kunne bestå i, at nogle ældre kræftoverlevende med senfølger ikke er i stand til, at udføre fysisk aktivitet (f.eks. grundet senfølger eller andre følgesygdomme), og som konsekvens heraf ville kunne opleve en utilstrækkelighed, som kan udgøre en psykisk belastning, ift. ikke at kunne deltage i interventionen.

Dette kan desuden sættes i relation til hvordan nytten af fysisk aktivitet blev oplevet af specialiets informanter. I dette eksempel agerer informanterne repræsentanter for kræftoverlevende med senfølger som befolkningsgruppe. Her oplevede alle informanterne, bortset fra en enkelt, at deltagelsen i fysisk

---

<sup>12</sup> Jeremy Bentham (1748-1832): Engelsk filosof og grundlægger af den nytteetiske teori (74).

<sup>13</sup> Hedonistisk kalkule: Et etisk regnskab over konsekvenserne af en given handling (74).

aktivitet udmøntede sig i positive konsekvenser i form af at mindske af senfølger. Med afsæt i disse oplevelser vil det ud fra en nytteetisk optik, være etisk forsvarligt at indføre tiltaget, da det således bidrager til mest mulig nytte for flest mulige kræftoverlever. I denne optik vil den enkelte kræftoverleveres modvilje ift. fysisk aktivitet således blive nedprioriteret ift. at størstedelen oplever det som positivt. Dette afspejler ligeledes målet helliger midlet i nytteetikken. I denne forbindelse er nytteetikken bl.a., ud fra et pligtetisk perspektiv, blevet kritiseret for dens menneskesyn, da konsekvenserne af en handling tillægges større værdi end hensynet til det enkelte individ (74).

### **13.6 Evaluering af interventionen**

Idet beslutningsgrundlaget skal præsentere interventionen, er det relevant, at præsentere hvorledes denne kan evalueres. Ifølge Stufflebeam, kan evaluering defineres som: "*A study designed and conducted to assist some audience to assess some object's merit and worth*" (75, s. 448). En evaluering af interventionen vil derved kunne anvendes ift. at vurdere hvor stor effekt interventionen har haft på de ældre kræftoverlever med senfølger, som denne er rettet mod. Sundhedsinterventioner kan evalueres forskelligt afhængigt af interventionens formål, hvorfor der ydermere bør anvendes en konkret evalueringsform ifm. specialets intervention. Hertil er det besluttet, at anvende en procesevaluering, da denne vil bidrage til en forståelse af, hvorfor interventionen virker eller ikke virker i en given kontekst. Ydermere vil denne have en formativ karakter, da det vurderes fordelagtigt, at foretage evalueringen imens interventionen forløber, hvilket kan bidrage til udviklingen af denne. (76)

Procesevalueringen kunne foretages ved, at undersøge de ældre kræftoverlever med senfølgers oplevelse af, at deltage i interventionen. Herunder ville det kunne undersøges om interventionen havde bidraget til, at mindske deres senfølger, samt hvorledes de enkelte elementer (fysisk, psykisk og socialt) havde bidraget hertil. Ydermere vil det kunne undersøges hvorvidt differentiering skal anvendes mere eller mindre og hvor i relation til den enkelte. Denne viden ville kunne bidrage til, at forstå hvilke elementer der fungerer eller ikke fungerer og dermed danne et grundlag for, om der bør foretages en eventuel ændring eller videreudvikling af interventionen.

### **13.7 Konklusion**

Med afsæt i specialets anden del af problemformuleringen: "*Hvordan kan specialets resultater bidrage til udarbejdelse af et beslutningsgrundlag ift. at danne grundlag for en ny intervention mhp. at øge ældre kræftoverlever med senfølgers deltagelse i gruppebaseret fysisk aktivitet?*" foreslås det, at der tages udgangspunkt i en række anbefalinger, der er udarbejdet pba. specialets konklusion. Disse omhandler at kræftoverleverne skal anvende fysisk aktivitet til, at mindske deres senfølger, hvor deres tætte relationer skal inddrages heri, da der er identificeret et behov for støtte herfra. Interventionen skal derudover bidrage til, at italesætte de psykiske problematikker, som kræftoverleverne kan opleve, samt fo-



regå i grupper af ligestillede, da dette ligeledes er et motiverende element for målgruppen. Kræftoverleverne skal yderligere oplyses om de fysiske og psykiske gevinster, der kan opnås ved, at udøve fysisk aktivitet, samt om hvorledes de undgår, at pådrage sig skader. Den fysiske aktivitet som interventionen skal indeholde, skal differentieres således, at alle kræftoverleverne kan deltage uanset fysisk formåen. Til sidst er der udarbejdet en anbefaling om, at såfremt interventionen skal have egenbetaling, skal dette udgøre et beskedent beløb, da dette ellers kan udgøre en barriere ift. deltagelse.

Ud fra anbefalingerne foreslås det, at der udarbejdes en intervention bestående af tre elementer: fysisk aktivitet, samtalegrupper og socialt samvær. Den fysiske aktivitet skal superviseres af en instruktør og bestå af kardiovaskulær-, modstands-, fleksibilitets- og balancetræning, samt være differentieret, så alle kan deltage uanset fysisk formåen. Samtalegrupperne skal superviseres af en psykologisk rådgiver og indeholde samtaleemner, som skal facilitere samtalen i grupperne, for at italesætte og bearbejde de psykiske problemstillinger, som kræftoverleverne kan opleve. Det sociale samvær skal komme til udtryk ved, at interventionen er gruppebaseret, hvorved dette giver mulighed for, at kræftoverleverne kan støtte hinanden og stifte bekendtskaber.

Der er imidlertid identificeret en række utilsigtede konsekvenser ifm. anbefalingerne og interventionen. Disse utilsigtede omhandlede bl.a. at kræftoverleverne kan presse sig selv for meget og pådrage sig skader, såfremt de ikke er bevidste om, at der kan være sket en ændring i deres fysiske formåen ift. forinden deres kræftsygdom. En anden utilsigtet konsekvens var, at en differentiering af den fysiske aktivitet, kunne bevirke at nogle individer forholder sig inaktivt. Ydermere blev det fundet, at egenbetaling kunne udgøre en utilsigtet konsekvens i form af en social ulighed i deltagelse. Der blev imidlertid fundet en positiv utilsigtet konsekvens i form af, at kræftoverleverne kunne udveksle erfaringer ift. håndtering af senfølgerne, hvormed lægebesøg kunne undgås. Derved er det essentielt, at være opmærksom på de utilsigtede konsekvenser, som kan forekomme i udarbejdelsen af interventionen.

Det vurderes, at specialets konklusion vil kunne bidrage til et beslutningsgrundlag ift. at udarbejde en ny intervention, idet der er identificeret nogle barrierer og motiver, som interventionen vil tage udgangspunkt i. Dermed vil intervention kunne øge kræftoverlevernes deltagelse, hvilket vil medvirke til, at flere ældre kræftoverleverne kan få mindsket deres senfølger ved at deltage i interventionen. Idet de ældre kræftoverleverne får mindsket deres senfølger, bevirker dette yderligere, at deres livskvalitet øges, hvilket understøtter vigtigheden af interventionen.

## 14. Referenceliste

1. Torre L, Siegel R, Jemal A. Global Cancer Facts & Figures 3rd Edition. Am Cancer Soc [Internet]. 2015;(800):1–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22019360>
2. Kræftens Bekæmpelse KB. Voldsom stigning i antal kræfttilfælde de kommende år [Internet]. 2013. p. 1. Available from: <https://www.cancer.dk/nyheder/voldsom-stigning-i-antal-kræfttilfaelde-de-kommende-ar-p3/>
3. Johansen C. Kræft - Senfølger og rehabilitering. 1st ed. Johansen C, editor. København K: Hans Reitzels Forlag; 2013. 547 p.
4. Prip A, Wittrup K. Kræftsygepleje: I et forløbsperspektiv. 1. ed. København: Munksgaard Danmark; 2014. 374 p.
5. Kjaer TK, Johansen C, Ibfelt E, Christensen J, Rottmann N, Høybye MT, et al. Impact of symptom burden on health related quality of life of cancer survivors in a Danish cancer rehabilitation program: A longitudinal study. *Acta Oncol (Madr)*. 2011;50(2):223–32.
6. Kvalitetsenheden Kræftens Bekæmpelse KKB. Kontrolforløb i kræftpatientens perspektiv [Internet]. København Ø; 2009. Available from: <https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/0/1580/1385430124/kontrolforloeb.pdf>
7. Given BA. Prevention, identification, and management of late effects through risk reduction. *Semin Oncol Nurs*. Elsevier Ltd; 2015;31(1):31–41.
8. Mustian KM, Sprod LK, Palesh OG, Peppone LJ, Janelins MC, Mohile SG, et al. Exercise for the Management of Side Effects and Quality of Life among Cancer Survivors. *Curr Sport Med Rep*. 2009;8(6):325–30.
9. Ferrer RA, Huedo-Medina TB, Johnson BT, D.P.T SR, Pescatello LS. Exercise Interventions for Cancer Survivors: A Meta-Analysis of Quality of Life Outcomes. *Ann Behav Med*. 2011;41(1):32–47.
10. Galantino M Lou, Greene L, Archetto B, Baumgartner M, Hassall P, Murphy JK, et al. A Qualitative exploration of the impact of yoga on breast cancer survivors with aromatase inhibitor-associated arthralgias. *Explor J Sci Heal*. 2012;8(1):40–7.
11. Wurz A, St-Aubin A, Brunet J. Breast cancer survivors' barriers and motives for participating in a group-based physical activity program offered in the community. *Support Care Cancer*. 2015;23(6):2407–16.

12. Blanchard CM, Courneya KS, Stein K. Cancer survivors' adherence to lifestyle behavior recommendations and associations with health-related quality of life: Results from the American Cancer Society's SCS-II. *J Clin Oncol*. 2008;26(13):2198–204.
13. Harrison S, Hayes SC, Newman B. Level of physical activity and characteristics associated with change following breast cancer diagnosis and treatment. *Psychooncology* [Internet]. 2009;18(4):387–94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19117320>
14. Courneya KS, Vallance JKH, McNeely ML, Karvinen KH, Peddle CJ, Mackey JR. Exercise issues in older cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2004;51(3):249–61.
15. Cancerregisteret. Nye kræfttilfælde i Danmark - 2014 [Internet]. 2014. Available from: <http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/CAR/CAR01/Sider/Tabel.aspx>
16. Danmarks Statistik. Middellevetid for 0-årige efter landsdel og køn [Internet]. Danmarks Statistik. 2016 [cited 2016 Mar 1]. Available from: <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/selectvarval/saveselections.asp>
17. Hansen HP, Tjørnhøj-Thomsen T. Cancer rehabilitation in Denmark: The growth of a new narrative. *Med Anthropol Q*. 2008;22(4):360–80.
18. Heston AH, Schwartz AL, Justice-Gardiner H, Hohman KH. Addressing physical activity needs of survivors by developing a community-based exercise program: Livestrong at the YMCA. *Clin J Oncol Nurs*. 2015;19(2):213–7.
19. Jefford M, Karahalios E, Pollard A, Baravelli C, Carey M, Franklin J, et al. Survivorship issues following treatment completion—results from focus groups with Australian cancer survivors and health professionals. *J Cancer Surviv*. 2008;2(1):20–32.
20. Quinlan E, Maclean R, Hack T, Tatemichi S, Towers A, Kwan W, et al. Breast cancer survivorship and work disability. *J Disabil Policy Stud* [Internet]. 2011;22(1):18–27. Available from: <http://dps.sagepub.com/content/22/1/18.abstract>
21. Southard NZ, Keller J. The Importance of Assessing Sexuality: A Patient Perspective. *Clin J Oncol Nurs*. 2008;13(2):213–8.
22. Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Culture - An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. 1. ed. Berkeley: University of California Press; 1980. 448 p.
23. Skov Jensen SF. *Mellem håb og afmagt: om ALS-patienter og lægemidlet riluzole*. Dansk Sygehus Institut. København; 1997.

24. Glasdam S. Folkesundhed : i et kritisk perspektiv. 1st ed. Glasdam S, editor. København: Dansk Sygeplejeråd; 2009. 421 p.
25. Aalborg Kommune AK. Kræftrehabilitering [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 21]. Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/sundhedstilbud/region-nordjylland/kommuner/aalborg/kraeft/kraeftrehabilitering/#jump4>
26. Patientstøtte & Lokal Indsats P& LI. Kommunal kræftrehabilitering - Opgørelse af kommunal kræftrehabilitering december 2013. København; 2014.
27. Patientstøtte & Lokal Indsats P& LI. Fra viden til handling i rehabiliteringsindsatsen i forbindelse med kræft. København; 2015.
28. Senfølgerforeningen S. Om foreningen [Internet]. 2016 [cited 2016 Mar 24]. Available from: <https://www.cancer.dk/senfoelger/om-foreningen/>
29. Power S, Hegarty J. Facilitated Peer Support in Breast Cancer - A Pre- and Post-Program Evaluation of Women's Expectations and Experiences of a Facilitated Peer Support Program. *Cancer Nurs.* 2010;33(2):9-16.
30. Michalec B. Exploring the Multidimensional Benefits of Breast Cancer Support Groups. *J Psychosoc Oncol.* 2005;23:159-79.
31. Ussher J, Kirsten L, Butow P, Sandoval M. What do cancer support groups provide which other supportive relationships do not? The experience of peer support groups for people with cancer. *Soc Sci Med.* 2006;62(10):2565-76.
32. Speck RM, Courneya KS, Masse LC, Duval S, Schmitz KH. An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *J Cancer Surviv.* 2010;4(2):87-100.
33. Meyerhardt JA, Giovannucci EL, Holmes MD, Chan AT, Chan JA, Colditz GA, et al. Physical activity and survival after colorectal cancer diagnosis. *J Clin Oncol.* 2006;24(22):3527-34.
34. Holmes MD, Chen WY, Feskanich D, Kroenke CH, Colditz GA. Physical Activity and Survival After Breast Cancer Diagnosis. *J Am Med Association [Internet].* 2005;293(20):2479-86. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=200955>
35. Bulmer SM, Howell J, Ackerman L, Fedric R. Women's perceived benefits of exercise during and after breast cancer treatment. *Women Health.* 2012;52(November):771-87.
36. Rajotte EJ, Yi JC, Baker KS, Gregerson L, Leiserowitz A, Syrjala KL. Community-based exercise program effectiveness and safety for cancer survivors. *J Cancer Surviv.* 2012;6(2):219-28.

37. Sundhedsstyrelsen S. 30 minutter om dagen ved moderat til høj intensitet [Internet]. 2016 [cited 2016 Feb 29]. p. 1. Available from: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed-og-livsstil/fysisk-aktivitet/anbefalinger/18-64-aar>
38. Lynch BM. Sedentary behavior and cancer: A systematic review of the literature and proposed biological mechanisms. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2010;19(11):2691–709.
39. Irwin ML, Crumley D, McTiernan A, Bernstein L, Baumgartner R, Gilliland FD, et al. Physical activity levels before and after a diagnosis of breast cancer: The Health, Eating, Activity, and Lifestyle (HEAL) Study. *Cancer.* 2003;97(7):1746–57.
40. Senfølgerforeningen S. Senfølgerforeningen - Et godt liv efter kræft [Internet]. 2016 [cited 2016 Mar 21]. Available from: <https://www.cancer.dk/senfoelger>
41. Haraldslund Vand- og kulturhus HV kulturhus. Sundhed i bevægelse [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 21]. Available from: <http://haraldslund.com/sundhed-i-bevaegelse-general>
42. Aalborg Kommune AK. Sundhed i Bevægelse [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 21]. Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/sundhedstilbud/region-nordjylland/kommuner/aalborg/traening/sundhed-i-bevaegelse/>
43. Pact P. pact - physical activity after cancer treatment [Internet]. 2016 [cited 2016 Mar 21]. Available from: <http://pactforening.com/>
44. Gjerset GM, Fosså SD, Courneya KS, Skovlund E, Thorsen L. Exercise behavior in cancer survivors and associated factors. *J Cancer Surviv.* 2011;5(1):35–43.
45. Hefferon K, Murphy H, Mcleod J, Mutrie N, Campbell A. Understanding barriers to exercise implementation 5-year post-breast cancer diagnosis : a large-scale qualitative study. *Health Educ Res.* 2013;28(5):843–56.
46. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. 5th ed. New York: W.H. Freeman; 1997. 604 p.
47. Ottenbacher AJ, Day RS, Taylor WC, Sharma S V, Sloane R, Snyder DC, et al. Exercise among breast and prostate cancer survivors — what are their barriers ? *J Cancer Surviv.* 2011;5:413–9.
48. Brinkmann S, Tanggaard L. Kvalitative metoder - en grundbog. 1st ed. København K: Hans Reitzels Forlag; 2010. 560 p.
49. Rendtorff JD. Fænomenologien og dens betydning. In: Olsen PB, Fuglsang L, editors. *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne - på tværs af fagkulturer og paradigmer.* 2nd ed.

Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag; 2004. p. 277–307.

50. Højbjerg H. Hermeneutik. In: Olsen PB, Fuglsang L, editors. Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne - på tværs af fagkulturer og paradigmer. 2nd ed. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag; 2004. p. 309–47.
51. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Heal Educ Behav.* 2004;31(2):143–64.
52. Antonovsky A. *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask.* 1st ed. København: Hans Reitzel Forlag; 2000. 231 p.
53. Halkier B. Fokusgrupper. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. *Kvalitative metoder - en grundbog.* 1st ed. København: Hans Reitzel; 2010.
54. Kvale S, Brinkmann S. *Interview: introduktion til et håndværk.* 2nd ed. København: Hans Reitzel; 2009. 376 p.
55. Senfølgerforeningen S. *Netværksgruppe for kræftoverlevende med senfølger* [Internet]. 2016. Available from: <https://www.cancer.dk/senfoelger/arrangementer/event/netvaerksgruppe-for-kraeftoverlevende-med-senfoelger-p6/>
56. Thagaard T. Problemstilling og forskningsoplæg. In: *Systematik og indlevelse: en indføring i kvalitativ metode.* 1st ed. København: Akademisk Forlag; 2004. p. 47–64.
57. Launsø L, Rieper O, Olsen L. *Forskning om og med mennesker: Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning.* 6th ed. København: Nyt Nordisk Forlag; 2011. 250 p.
58. Dahlager L, Fredslund H. Hermeneutisk analyse - forståelse og forforståelse. In: Vallgård S, Koch L, editors. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab.* 4th ed. København: Munksgaard; 2012. p. 157–81.
59. Giorgi A. Sketch of a Psychological Phenomenological Method. In: Giorgi A, editor. *Phenomenology and Psychological Research.* 1st ed. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press; 1985. p. 8–22.
60. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring.* 2nd ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2003. 240 p.
61. Datatilsynet D. *Krav efter persondataloven til sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter* [Internet]. 2015 [cited 2016 May 24]. Available from: <https://www.datatilsynet.dk/erhverv/forskere-og-medicinalfirmaer/sundhedsvidenskabelige-forskningsprojekter/krav-efter-persondataloven-til-sundhedsvidenskabelige-forskningsprojekter/>

62. Tjørnhøj-thomsen T, Reynolds Whyte S. Feltarbejde og deltagerobservation. In: Vallgård S, Koch L, editors. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4th ed. København: Munksgaard; 2007. p. 90–118.
63. Buus N, Tingleff EB, Rossen CB, Kristiansen HM. Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller. *Sygeplejersken* [Internet]. 2008;108(10):2–8. Available from: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2008-10/litteratursogning-i-praksis-begreber-strategier-og-modeller#>
64. Kristensen FB, Sigmund H. *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*. København S; 2007.
65. Scott DA, Mills M, Black A, Cantwell M, Campbell A, Cardwell CR, et al. Multidimensional rehabilitation programmes for adult cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;49.
66. van Putten M, Husson O, Mols F, Luyer MDP, van de Poll-Franse L V., Ezendam NPM. Correlates of physical activity among colorectal cancer survivors: results from the longitudinal population-based profiles registry. *Support Care Cancer* [Internet]. 2016;24:573–83. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00520-015-2816-4>
67. Martin E, Bulsara C, Battaglini C, Hands B, Naumann FL. Breast and Prostate Cancer Survivor Responses to Group Exercise and Supportive Group Psychotherapy. *J Psychosoc Oncol* [Internet]. 2015;33:620–34. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07347332.2015.1082166>
68. Craike MJ, Livingston PM, Botti M. An exploratory study of the factors that influence physical activity for prostate cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2011;19:1019–28.
69. Beidas RS, Paciotti B, Barg F, Branas AR, Brown JC, Glanz K, et al. A hybrid effectiveness-implementation trial of an evidence-based exercise intervention for breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst Monogr* [Internet]. 2014;(50):338–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25749601>
70. WHO. *Constitution of the World Health Organization*. Genève; 1948.
71. Vallgård S, Diderichsen F, Jørgensen T. *Sygdomsforebyggelse*. 1st ed. København: Forfatterne og Munksgaard; 2014. 277 p.
72. Iversen L, Kristensen, Tage Søndergård Holstein BE, Due P. *Medicinsk sociologi - samfund, sundhed og sygdom*. 1st ed. København: Munksgaard Danmark; 2003. 363 p.
73. Rogers LQ, Markwell S, Hopkins-Price P, Vicari S, Courneya KS, Hoelzer K, et al. Reduced

barriers mediated physical activity maintenance among breast cancer survivors. *J Sport Exerc Psychol* [Internet]. 2011;33(2):235–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3145412/pdf/nihms312259.pdf>

74. Birkler J. Ethiske teorier. In: *Etik i sundhedsvæsenet*. 1st ed. København: Munksgaard Danmark; 2010. p. 43–98.
75. Foss Hansen H. Choosing Evaluation Models - A Discussion on Evaluation Design. *Evaluation*. 2005;11(4):447–62.
76. Kommunernes Landsforening KL. *Metoder til dokumentation og evaluering af de kommunale sundhedsopgaver – en pragmatisk tilgang*. København S; 2007.
77. Kræftens Bekæmpelse KB. Patientstøtte & Lokal Indsats [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 21]. p. 1. Available from: <https://www.cancer.dk/om-os/organisation/patientstoette-lokal-indsats>
78. Andersen PT, Jørgensen SK, Larsen EL. For the sake of health! Reflections on the contemporary use of social capital and empowerment in Danish health promotion policies. *Soc Theory Heal*. 2011;9(1):87–107.
79. McArdle WD, Katch FI, Victor KL. Human Energy Expenditure During Rest and Physical Activity. In: *Exercise Physiology*. 7th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 192–205.



## Bilagsliste

### Indholdsfortegnelse

Bilag 1: Informationsbreve til informanter .....	3
Bilag 1.1: Informationsbrev til Senfølgergruppen .....	3
Bilag 1.2: Informationsbrev til Sundhed i bevægelse .....	4
Bilag 2: Interviewguide .....	5
Bilag 3: Samtykkeerklæring .....	7
Bilag 4: Obligatorisk søgebilag .....	8
Bilag 5: Artikelvurderinger .....	36
Bilag 5.1: Rogers et al. (2011): " <i>Reduced barriers mediated physical activity maintenance among breast cancer survivors.</i> " .....	36
Bilag 5.2: Wurz et al. (2015): " <i>Breast cancer survivors' barriers and motives for participating in a group-based physical activity program offered in the community.</i> " .....	40
Bilag 5.3: Hefferon et al. (2013): " <i>Understanding barriers to exercise implementation 5-year post-breast cancer diagnosis: a large-scale qualitative study.</i> " .....	46
Bilag 5.4: van Putten et al. (2016): " <i>Correlates of physical activity among colorectal cancer survivors: results from the longitudinal population-based profiles registry.</i> " .....	51
Bilag 5.5: Galantino et al. (2012): " <i>A Qualitative Exploration Of The Impact Of Yoga On Breast Cancer Survivors With Aromatase Inhibitor-associated Athralgias.</i> " .....	59
Bilag 5.6: Courneya et al. (2004): " <i>Exercise issues in older cancer survivors</i> " .....	64
Bilag 5.7: Beidas et al. (2014): " <i>A Hybrid Effectiveness-Implementation Trial of an Evidence- Based Exercise Intervention for Breast Cancer Survivors.</i> " .....	69
Bilag 5.8: Craike et al. (2011): " <i>An exploratory study of the factors that influence physical activity for prostate cancer survivors.</i> " .....	83
Bilag 5.9: Martin et al. (2015): " <i>Breast and Prostate Cancer Survivor Responses to Group Exercise and Supportive Group Psychotherapy.</i> " .....	88
Bilag 6: Referater af artikler fra litteraturstudiet .....	95
Bilag 6.1: Rogers et al. (2011): " <i>Reduced barriers mediated physical activity maintenance among breast cancer survivors.</i> " .....	95
Bilag 6.2: Wurz et al. (2015): " <i>Breast cancer survivors' barriers and motives for participating in a group-based physical activity program offered in the community.</i> " .....	96
Bilag 6.3: Hefferon et al. (2013): " <i>Understanding barriers to exercise implementation 5-year post-breast cancer diagnosis: a large-scale qualitative study.</i> " .....	97
Bilag 6.4: van Putten et al. (2016): " <i>Correlates of physical activity among colorectal cancer survivors: results from the longitudinal population-based profiles registry.</i> " .....	98

Bilag 6.5: Galantino et al. (2012): "A Qualitative Exploration Of The Impact Of Yoga On Breast Cancer Survivors With Aromatase Inhibitor-associated Athralgias." .....	100
Bilag 6.6: Courneya et al. (2004): " <i>Exercise issues in older cancer survivors.</i> " .....	101
Bilag 6.7: Beidas et al. (2014): " <i>A Hybrid Effectiveness-Implementation Trial of an Evidence- Based Exercise Intervention for Breast Cancer Survivors.</i> " .....	102
Bilag 6.8: Craike et al. (2011): " <i>An exploratory study of the factors that influence physical activity for prostate cancer survivors.</i> " .....	104
Bilag 6.9: Martin et al. (2015): " <i>Breast and Prostate Cancer Survivor Responses to Group Exercise and Supportive Group Psychotherapy.</i> " .....	105

## **Bilag 1: Informationsbreve til informanter**

### **Bilag 1.1: Informationsbrev til Senfølgergruppen**

#### **Kære deltagere af netværksgruppe for kræftbehandlede med senfølger**

Vi er tre kandidatstuderende på folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet, som er ved at skrive projekt omkring de senfølger, der kan opstå efter afsluttet kræftbehandling. Inden vi startede på folkesundhedsvidenskab har vi hver især uddannet os indenfor tre forskellige fag. Simone (23 år) har læst idræt, Eva (25 år) er radiograf og Jacqueline (27 år) er hospitalslaborant.

Projektets formål er, at undersøge hvordan I som kræftoverlevende med senfølger oplever at udøve fysisk aktivitet. Vi ønsker derfor at undersøge jeres holdninger i forbindelse med dette. I inviteres derfor til, at deltage i et gruppeinterview. Interviewet kommer til at foregå ved, at I sidder sammen i en gruppe, hvor I vil blive spurgt ind til jeres erfaring og oplevelser med fysisk aktivitet, samt hvad det har af betydning for livet med senfølger.

For at kunne deltage i interviewet er det en forudsætning, at du ikke længere er i kræftbehandling. Hvis du modtager efterbehandling som f.eks. antihormonbehandlingen er du velkommen til at deltage. Det er desuden en forudsætning, at du dør eller har døjet med senfølger. Du kan deltage i interviewet uanset hvilken kræftform du har haft.

Interviewet kommer til at foregå i Kræftens Bekæmpelses lokaler på Steenstrupsvej 1, 9000 Aalborg **den 11/4-16 kl. 10:30** og varer højst 1.5 time, hvor der vil ved behov være en pause undervejs. Interviewet vil blive båndoptaget. Ved deltagelse i interviewet er du sikret anonymitet, og båndoptagelserne vil blive slettet efter vores eksamen. Det er frivilligt at deltage, og du kan altid melde fra igen, hvis du skulle fortryde. Vi håber at du har lyst til at deltage, og dele dine erfaringer og oplevelser med os og andre fra gruppen.

Hvis du ønsker at deltage skal du henvende dig til Dorthe. Du er velkommen til at kontakte os, hvis du har nogen spørgsmål:

Email-adresse: [shede11@student.aau.dk](mailto:shede11@student.aau.dk)

Telefonnummer: 22 91 57 88

Med venlig hilsen

Eva Hjorth Larsen, Simone Møller Hede og Jacqueline Capion Lemming

Kandidatstuderende på Aalborg Universitet

## **Bilag 1.2: Informationsbrev til Sundhed i bevægelse**

### **Kære deltagere af Sundhed i bevægelse (kræftbold)**

Vi er tre kandidatstuderende på folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet, som er ved at skrive projekt omkring de senfølger, der kan opstå efter afsluttet kræftbehandling. Projektets formål er, at undersøge hvordan I som kræftoverlevende med senfølger oplever at udøve fysisk aktivitet. Vi ønsker derfor at undersøge jeres perspektiver i forbindelse med dette. I inviteres derfor til, at deltage i et gruppeinterview. Interviewet kommer til at foregå ved, at I sidder sammen i en gruppe (4-7 personer), hvor I vil blive spurgt ind til jeres erfaring og oplevelser med fysisk aktivitet, samt hvad det har af betydning for livet med senfølger.

For at kunne deltage i interviewet er det en forudsætning, at du ikke længere er i kræftbehandling. Hvis du modtager efterbehandling som f.eks. antihormonbehandlingen er du velkommen til at deltage. Det er desuden en forudsætning, at du dør eller har døjet med senfølger. Du kan deltage i interviewet uanset hvilken kræftform du har haft.

Interviewet kommer til at foregå i Café Mageløs i Haraldslund **den 13/4-16 kl. 12:00** (Når I er færdige med at drikke kaffe) og varer højst 1.5 time, hvor der ved behov vil være en pause undervejs. Interviewet vil blive båndoptaget. Ved deltagelse i interviewet er du sikret anonymitet, og båndoptagelserne vil blive slettet efter vores eksamen. Det er frivilligt at deltage, og du kan altid melde fra igen, hvis du skulle fortryde. Vi håber at du har lyst til at deltage, og dele dine erfaringer og oplevelser med os og andre fra gruppen.

Hvis du ønsker at deltage eller har spørgsmål er du velkommen til at kontakte os på:

Email-adresse: [shede11@student.aau.dk](mailto:shede11@student.aau.dk)

Telefonnummer: 22 91 57 88 (Eva Hjorth Larsen)

### **Med venlig hilsen**

Eva Hjorth Larsen, Simone Møller Hede og Jacqueline Capion Lemming

Kandidatstuderende på Aalborg Universitet

## Bilag 2: Interviewguide

### Interviewguide

#### Indledende information til informanterne:

- **Introduktion:** Interviewerne præsenterer sig selv samt hvilken rolle de hver især har. Derudover gives der en kort introduktion til hvad emnet omhandler.
- **Formål:** Interviewet har til formål at bidrage med viden omkring jeres perspektiver som kræftoverlevende med senfølger ift. motion som gruppe. Det formidles, at der ønskes perspektiver fra alle deltagere.
- **Varighed:** Max. 1.5 time.
- **Optagelse af interviewet:** Der gives information om, at interviewet bliver optaget, hvorfor der ligger en telefon på bordet.
- **Anonymitet:** Der informeres om, at der vil blive anvendt citater fra interviewet i projektet, men at informanterne er sikret anonymitet.

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål	Opfølgende spørgsmål
<b>Baggrundsinformation</b>	Navnerunde  Hvilke kræftformer har I haft?	
<b>Senfølger</b>	Hvilke senfølger oplever I?  Hvordan påvirker senfølgerne jeres hverdag?  Oplever du dig på nuværende tidspunkt syg på baggrund af dine senfølger?  Gør I eller har I gjort noget for at afhjælpe jeres senfølger?	Kan du uddybe hvordan du oplever at være i denne situation?  (Selvhjælpsgruppe, behandling af lymfødem, fysioterapi, fysisk aktivitet osv.)  Hvordan er I kommet frem til det I gør?

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål	Opfølgende spørgsmål
		Hvordan har I fået informationer om hvad I kan gøre?
<p><b>Fysisk aktivitet</b></p> <p><i>Motivation/barrierer</i></p>	<p>Dyrkede I motion inden I fik kræft og har det ændret sig efter I har været igennem et behandlingsforløb?</p> <p>Dyrker I motion?</p> <p>Hvorfor/hvorfor ikke dyrker I motion?</p> <p>Hvad motiverer/hvad kunne motivere jer til at dyrke motion?</p> <p>Er der noget der forhindrer jer I at dyrke motion?</p> <p>Gør I brug af jeres omgangskreds ift. at dyrke motion?</p> <p>Kan I beskrive nogle gode/dårlige oplevelser I har haft med at dyrke motion? (som kræftoverlevende)</p> <p>Har I været i en situation hvor I har været tvivl om hvorvidt jeres krop kunne holde til det?</p>	<p>Hvilke former? På hold eller individuelt?</p> <p>Hvad kunne hjælpe jer i relation til at få gjort det som I ønsker?</p> <p>Eks.: senfølger, tid, manglende lyst, træthed</p> <p>Følges I med venner? F.eks.</p>
<b>Afrunding</b>	Har I nogen spørgsmål eller kommentarer?	

## Bilag 3: Samtykkeerklæring

### Bekræftelse af deltagelse i gruppeinterview

Jeg bekræfter hermed, at jeg ønsker at deltage i gruppeinterviewet.

Jeg er blevet informeret om at interviewet vil blive optaget og derefter anvendt i specialet. Jeg har ligeledes kendskab til, at jeg er sikret anonymitet, samt at optagelserne vil blive slettet efter brug.

Ydermere har jeg kendskab til, at min deltagelse i gruppeinterviewet er frivillig og jeg til enhver tid kan framelde mig, såfremt jeg ønsker at ophøre min deltagelse.

Jeg kan kontaktes på nedenstående email-adresse og telefonnummer:

Navn: \_\_\_\_\_

Alder: \_\_\_\_\_

Civilstatus (gift, enlig, samboende osv.): \_\_\_\_\_

Børn: \_\_\_\_\_

Højest opnåede uddannelsesniveau: \_\_\_\_\_

Konstateret kræftform: \_\_\_\_\_

Modtaget behandling (kirurgisk indgreb, kemo-,  
strålebehandling): \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Email-adresse: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

## Bilag 4: Obligatorisk søgebilag

### Standardbilag til beskrivelse og dokumentation af informationssøgning og -udvælgelse

#### 1. Problemformulering:

1. Hvilke barrierer og motivationsfaktorer oplever ældre kræftoverlevende med senfølger ift. deltagelse i gruppebaseret fysisk aktivitet?

2. Hvordan kan specialets resultater bidrage til udarbejdelse af et beslutningsgrundlag ift. at danne grundlag for en ny intervention mhp. at øge ældre kræftoverlevende med senfølgers deltagelse i gruppebaseret fysisk aktivitet?

#### 2. Søgestrategi:

Den systematiske søgning i nærværende litteraturstudie bestod af to bloksøgninger, som blev foretaget på baggrund af nedenstående søgestrategi, som er afbilledet i tabellerne. De to bloksøgninger er identiske, bortset fra blok 5, som består af hhv. "Motivation" i bloksøgning 1 og "Barrierer" i bloksøgning 2.

##### 2.1 Bloksøgning 1: Motivation

Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4	Blok 5
Cancer [thesaurus]	Cancer survivor [thesaurus]	Late effects [thesaurus]	Physical activity [thesaurus]	Motivation [thesaurus]
OR	OR	OR	OR	OR
Cancer [fritekst]	"Cancer surviv*" [fritekst]	Side effects [thesaurus]  OR "Late effect*"	"Physical activity" [fritekst]	Motivator [thesaurus]  OR Motivat*



		[fritekst]  <i>OR</i>  "Side effect*" [fritekst]		[fritekst]
--	--	---	--	------------

## 2.2. Bloksøgning 2: Barrierer

Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4	Blok 5
Cancer [thesaurus]	Cancer survivor [thesaurus]	Late effects [thesaurus]	Physical activity [thesaurus]	Barriers [thesaurus]
<i>OR</i>	<i>OR</i>	<i>OR</i>	<i>OR</i>	<i>OR</i>
Cancer [fritekst]	"Cancer surviv*" [fritekst]	Side effects [thesaurus]  <i>OR</i>  "Late effect*" [fritekst]  <i>OR</i>  "Side effect*" [fritekst]	"Physical activity" [fritekst]	Barrier* [fritekst]

### 3. Anvendte søgetermer:









Nedenfor vil de udførte søgninger i de enkelte databaser blive beskrevet, herunder de anvendte søgeord og screenshots af søgningerne

#### Cinahl (den 18/4-2016)


#### Bloksøgning 1: Motivation

Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4	Blok 5
Neoplasms [thesaurus]	Cancer survivor [thesaurus]	"Late effect*" [fritekst]	"Physical activity" [fritekst]	Motivation [thesaurus]
<i>OR</i>	<i>OR</i>	<i>OR</i>		<i>OR</i>
Neoplasm [fritekst]	"Cancer surviviv*" [fritekst]	"Side effect*" [fritekst]		Motivat* [fritekst]
<i>OR</i>				
Cancer [fritekst]				







#### Blok 1:

S4	 S1 OR S2 OR S3	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (257,112)
S3	 cancer	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (149,673)
S2	 neoplasm	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (190,469)
S1	 (MH "Neoplasms+")	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (202,373)







## Blok 2:

S7	 S5 OR S6	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (8,569)
S6	 "cancer surviviv**"	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (8,569)
S5	 (MH "Cancer Survivors")	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (5,979)







## Blok 3:

S10	 S8 OR S9	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (15,786)
S9	 "side effect**"	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (15,207)
S8	 "late effect**"	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (606)



## Blok 4:

S13	 S11 OR S12	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (31,573)
S12	 "physical activity"	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (31,573)
S11	 (MH "Physical Activity")	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (20,207)

## Blok 5:

S16	 S14 OR S15	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (57,301)
S15	 motivat*	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (29,036)
S14	 (MH "Motivation+")	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (45,049)

## Blok 1+2:

S17	 S4 AND S7	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (8,569)
-----	---	-------------------------------	--

## Blok 1+2+3:

S18	 S4 AND S7 AND S10	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (469)
-----	---	-------------------------------	--

## Blok 1+2+3+4:

S19	 S4 AND S7 AND S10 AND S13	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (28)
-----	---	-------------------------------	---

## Blok 1+2+3+4+5:

S20	 S4 AND S7 AND S10 AND S13 AND S16	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (0)
-----	---	-------------------------------	--

## Bloksøgning 2: Barrierer


Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4	Blok 5
Neoplasms [thesaurus]	Cancer survivor [thesaurus]	"Late effect*" [fritekst]	Physical activity [thesaurus]	Barrier* [fritekst]
<i>OR</i>	<i>OR</i>			
Neoplasm [fritekst]	"Cancer surviviv*" [fritekst]	<i>OR</i>	<i>OR</i>	
<i>OR</i>				
Cancer [fritekst]		"Side effect*" [fritekst]	"Physical activity" [fritekst]	

Blok 5:

S21

 barrier\*

Search modes - Boolean/Phrase

 [View Results](#) (35,856)

Blok 1+2+3+4+5:

S22

 S4 AND S7 AND S10 AND S13 AND S21

Search modes - Boolean/Phrase

 [View Results](#) (2)

**Sociological Abstracts (den 18/4-2016)**

**Bloksøgning 1: Motivation**

<b>Blok 1</b>	<b>Blok 2</b>	<b>Blok 3</b>	<b>Blok 4</b>	<b>Blok 5</b>
Cancer [thesaurus]  <i>OR</i>  Cancer [fritekst]	"Cancer surviv*" [fritekst]	"Late effect*" [fritekst]  <i>OR</i>  "Side effect*" [fritekst]	Physical Fitness [thesaurus]  <i>OR</i>  "physical fitness" [fritekst]  <i>OR</i>  "physical activity" [fritekst]	Motivation [thesaurus]  <i>OR</i>  Motivat* [fritekst]

**Blok 1:**

S3	⊕ SU.EXACT("Cancer") OR cancer	Sociological Abstracts	3,754*
S2	⊕ cancer	Sociological Abstracts	3,754*
S1	⊕ SU.EXACT("Cancer")	Sociological Abstracts	2,026*

## Blok 2:

S4	⊕ "cancer surviv*"	Sociological Abstracts	164°
----	--------------------	------------------------	------

## Blok 3:

S7	⊕ "side effect*" OR "late effect*"	Sociological Abstracts	890°
S6	⊕ "late effect*"	Sociological Abstracts	23°
S5	⊕ "side effect*"	Sociological Abstracts	867°

## Blok 4:

S11	⊕ SU.EXACT("Physical Fitness") OR "physical fitness" OR "physical activity"	Sociological Abstracts	2,315°
S10	⊕ "physical activity"	Sociological Abstracts	1,632°
S9	⊕ "physical fitness"	Sociological Abstracts	1,637°
S8	⊕ SU.EXACT("Physical Fitness")	Sociological Abstracts	1,561°

## Blok 5:

S14	⊕ SU.EXACT("Motivation") OR motivat*	Sociological Abstracts	27,015°
S13	⊕ motivat*	Sociological Abstracts	27,015°
S12	⊕ SU.EXACT("Motivation")	Sociological Abstracts	6,954°

## Blok 1+2:

S15	⊕ (SU.EXACT("Cancer") OR cancer) AND "cancer surviv*"	Sociological Abstracts	164°
-----	---	------------------------	------

## Blok 1+2+3:

S16	⊕ (SU.EXACT("Cancer") OR cancer) AND "cancer surviv*" AND ("side effect*" OR "late effect*")	Sociological Abstracts	8°
-----	--	------------------------	----

Blok 1+2+3+4:

S17	Ⓜ (SU.EXACT("Cancer") OR cancer) AND "cancer surviv*" AND ("side effect*" OR "late effect*") AND (SU.EXACT("Physical Fitness") OR "physical fitness" OR "physical activity")	Sociological Abstracts	0*
-----	--	------------------------	----

Blok 1+2+3+4+5:

S18	Ⓜ (SU.EXACT("Cancer") OR cancer) AND "cancer surviv*" AND ("side effect*" OR "late effect*") AND (SU.EXACT("Physical Fitness") OR "physical fitness" OR "physical activity") AND (SU.EXACT("Motivation") OR motivat*)	Sociological Abstracts	0*
-----	---	------------------------	----

**Bloksøgning 2: Barrierer**

Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4	Blok 5
Cancer [thesaurus]	"Cancer surviv*" [fritekst]	"Late effect*" [fritekst]	Physical Fitness [thesaurus]	Constraints [thesaurus]
<i>OR</i>		<i>OR</i>	<i>OR</i>	<i>OR</i>
Cancer [fritekst]		"Side effect*" [fritekst]	"physical fitness" [fritekst]	Constraint* [fritekst]
			<i>OR</i>	<i>OR</i>
			"physical activity" [fritekst]	Barrier* [fritekst]

Blok 5:

S22	⊕ SU.EXACT("Constraints") OR constraint* OR barrier*	Sociological Abstracts	23,616*
S21	⊕ barrier*	Sociological Abstracts	11,938*
S20	⊕ constraint*	Sociological Abstracts	14,915*
S19	⊕ SU.EXACT("Constraints")	Sociological Abstracts	3,195*

Blok 1+2+3+4+5:

S23	⊕ (SU.EXACT("Cancer") OR cancer) AND "cancer surviv*" AND ("side effect*" OR "late effect*") AND (SU.EXACT("Physical Fitness") OR "physical fitness" OR "physical activity") AND (SU.EXACT("Constraints") OR constraint* OR barrier*)	Sociological Abstracts	0*
-----	---	------------------------	----



**PubMed (den 18/4-2016)**

**Bloksøgning 1: Motivation**

Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4	Blok 5
Neoplasms [thesaurus]	"Cancer surviv*" [fritekst]	Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions [thesaurus]	Motor Activity [thesaurus]	Motivation [thesaurus]
<i>OR</i>		<i>OR</i>	<i>OR</i>	<i>OR</i>
Neoplasm [fritekst]		"Late effect*" [fritekst]	"Motor activity" [fritekst]	Motivat* [fritekst]
<i>OR</i>		<i>OR</i>	<i>OR</i>	
Cancer [fritekst]		"Side effect*" [fritekst]	"Physical activity" [fritekst]	

**Blok 1:**

#5	<a href="#">Add</a>	Search (("Neoplasms"[Mesh]) OR neoplasm) OR cancer	<a href="#">3307921</a>
#4	<a href="#">Add</a>	Search cancer	<a href="#">3281432</a>
#3	<a href="#">Add</a>	Search neoplasm	<a href="#">2830536</a>
#2	<a href="#">Add</a>	Search "Neoplasms"[Mesh]	<a href="#">2777165</a>

**Blok 2:**

#7	<a href="#">Add</a>	Search "cancer surviv*"	<a href="#">456570</a>
----	---------------------	-------------------------	------------------------

Blok 3:

#12	<a href="#">Add</a>	Search (((("Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions"[Mesh])) OR "side effect*") OR "late effect*")	<a href="#">123900</a>
#11	<a href="#">Add</a>	Search "late effect*"	<a href="#">714</a>
#10	<a href="#">Add</a>	Search "side effect*"	<a href="#">27799</a>
#9	<a href="#">Add</a>	Search "Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions"[Mesh]	<a href="#">96593</a>

Blok 4:

#17	<a href="#">Add</a>	Search (("Motor Activity"[Mesh]) OR "motor activity") OR "physical activity"	<a href="#">266505</a>
#16	<a href="#">Add</a>	Search "physical activity"	<a href="#">74116</a>
#15	<a href="#">Add</a>	Search "motor activity"	<a href="#">92757</a>
#14	<a href="#">Add</a>	Search "Motor Activity"[Mesh]	<a href="#">219415</a>

Blok 5:

#21	<a href="#">Add</a>	Search (motivat*) OR "Motivation"[Mesh]	<a href="#">208599</a>
#20	<a href="#">Add</a>	Search motivat*	<a href="#">124647</a>
#19	<a href="#">Add</a>	Search "Motivation"[Mesh]	<a href="#">139704</a>

Blok 1+2:

#23	<a href="#">Add</a>	Search (((("Neoplasms"[Mesh]) OR neoplasm) OR cancer)) AND "cancer surviv*"	<a href="#">456570</a>
-----	---------------------	---	------------------------

Blok 1+2+3:

#24	<a href="#">Add</a>	Search ((((((("Neoplasms"[Mesh]) OR neoplasm) OR cancer)) AND "cancer surviv*") AND (((("Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions"[Mesh])) OR "side effect*") OR "late effect*"))	<a href="#">2627</a>
-----	---------------------	--	----------------------

Blok 1+2+3+4:

#25	<a href="#">Add</a>	Search ((((((("Neoplasms"[Mesh]) OR neoplasm) OR cancer)) AND "cancer surviv*") AND (((("Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions"[Mesh])) OR "side effect*") OR "late effect*")) AND (((("Motor Activity"[Mesh]) OR "motor activity") OR "physical activity")	<a href="#">24</a>
-----	---------------------	---	--------------------

Blok 1+2+3+4+5:

#26	<a href="#">Add</a>	Search (((((((("Neoplasms"[Mesh]) OR neoplasm) OR cancer)) AND "cancer surviv*") AND (((("Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions"[Mesh])) OR "side effect*") OR "late effect*")) AND (((("Motor Activity"[Mesh]) OR "motor activity") OR "physical activity")) AND ((motivat*) OR "Motivation"[Mesh])	<a href="#">1</a>
-----	---------------------	--	-------------------

## Bloksøgning 2: Barrierer

Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4	Blok 5
Neoplasms [thesaurus]  <i>OR</i>  Neoplasm [fritekst]  <i>OR</i>  Cancer [fritekst]	"Cancer surviv*"           [fritekst]	Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions [thesaurus]  <i>OR</i>  "Late effect*" [fritekst]  <i>OR</i>  "Side effect*" [fritekst]	Motor Activity [thesaurus]  <i>OR</i>  "Motor activity" [fritekst]  <i>OR</i>  "Physical activity" [fritekst]	Barrier*

Blok 5:

<a href="#">#22</a>	<a href="#">Add</a>	Search barrier*	<a href="#">212849</a>
---------------------	---------------------	-----------------	------------------------

Blok 1+2+3+4+5:

<a href="#">#27</a>	<a href="#">Add</a>	Search ((((((("Neoplasms"[Mesh]) OR neoplasm) OR cancer)) AND "cancer surviv*") AND (((("Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions"[Mesh])) OR "side effect*") OR "late effect*")) AND (((("Motor Activity"[Mesh]) OR "motor activity") OR "physical activity")) AND barrier*	<a href="#">3</a>
---------------------	---------------------	---	-------------------

## Scopus (den 18/4-2016)

### Bloksøgning 1: Motivation

Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4	Blok 5
Cancer [fritekst]	"Cancer surviv*" [fritekst]	"Late effect*" [fritekst]  <i>OR</i>  "Side effect*" [fritekst]	Physical activity [thesaurus]  <i>OR</i>  "Physical activity" [fritekst]	Motivat* [fritekst]

#### Blok 1:

1 ALL ( cancer ) 4,745,693 document results

#### Blok 2:

3 ALL ( "cancer surviv\*" ) 272,423 document results

#### Blok 3:

6 ( ALL ( "side effect\*" ) ) OR ( ALL ( "late effect\*" ) ) 608,666 document results

---

5 ALL ( "late effect\*" ) 29,577 document results

---

4 ALL ( "side effect\*" ) 582,712 document results

#### Blok 4:

7 ALL ( "physical activity" ) 316,739 document results

#### Blok 5:

8 ALL ( "motivat\*" ) 844,938 document results

Blok 1+2:

9 ( ALL ( cancer ) ) AND ( ALL ( "cancer surviv\*" ) ) 272,423 document results

Blok 1+2+3:

10 ( ALL ( cancer ) ) AND ( ALL ( "cancer surviv\*" ) ) AND ( ( ALL ( "side effect\*" ) ) OR ( ALL ( "late effect\*" ) ) ) 31,399 document results

Blok 1+2+3+4:

11 ( ALL ( cancer ) ) AND ( ALL ( "cancer surviv\*" ) ) AND ( ( ALL ( "side effect\*" ) ) OR ( ALL ( "late effect\*" ) ) ) AND ( ALL ( "physical activity" ) ) 2,041 document results

Blok 1+2+3+4+5:

12 ( ALL ( cancer ) ) AND ( ALL ( "cancer surviv\*" ) ) AND ( ( ALL ( "side effect\*" ) ) OR ( ALL ( "late effect\*" ) ) ) AND ( ALL ( "physical activity" ) ) AND ( ALL ( "motivat\*" ) ) 253 document results

**Bloksøgning 2: Barrierer**

Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4	Blok 5
Cancer [fritekst]	"Cancer surviv*" [fritekst]	"Late effect*" [fritekst]	Physical activity [thesaurus]	Barrier* [fritekst]
		<i>OR</i>	<i>OR</i>	
		"Side effect*" [fritekst]	"Physical activity" [fritekst]	

Blok 5:

13 ALL ( barrier\* ) 1,439,354 document results

Blok 1+2+3+4+5:

14 ( ALL ( cancer ) ) AND ( ALL ( "cancer surviv\*" ) ) AND ( ( ALL ( "side effect\*" ) ) OR ( ALL ( "late effect\*" ) ) ) AND ( ALL ( "physical activity" ) ) AND ( ALL ( barrier\* ) ) 315 document results

**PsycInfo søgning (den 20/4-2016):**

**Bloksøgning 1: Motivation**

<b>Blok 1</b>	<b>Blok 2</b>	<b>Blok 3</b>	<b>Blok 4</b>	<b>Blok 5</b>
Neoplasms [thesaurus]  <i>OR</i>  Neoplasm [fritekst]  <i>OR</i>  Cancer [fritekst]	"Cancer surviv*" [fritekst]	Side Effects (Treatment) [thesaurus]  <i>OR</i>  "Late effect*" [fritekst]  <i>OR</i>  "Side effect*" [fritekst]	Physical activity [thesaurus]  <i>OR</i>  "Physical activity" [fritekst]	Motivation [thesaurus]  <i>OR</i>  Motivat* [fritekst]

Blok 1:

1. <input type="checkbox"/>	(Any Field:(cancer)) OR (Any Field:(neoplasm)) OR ((Index Terms:("Neoplasms")))	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	71,309
2. <input type="checkbox"/>	Any Field: cancer	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	69,053
3. <input type="checkbox"/>	Any Field: neoplasm	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	457
4. <input type="checkbox"/>	Index Terms: {Neoplasms}	PsycTESTS ,	29,009

Blok 2:

1. <input type="checkbox"/>	Any Field: "cancer surviv"	PsycTESTS ,	4,261
-----------------------------	----------------------------	-------------	-------

Blok 3:

1. <input type="checkbox"/>	(Any Field:("late effect*")) OR (Any Field:("side effect*")) OR ((Index Terms:("Side Effects (Treatment)")))	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY ,	46,045
-----------------------------	--	--	--------

Blok 4:

1. <input type="checkbox"/>	(Any Field:( <b>"physical activity"</b> )) OR ((Index Terms: <b>"Physical Activity"</b> )))	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	28,749
2. <input type="checkbox"/>	<b>Any Field: "physical activity"</b>	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	28,749
3. <input type="checkbox"/>	<b>Index Terms: {Physical Activity}</b>	PsycTESTS ,	13,217

Blok 5:

1. <input type="checkbox"/>	(Any Field:( <b>motivat*</b> )) OR ((Index Terms: <b>"Motivation"</b> )))	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	180,892
2. <input type="checkbox"/>	<b>Any Field: motivat*</b>	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	180,892
3. <input type="checkbox"/>	<b>Index Terms: {Motivation}</b>	PsycTESTS ,	43,945



Blok 1+2:

1. <input type="checkbox"/>	((Any Field:( <i>"cancer surviv*"</i> )) AND ((Any Field:( <i>cancer</i> )) OR (Any Field:( <i>neoplasm</i> )) OR ((Index Terms:( <i>"Neoplasms"</i> ))))	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY ,	4,261
-----------------------------	---	--	-------

Blok 1+2+3:

1. <input type="checkbox"/>	((Any Field:( <i>"late effect*"</i> )) OR (Any Field:( <i>"side effect*"</i> )) OR ((Index Terms:( <i>"Side Effects (Treatment)"</i> )))) AND (Any Field:( <i>"cancer surviv*"</i> )) AND ((Any Field:( <i>cancer</i> )) OR (Any Field:( <i>neoplasm</i> )) OR ((Index Terms:( <i>"Neoplasms"</i> ))))	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	450
-----------------------------	--	---	-----

Blok 1+2+3+4:

1. <input type="checkbox"/>	((Any Field:( <i>"physical activity"</i> )) OR ((Index Terms:( <i>"Physical Activity"</i> )))) AND ((Any Field:( <i>"late effect*"</i> ) OR (Any Field:( <i>"side effect*"</i> )) OR ((Index Terms:( <i>"Side Effects (Treatment)"</i> )))) AND (Any Field:( <i>"cancer surviv*"</i> )) AND ((Any Field:( <i>cancer</i> )) OR (Any Field:( <i>neoplasm</i> )) OR ((Index Terms:( <i>"Neoplasms"</i> ))))	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	35
-----------------------------	--	---	----

Blok 1+2+3+4+5:

1. <input type="checkbox"/>	((Any Field:( <i>motivat*</i> )) OR ((Index Terms:( <i>"Motivation"</i> )))) AND ((Any Field:( <i>"physical activity"</i> ) OR ((Index Terms:( <i>"Physical Activity"</i> )))) AND ((Any Field:( <i>"late effect*"</i> ) OR (Any Field:( <i>"side effect*"</i> )) OR ((Index Terms:( <i>"Side Effects (Treatment)"</i> )))) AND (Any Field:( <i>"cancer surviv*"</i> )) AND ((Any Field:( <i>cancer</i> )) OR (Any Field:( <i>neoplasm</i> )) OR ((Index Terms:( <i>"Neoplasms"</i> ))))	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	3
-----------------------------	--	---	---

## Bloksøgning 2: Barrierer

Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4	Blok 5
Neoplasms [thesaurus]  <i>OR</i>  Neoplasm [fritekst]  <i>OR</i>  Cancer [fritekst]	"Cancer surviv*"           [fritekst]	Side Effects (Treatment) [thesaurus]  <i>OR</i>  "Late effect*" [fritekst]  <i>OR</i>  "Side effect*" [fritekst]	Physical activity [thesaurus]  <i>OR</i>  "Physical activity" [fritekst]	Barrier*

Blok 5:

1.  Any Field: barrier\*

PsycTESTS ,

51,154

Blok 1+2+3+4+5:

1. <input type="checkbox"/>	((Any Field:(barrier*)) AND ((Any Field:(physical activity*)) OR ((Index Terms:(Physical Activity)))) AND ((Any Field:(late effect*)) OR (Any Field:(side effect*)) OR ((Index Terms:(Side Effects (Treatment)))) AND (Any Field:(cancer surviv*)) AND ((Any Field:(cancer)) OR (Any Field:(neoplasm)) OR ((Index Terms:(Neoplasms))))	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	5
-----------------------------	--	---	---

**Embase (den 17/4-2016)**

**Bloksøgning 1: Motivation**

Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4	Blok 5
Neoplasm [thesaurus]	Cancer survivor [thesaurus]	Side effect [thesaurus]	Physical activity [thesaurus]	Motivation [thesaurus]
<i>OR</i>	<i>OR</i>	<i>OR</i>	<i>OR</i>	<i>OR</i>
Neoplasm [fritekst]	“Cancer surviv*” [fritekst]	“Late effect*” [fritekst]	“Physical activity” [fritekst]	Motivat* [fritekst]
<i>OR</i>		<i>OR</i>		
Cancer [fritekst]		“Side effect*”		

		[fritekst]		
--	--	------------	--	--

### Blok 1:

#4	#1 OR #2 OR #3	4,483,932
#3	cancer	3,012,296
#2	neoplasm	685,676
#1	'neoplasm'/exp	3,810,788

### Blok 2:

<input type="checkbox"/>	#7	#5 OR #6	220,257
<input type="checkbox"/>	#6	'cancer surviv*'	220,257
<input type="checkbox"/>	#5	'cancer survivor'/exp	13,526

### Blok 3:

#11	#8 OR #9 OR #10	1,024,229
#10	'late effect*'	8,154
#9	'side effect*'	959,162
#8	'side effect'/exp	409,748

### Blok 4:

#14	#12 OR #13	320,574
#13	'physical activity'	141,095
#12	'physical activity'/exp	284,925

### Blok 5:

#17	#15 OR #16	148,560
#16	'motivat*'	148,560
#15	'motivation'/exp	79,886

### Blok 1+2:

#19	#4 AND #7	220,257
-----	-----------	---------

### Blok 1+2+3:

#20	#4 AND #7 AND #11	46,191
-----	-------------------	--------

Blok 1+2+3+4:

#21 #4 AND #7 AND #11 AND #14

421

Blok 1+2+3+4+5:

#22 #4 AND #7 AND #11 AND #14 AND #17

24

### Bloksøgning 2: Barrierer

Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4	Blok 5
Neoplasm [thesaurus]	Cancer survivor [thesaurus]	Side effect [thesaurus]	Physical activity [thesaurus]	Barrier* [fritekst]
<i>OR</i>	<i>OR</i>			
Neoplasm [fritekst]	“Cancer surviv*” [fritekst]	<i>OR</i>	<i>OR</i>	
<i>OR</i>		“Late effect*” [fritekst]	“Physical activity” [fritekst]	
Cancer		<i>OR</i>		
		“Side effect*” [fritekst]		

Blok 5:

#18 barrier\*

258,286





Blok 1+2+3+4+5:

**Cochrane (den 18/4-2016)**

**Bloksøgning 1: Motivation**

Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4	Blok 5
Neoplasms [thesaurus]  <i>OR</i>  Neoplasm [fritekst]  <i>OR</i>  Cancer [fritekst]	“Cancer surviv*” [fritekst]	”Late effect*” [fritekst]  <i>OR</i>  ”Side-effect*” [fritekst]	Motor activity [thesaurus]  <i>OR</i>  Motor activity [fritekst]  <i>OR</i>  “Physical activity” [fritekst]	Motivation [thesaurus]  <i>OR</i>  Motivat*

Blok 1:

#1	MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees		58307
#2	neoplasm (Word variations have been searched)		56812
#3	cancer (Word variations have been searched)		97752
#4	#1 or #2 or #3		110681

## Blok 2:

#5	"cancer surviv*" (Word variations have been searched)	S	4848
----	---	---	------

## Blok 3:

#6	"side effect*" (Word variations have been searched)	S	80077
#7	"late effect*" (Word variations have been searched)	S	410
#8	#6 or #7	TH	80404

## Blok 4:

#9	MeSH descriptor: [Motor Activity] explode all trees	M	19571
#10	"motor activity" (Word variations have been searched)	S	4306
#11	"physical activity" (Word variations have been searched)	S	12445
#12	#9 or #10 or #11	TH	28320

## Blok 5:

#13	MeSH descriptor: [Motivation] explode all trees	M	6079
#14	motivat* (Word variations have been searched)	S	10476
#15	#13 or #14	TH	12823

## Blok 1+2:

#16	#4 and #5	TH	4848
-----	-----------	----	------

## Blok 1+2+3:

#17	#4 and #5 and #8	TH	1992
-----	------------------	----	------

## Blok 1+2+3+4:

#18	#4 and #5 and #8 and #12	TH	53
-----	--------------------------	----	----


Blok 1+2+3+4+5:

#19 #4 and #5 and #8 and #12 and #15  13

### Bloksøgning 2: Barrierer

Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4	Blok 5
Neoplasms [thesaurus]	“Cancer surviv*” [fritekst]	”Late effect*” [fritekst]	Motor activity [thesaurus]	Barrier* [fritekst]
<i>OR</i>		<i>OR</i>	<i>OR</i>	
Neoplasm [fritekst]		”Side-effect*” [fritekst]	Motor activity [fritekst]	
<i>OR</i>			<i>OR</i>	
Cancer [fritekst]			“Physical activity” [fritekst]	

Blok 5:

#20 barrier\* (Word variations have been searched)  8056

Blok 1+2+3+4+5:

#21 #4 and #5 and #4 and #12 and #20  44



### 3.a. Afgrænsninger, som er opsat via et søgesystems limitfunktion

Det blev ikke fundet relevant at opsætte limits i databaserne, da antallet af hits der blev fremsøgt var overskueligt.

### 3.b Afgrænsninger sat op via separat facet i søgestrategien (se pkt. 2).

Det blev ikke fundet relevant at anvende i den systematiske søgning.

## 4. Valgte informationskilder

Den systematiske litteratursøgning blev foretaget i følgende syv videnskabelige databaser: Embase, Sociological Abstracts, Cochrane, PubMed, Cinahl og Scopus og PsycInfo. I den nedenstående tabel vil det blive begrundet, hvorfor det blev fundet relevant at afsøge de udvalgte databaser.

Database	Begrundelse for valg af kilde
<b>Sociological Abstracts</b>	Scopus blev inddraget grundet det sociologiske fokus, hvilket blev fundet relevant grundet specialet omhandler gruppebaseret fysisk aktivitet, hvilket udgør et socialt aspekt.
<b>Embase</b>	Embase blev inddraget grundet dens biomedicinske fokus, hvorfor den blev vurderet til at kunne indeholde studier omhandlende fysisk aktivitet og effekterne heraf.
<b>Cochrane</b>	Cochrane blev inddraget grundet, at den indeholder evidensbaserede studier af høj metodologiske kvalitet.
<b>PubMed</b>	PubMed blev vurderet til at kunne indeholde artikler omhandlende fysisk aktivitet samt kræftbehandling grundet sit medicinske fokus.
<b>Cinahl</b>	Er en sundheds – og sygeplejefaglig database, og indeholder derfor en stor mængde kvalitative studier, hvorfor den blev vurderet relevant at afsøge.
<b>Scopus</b>	Scopus er den største citationsdatabase indeholdende peer-reviewede artikler, og er inkluderet grundet dens bl.a. medicinske og sociologiske fokus.
<b>PsycInfo</b>	PsycInfo blev inkluderet grundet dens fokus på det psykologiske aspekt, hvilket findes relevant grundet, at senfølger også kan udgøre en psykologiske påvirkning.

## 5. Resultater af søgning

### 5.1 Bloksøgning 1: Motivation

Informations- kilde Søgefacet/ -ord samt kombinationer	Embase	Soc. Ab.	Cochrane	PubMed	Cinahl	Scopus	Psyc Info
<b>Blok 1</b>	4.483.932	3.754	110.681	3.307.921	257.112	4.745.693	71.309
<b>Blok 2</b>	220.257	164	4.848	456.570	8.569	272.423	4.261
<b>Blok 3</b>	1.024.229	890	80.404	123.900	15.786	608.666	46.045
<b>Blok 4</b>	320.574	2.315	28.320	266.505	31.573	316.739	28.749
<b>Blok 5</b>	148.560	27.015	12.823	208.599	57.301	844.938	180.892
<b>Blok 1+2</b>	220.257	164	4.848	456.570	8.569	272.423	4.261
<b>Blok 1+2+3</b>	46.191	8	1.992	2.627	469	31.399	450
<b>Blok 1+2+3+4</b>	421	-	53	24	28	2.041	35
<b>Blok 1+2+3+4+5</b>	24 (2*)	-	13	1	-	253 (5*)	3

### 5.2 Bloksøgning 2: Barrierer

Informationski lde Søgefacet/ -ord samt kombinationer	Embase	Soc. Ab.	Cochrane	PubMed	Cinahl	Scopus	Psyc Info
<b>Blok 1</b>	4.483.932	3.754	110.681	3.307.921	257.112	4.745.693	71.309
<b>Blok 2</b>	220.257	164	4.848	456.570	8.569	272.423	4.261
<b>Blok 3</b>	1.024.229	890	80.404	123.900	15.786	608.666	46.045
<b>Blok 4</b>	320.574	2.315	28.320	266.505	31.573	316.739	28.749
<b>Blok 5</b>	258.286	23.616	8.056	212.849	35.856	1.439.354	51.154
<b>Blok 1+2</b>	220.257	164	4.848	456.570	8.569	272.423	4.261
<b>Blok 1+2+3</b>	46.191	8	1.992	2.627	469	31.399	450
<b>Blok 1+2+3+4</b>	421	0	53	24	28	2.041	35
<b>Blok 1+2+3+4+5</b>	29 (2*)	0	44 (2*)	3	2	315 (7*)	5

## **6. Kriterier for udvælgelse af relevant information**

### **6.1 Inklusionskriterier**

- Studier skrevet på følgende sprog: engelsk, dansk, svensk eller norsk.
- Studierne skulle være foretaget i lande, der var sammenlignelige ift. danske forhold, herunder Europa, USA osv.
- Studier med kræftoverlevende som målgruppe.
- Studier omhandlende alle kræftformer.
- Studier omhandlende alle former for senfølger.
- Studier med ældre (65+ årige) som målgruppe.
- Studier omhandlende gruppebaseret fysisk aktivitet.

### **6.2 Eksklusionskriterier**

- Studier omhandlende kræftpatienter i behandling.
- Studier med en målgruppe der var yngre end 65+ år.
- Studier foretaget under ikke-vestlige forhold.

## **7. Eventuel begrundelse for revidering af søgestrategi**

Søgningen er ikke blevet revideret.

## **8. Revideret søgning**

Ikke relevant.

## **9. Dato og identifikation**

Søgningen blev afsluttet den 20/4-2016, og er foretaget af Eva Hjorth Larsen, Simone Møller Hede og Jacqueline Capion Lemming.

## Bilag 5: Artikelvurderinger

### Bilag 5.1: Rogers et al. (2011): “Reduced barriers mediated physical activity maintenance among breast cancer survivors.”

#### Critical Appraisal for Therapy Articles (CASP)

**Patients:** 36 Brystkræftoverlevende (41 rekrutterede, hvoraf 38 gennemførte interventionen og hvoraf 36 gennemførte 6 måneders follow-up)

**Intervention:** Tre måneders intervention bestående af 12 individuelle superviserede træningssessioner, seks diskussionsgruppesessioner, og tre individuelle rådgivningssessioner (N=21). Der var hovedsageligt mest kontakt i starten af interventionen, hvorefter denne gradvist aftog, hvormed det blev til et hjemmeprogram. Den fysiske aktivitet bestod af gåture på løbebånd og udstrækningsøvelser.

**Comparison:** Almindelig behandling (N=20). Denne gruppe fik udleveret pjecer relateret til fysisk aktivitet udarbejdet af American Cancer Society, men fik ikke rådgivning af forskerne.

**Outcome(s):** Social støtte, forventninger, barrierer, angst og glæde ved at udøve fysisk aktivitet.

1a. R- Was the assignment of patients to treatments <u>randomised</u> ?	
What is best?	Where do I find the information?
<i>Centralised computer randomisation</i> is ideal and often used in multi-centred trials. Smaller trials may use an <i>independent</i> person (e.g, the hospital pharmacy) to “police” the randomization.	The <b>Methods</b> should tell you how patients were allocated to groups and whether or not randomisation was concealed.
This paper: <b>Yes (x)</b> No · Unclear · Comment: Randomiseringen foregik via. computergenererede numre. Det var imidlertid ikke muligt at blinde pga. interventionen med fysisk aktivitet, da gruppen herfor samt forskerne var bevidste om dette.	
1b. R- Were the groups <u>similar</u> at the start of the trial?	
What is best?	Where do I find the information?
If the randomisation process worked (that is, achieved comparable groups) the groups should be similar. The more similar the groups the better it is. There should be some indication of whether differences between groups are statistically significant (ie. p values).	The <b>Results</b> should have a table of "Baseline Characteristics" comparing the randomized groups on a number of variables that could affect the outcome (ie. age, risk factors etc). If not, there may be a description of group similarity in the first paragraphs of the <b>Results</b> section.

<p>This paper: <b>Yes (x)</b>    No ·    Unclear ·</p> <p>Comment: Der blev ikke fundet nogen signifikant forskel i demografi, medicin og fysisk aktivitet mellem de to grupper.</p>	
<p><b>2a. A – Aside from the allocated treatment, were groups treated equally?</b></p>	
What is best?	Where do I find the information?
Apart from the intervention the patients in the different groups should be treated the same, eg., additional treatments or tests.	Look in the <b>Methods</b> section for the follow-up schedule, and permitted additional treatments, etc and in <b>Results</b> for actual use.
<p>This paper: Yes ·    No ·    <b>Unclear (x)</b></p> <p>Comment: Begge grupper fik foretaget baseline og follow-up. Men foruden dette, er dette aspekt ikke belyst</p>	
<p><b>2b. A – Were all patients who entered the trial accounted for? – and were they analysed in the groups to which they were randomised?</b></p>	
What is best?	Where do I find the information?
Losses to follow-up should be minimal – preferably less than 20%. However, if few patients have the outcome of interest, then even small losses to follow-up can bias the results. Patients should also be analysed in the groups to which they were randomised – ‘ <i>intention-to-treat analysis</i> ’.	The <b>Results</b> section should say how many patients were randomised (eg., Baseline Characteristics table) and how many patients were actually included in the analysis. You will need to read the results section to clarify the number and reason for losses to follow-up.
<p>This paper: <b>Yes(x)</b>    No ·    Unclear ·</p> <p>Comment: Kun en lille andel af deltagerne gennemførte ikke interventionen (N=3), hvorefter yderligere 2 ikke gennemførte follow-up. Grupperne er imidlertid analyseret ud fra de grupper som deltagerne var randomiseret i.</p>	
<p><b>3. M - Were measures <u>objective</u> or were the patients and clinicians kept “<u>blind</u>” to which treatment was being received?</b></p>	
What is best?	Where do I find the information?
It is ideal if the study is ‘double-blinded’ – that is, both patients and investigators are unaware of treatment allocation. If the outcome is <i>objective</i> (eg., death) then blinding is less critical. If the outcome is <i>subjective</i> (eg., symptoms or function) then blinding of the outcome assessor is critical.	First, look in the <b>Methods</b> section to see if there is some mention of masking of treatments, eg., placebos with the same appearance or sham therapy. Second, the <b>Methods</b> section should describe how the outcome was assessed and whether the assessor/s were aware of the patients’ treatment.
<p>This paper: Yes ·    <b>No (x)</b>    Unclear ·</p> <p>Comment: Det ikke muligt at blinde pga. interventionen med fysisk aktivitet, da gruppen herfor samt forskerne var bevidste om hvorvidt gruppen modtog behandling eller ej.</p>	

## What were the results?

### 1. How large was the treatment effect?

Det blev fastslået at der var en medium til stor effekt ift. nedsættelsen af barrierer (ifm. self-efficacy, støtte fra familie samt social støtte generelt) i interventionsgruppen sammenlignet med gruppen der modtog almindelig behandling (-12.1 versus -4.4, mean difference = -7.8, 95% confidence interval [-15.1, -0.4],  $d = -0.67$ ;  $p = .04$ ).

Statistiske ikke-signifikante lille-til-medium positive effekter blev fundet ved faldet af barrierer (ifm. self-efficacy, social og familie støtte) for gruppen der modtog almindelig behandling. Ydermere blev det i interventionsgruppen fundet at interventionen havde en medium effekt ift. at øge glæden ved at træne, sammenlignet med gruppen der ingen behandling modtog.

Ift. fysisk aktivitet havde 17 fra gruppen med almindelig behandling og 18 fra interventionsgruppen havde ikke en træningspartner ved baseline. Størstedelen fortsatte uden en træningspartner

OBS: Der er intet oplyst ift. Relative Risk (RR), Absolute Risk Reduction (ARR), Relative Risk Reduction (RRR), Number Needed to Treat (NNT).

### 2. How precise was the estimate of the treatment effect?

Der er oplyst konfindensintervaller, hvormed det kan vurderes hvorvidt resultaterne er signifikante.

### **Will the results help me in caring for my patient? (External Validity/Applicability)**

Dette studies deltagere er kræftoverlevende, hvormed disse kan sammenlignes ift. specialets informanter. Dette er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at studiets deltagere er brystkræftoverlevende, hvormed den eksterne validitet begrænser sig hertil. Ydermere er der rekrutteret brystkræftoverlevende i alderen 18-70 år, hvor de deltagere der er rekrutteret, har en gennemsnitsalder på 53 år. Dermed er det ligeledes vigtigt at være opmærksom på, at denne gruppe er yngre end informanterne der er rekrutteret i forbindelse med specialet.

Da behandlingen der modtages i studiet er fysisk aktivitet, sociale støtte, samt rådgivning anses dette anvendeligt i forhold til specialet, da fokus for specialet ligeledes er, at få de ældre kræftoverlevende til at dyrke mere fysisk aktivitet. Ydermere måles der på barrierer, herunder bl.a. self-efficacy, som ligeledes er fokus for specialets problemstilling. Specialegruppen er imidlertid opmærksomme på, at studiet påfører en gruppe en intervention, hvilket ikke er tilfældet for specialet, som måler på udefrakommende interventioner (Sensølgeregruppen og Sundhed i bevægelse).

**Bilag 5.2: Wurz et al. (2015): “Breast cancer survivors’ barriers and motives for participating in a group-based physical activity program offered in the community.”**

**Vurdering Af Kvalitative Studier – VAKS**

**Guide til vurdering af pålidelighed og gyldighed af kvalitative artikler**

<u>Formelle krav</u>	Vurdering Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1    2    3    4					
Baggrunden for undersøgelsen er beskrevet via eksisterende litteratur.	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	Der er udarbejdet informeret samtykke og deltagerne har frivilligt meldt sig til at deltage. Ydermere er der foretaget anonymisering af deltagerne.
			X			
Det fremgår hvorfor undersøgelsen er relevant.	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	
			X			
Det er beskrevet hvordan informeret samtykke, frivillighed og anonymisering af data er overholdt (Helsinki deklARATIONEN).	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	
			X			
Det er beskrevet om der er relevante godkendelser (fx Datatilsyn, Etisk komité).	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>	X				
X						
Forskerne har beskrevet hvordan undersøgelsen kan påvirke informanterne.	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>	X				
X						
Forskeren har beskrevet hvad man vil gøre, hvis undersøgelsen påvirker deltagerne uhensigtsmæssigt.	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>	X				
X						
	<p>I alt point: 15 /6 = 2.5 point</p>					



<b>Troværdighed</b>	Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser																								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formålet er klart beskrevet.</li>   <li>• Metoden er beskrevet.</li>   <li>• Metoden er begrundet.</li>   <li>• Metoden er valgt i forhold til formålet.</li>   <li>• Der er en beskrivelse af hvordan data blev registreret (digitalt, video, notater, feltnoter osv.).</li>   <li>• Der er anvendt triangulering.</li>   <li>• Forskningsprocessen er beskrevet.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">1    2    3    4</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 30px;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px; text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> </table> <p>I alt point: 24 / 7 = 3.4 point</p>				X				X			X					X	X							X	<p>Formålet med studiet var at belyse kvinders barrierer og motiverende faktorer ift. at deltage i et 8-ugers gruppebaseret program med fysisk aktivitet, efter at være blevet diagnosticeret med brystkræft.</p> <p>Der er anvendt semistrukturerede individuelle interviews til indsamling af data.</p>
			X																							
			X																							
		X																								
			X																							
X																										
			X																							

<b>Overførbarhed</b>	Vurdering Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1    2    3    4					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udvælgelse af informanter eller kilder er beskrevet.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	<p>Syv brystkræftoverlevende med en gennemsnitsalder på 55.3 år. For mere info se artikel.</p> <p>Tilhørsforhold er ikke oplyst i studiet.</p>
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en beskrivelse af informanterne.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>			X		
		X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er begrundet hvorfor disse informanter skal deltage.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>			X		
		X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konteksten (det sted og den sammenhæng forskningen foregår i) er beskrevet.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>			X		
		X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er beskrevet hvilket tilhørsforhold forskeren/forskerne har til konteksten samt til informanterne.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>I alt point: 14/5= 2.8 point</p>	X				
X						

<b>Konsistens</b>	Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1    2    3    4					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er beskrevet en logisk sammenhæng mellem data og de temaer, forskeren har udviklet.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>				X	Temaerne er barrierer som er inddelt i hhv. situationelle barriere, interne barriere, situationelle motiver og interne motiver.  Ja, de er understøttet med citater, de fleste steder.
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en beskrivelse af analyseproces.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>				X	
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en klar fremstilling af fundene.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </table>			X		
		X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fundene er troværdige.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>				X	
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventuelle citater er resonable/understøttende for tolkningen.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </table>			X		
		X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er overensstemmelse mellem undersøgelsens fund og konklusioner.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>				X	
			X			
I alt point: 22/6= 3.7 point						

<b>Transparens</b>	Vurdering Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1      2      3      4					
Forskeren har beskrevet sin baggrund og sine antagelser eller forforståelse.	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">x</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	x				Forskernes forforståelser er ikke beskrevet.
x						
Der er henvist til en teori/teoretiker (man kan se hvem der har inspireret til analysen).	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">x</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>		x			Der anvendes social kognitiv teori, men kun i baggrundsafsnittet.
	x					
Der er en beskrivelse af, om temaer udsprang af data eller om de var formuleret på forhånd.	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">x</td> </tr> </table>				x	
			x			
Det er beskrevet hvem der gennemførte undersøgelsen.	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">x</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>			x		Ikke direkte hvilken forsker der gjorde hvad, men at det blev udført af dem.
		x				
Der er beskrevet hvordan forskeren deltog i forskningsprocessen	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">x</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>			x		
		x				
Forskeren har beskrevet, om hans/hendes position har betydning for fundene.	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">x</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	x				Deres position er ikke beskrevet
x						
I alt point: 14/6 = 2.3 point						

**Kan du anbefale denne artikel?**

Anbefales ( $\geq 15$ )	
Anbefales med forbehold ( $\geq 10 < 15$ )	<b>Anbefales med forbehold (14.7)</b>
Anbefales ikke ( $< 10$ )	

**Bilag 5.3: Hefferon et al. (2013): “Understanding barriers to exercise implementation 5-year post-breast cancer diagnosis: a large-scale qualitative study.”**

**Vurdering Af Kvalitative Studier – VAKS**

**Guide til vurdering af pålidelighed og gyldighed af kvalitative artikler**

<u>Formelle krav</u>	Vurdering Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1      2      3      4					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baggrunden for undersøgelsen er beskrevet via eksisterende litteratur.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det fremgår hvorfor undersøgelsen er relevant.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er beskrevet hvordan informeret samtykke, frivillighed og anonymisering af data er overholdt (Helsinki deklARATIONEN).</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	Informeret samtykke, anonymisering samt frivillighed.
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er beskrevet om der er relevante godkendelser (fx Datatilsyn, Etisk komité).</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>			X		Studiet var etisk godkendt ved University of East London og University of Strathclyde.
		X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forskerne har beskrevet hvordan undersøgelsen kan påvirke informanterne.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>	X				
X						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forskeren har beskrevet hvad man vil gøre, hvis undersøgelsen påvirker deltagerne uhensigtsmæssigt.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>	X				
X						
	I alt point: 17/6 = 2.8 point					

<u>Troværdighed</u>	Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser																												
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formålet er klart beskrevet.</li> <li>• Metoden er beskrevet.</li> <li>• Metoden er begrundet.</li> <li>• Metoden er valgt i forhold til formålet.</li> <li>• Der er en beskrivelse af hvordan data blev registreret (digitalt, video, notater, feltnoter osv.).</li> <li>• Der er anvendt triangulering.</li> <li>• Forskningsprocessen er beskrevet.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">1            2            3            4</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px; text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> </table> <p>I alt point: 25/7= 3.6 point</p>				X				X				X				X				X	X							X	<p>Formålet var at undersøge hvilke barrierer brystkræftoverleverer oplever ifm. at udøve fysisk aktivitet.</p> <p>Semi-strukturerede interviews blev optaget på en mp3 og transskriberet.</p>
			X																											
			X																											
			X																											
			X																											
			X																											
X																														
			X																											

<b>Overførbarhed</b>	Vurdering Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1      2      3      4					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udvælgelse af informanter eller kilder er beskrevet.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	1144 kvinder blev kontaktet under kemoterapi/strålebehandling.
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en beskrivelse af informanterne.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>		X			Kun deres alder (29-76 år)
	X					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er begrundet hvorfor disse informanter skal deltage.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>		X			Ikke hvorfor lige præcis disse kvinder er inddraget, mere ift. kvindelige
	X					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konteksten (det sted og den sammenhæng forskningen foregår i) er beskrevet.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	brystkræftoverlever
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er beskrevet hvilket tilhørsforhold forskeren/forskerne har til konteksten samt til informanterne.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>	X				
X						
	I alt point: 13/5= 2.6 point					



<b>Konsistens</b>	Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1      2      3      4					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er beskrevet en logisk sammenhæng mellem data og de temaer, forskeren har udviklet.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	<p>Ja, der blev fundet tre temaer; psykologiske barrierer, fysiske barrierer og kontekstuelle og miljømæssige barrierer</p> <p>Ja, eftersom de er understøttet med citater fra informanterne de fleste af stederne.</p>
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en beskrivelse af analyseproces.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en klar fremstilling af fundene.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>			X		
		X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fundene er troværdige.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventuelle citater er resonable/understøttende for tolkningen.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er overensstemmelse mellem undersøgelsens fund og konklusioner.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	
			X			
I alt point: 23/6 = 3.8 point						

<b>Transparens</b>	Vurdering Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1      2      3      4					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forskeren har beskrevet sin baggrund og sine antagelser eller forforståelse.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>	X				<p>Forskernes forforståelser er ikke beskrevet.</p> <p>Der er ikke anvendt teori/teoretikere.</p> <p>Temaer og undertemaer udspring af data.</p>
X						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er henvist til en teori/teoretiker (man kan se hvem der har inspireret til analysen).</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>	X				
X						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en beskrivelse af, om temaer udspring af data eller om de var formuleret på forhånd.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	
			X			

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er beskrevet hvem der gennemførte undersøgelsen.</li> <li>• Der er beskrevet hvordan forskeren deltog i forskningsprocessen</li> <li>• Forskeren har beskrevet, om hans/hendes position har betydning for fundene.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Svagt beskrevet
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I alt point: 13/6 = 2.2 point					

**Kan du anbefale denne artikel?**

Anbefales (≥ 15)	<b>Anbefales (15.0)</b>
Anbefales med forbehold (≥ 10 < 15)	
Anbefales ikke (< 10)	

**Bilag 5.4: van Putten et al. (2016): “Correlates of physical activity among colorectal cancer survivors: results from the longitudinal population-based profiles registry.”**

**STROBE**

	<b>Item No</b>	<b>Recommendation</b>
<b>Title and abstract</b>	1	<p>(a) Der bliver anvendt ordet longitudinelt i titlen</p> <hr/> <p>(b) Abstractet er meget informativt både ift. formål, den anvendte metode i detaljer, de vigtigste resultater samt konklusionen.</p>
<b>Introduction</b>		
Background/rationale	2	<p>De forklarer at fysisk aktivitet er vigtigt for tarmkræft overlevende fordi det mindsker tilbagefald og følgesygdomme og har effektive fordele ift. helbredsrelateret livskvalitet, men at under 1/3 af dem færdiggør de guidelines de får ift. fysisk aktivitet.</p> <p>Desuden beskriver de at teorien Planned Behavior and Health Belief Model, kan identificer oplevede barrierer, ift. hvad kræftoverleverne vurderede var en barrierer for fysisk aktivitet.</p> <p>De opdeler barrierer i symptomrelaterede-, funktionsrelaterede- og psykologiske barrierer og vil undersøge hvilken gruppe der udgør de største barrierer for fysisk aktivitet for målgruppen.</p> <p>Derudover beskriver de der er behov for longitudinelle studier der undersøger hvordan interventioner kan udarbejdes ift. at øge fysisk aktivitet, ved at undersøge hvilke barrierer der er behov for at fokusere på.</p>
Objectives	3	<p>Undersøger sammenhængen mellem fysisk aktivitet, og barrierer herfor, hos tarmkræftoverlevende.</p> <p>Studiet fremstillede følgende hypoteser:</p> <p>At følgende faktorer er negativt associeret med fysisk aktivitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Træthed, dyspnø, stomi relaterede problemer, kvalme, søvnmangel, kemoterapi bivirkninger, smerte, appetit mangel, inkontinens, gastrointensinale problemer, afførings problemer, vægttab, finansielle problemer</li> </ul> <p>At følgende faktorer er negativt associeret med psykologiske barriere:</p>

- Depressive symptomer of angst

Følgende faktorer er negativt associeret med funktionsrelaterede barriere:

- Lav fysisk rolle, social, emotionel og kognitiv funktion, negativt fremtidsperspektiv, udseende og lav global livskvalitet.

<b>Methods</b>		
Study design	4	Et longitudinelt kohorte studie
Setting	5	<p>Spørgeskemaer blev udfyldt ved baseline i 2010. Derefter blev der lavet follow-up spørgeskemaer i 2011 og 2012.</p> <p>Studier er foretaget i den sydlige del af Amsterdam hvor registeret(ECR) indeholder 3323 tarm- og analkræftoverleverere som blev diagnosticeret mellem år 2000 og 2009.</p> <p>Rekrutteringsperioden varede fra dec. 2010 (T1) til 2011 (T2) og 2012 (T3). Data blev indhentet via registeret PROFILES og ECR.</p>
Participants	6	<p>(a) Inklusionskriteriet for deltagere var at de skulle være diagnosticeret med tarm- eller analkræft (stadie I-III) mellem år 2000 til 2009 og registreret i kræftregisteret.</p> <p>Desuden har de indhentet klinisk information af deltagerne ift. køn, fødselsdag, år siden diagnose, lokalisation af kræft, tumor stadie, og primær behandling.</p> <p>Deltagerne modtog et brev fra deres tidligere specialist med info om studiet.</p>
Variables	7	De justerer for confoundere men ikke effektmodifikatorer
Data sources/ measurement	8	<p>Til at vurderer respondenternes fysisk aktivitets niveau anvender de betegnelsen MVPA som står moderat til kræftig fysisk aktivitet vurderet ud fra tid (timer/ugentligt) &gt;3 MET. (gå, cycle, havearbejde og sport)</p> <p>I spørgeskemaet blev der blandt andet spurgt indtil relevante socio-deomografiske og kliniske faktorer f.eks. civil status, uddannelse, følgesygdomme inden for de sidste 12 mrd. (Selvadministreret spørgeskema SCQ) Angst og depression blev adspurgt via (Hospital angst og depression skala – HADS med en score fra 0-21 hvor &gt;8 indikere symptomer).</p> <p>EORTC - European Organization for Research and Treatment of</p>

Cancer blev anvendt til at vurdere livskvalitet.  
 EORTC -QLQ-CR38 +CR30: blev anvendt til at vurdere kræftspecifikke symptomer og funktioner. De blev vurderet på en skala fra 0-100, hvor en høj funktion score betyder godt funktionalitet. Og høj symptom score betyder symptomerne er en høj byrde.  
 FAS – en træthed vurderings skala blev anvendt hvor man kunne score fra 10-50 hvor en score >22 definere man er træt.

Bias	9	<p>De undersøger forskelle i socio-demografiske og kliniske karakteristika mellem respondenterne, non-respondenterne og dem med ukendelige adresser, samt mellem dem som deltog i et og dem der deltog i mere end et spørgeskema.</p> <p>Dette blev gjort for at vurdere om svarende var repræsentative. De anvendte Chi-square og ANOVA til dette.</p>
Study size	10	<p>De beskriver ikke helt udførligt hvordan de er kommet frem til deres studie population i metode afsnittet. De beskriver primært kun inklusionskriterierne.</p> <p>Det kan dog læses i tabellerne hvor mange respondenter der frafaldt.</p> <p>De henviser yderligere til et flowchart på en hjemmeside.</p>
Quantitative variables	11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socio-demografiske faktorer:           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Køn (mand vs. kvinde)</li> <li>○ Age (&lt;55 vs. ≥75 år) (55–74 vs. ≥75 år)</li> <li>○ Partner (ja vs. nej)</li> <li>○ Uddannelses niveau (lav vs. høj) (medium vs. høj) (medium vs. lav)</li> </ul> </li> <li>• Kliniske faktorer:           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (år siden diagnose)</li> <li>○ (kolon vs. rektum kræft)</li> <li>○ (Tumor stadie(II vs. I )(III vs. I ))</li> </ul> </li> <li>• Behandling:           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (operation + CT + RT vs. kun operation) (operation og RT vs. kun operation) (operation og CT vs. kun operation)</li> </ul> </li> <li>• Stomi: (ja vs. nej)</li> <li>• Komorbiditeter:           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ BMI (Normal vs. svært overvægtig) (Overvægtig vs. Svært overvægtig)</li> </ul> </li> <li>• Symptom-relaterede barriere:           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Træthed, smerte, kvalme, dyspnø, søvnmangel, appetit mangel, finansielle problemer, inkontinens, kemoterapi bivirkninger, gastrointestinale problemer, afførings problemer, stomi relaterede problemer, vægttab</li> </ul> </li> <li>• Funktions relaterede barriere:</li> </ul>

- Fysisk funktion, rolle funktion, social funktion, emotionel funktion, kognitiv funktion, global livskvalitet, udseende, fremtidsperspektiv
- Psykosociale barriere:
  - Angst, depressive symptomer

---

Statistical methods 12 (a)

Alle statistiske analyser blev udført i SAS version 9.3.

P værdier <0,01 blev anset som statistisk signifikant i dette studie.

#### Analyse 1:

##### 1. del af analysen: Analyser mellem variable

Først sammenligner de associationer mellem hver af de forskellige uafhængige variable og MVPA (over tid) ved at bruge en mixet lineær model med henblik på at justere for afhængighed af observationer.

MVPA blev først sat som afhængig variable op imod resultaterne fra 2010(T1) og 2011(T2) og derefter 2010(T1) og 2012 (T3) samt op imod mulige confoundere som uafhængige variable.

De tester confounder som uafhængige variable og har anvendt følgende: alder, køn, civil status, uddannelse, år efter diagnose, tumor stadie, antal af følgesygdomme, og BMI.

##### 2.del af analysen: Analyser mellem respondenterne (between-subject)

Analysere for hver variabel separat, for at se om det resulterede i en forskel i denne mellem de forskellige respondents MVPA. De analyserede desuden også hos respondenterne (within-subject) for hver variabel separat ved at se på om den uafhængige variabel ændrede MVPA hos den enkelte respondent over tid. Dette kunne derfor give et indblik i potentiel kausalitet.

##### 3.del: interaktion analyse

Undersøger interaktion mellem MVPA og stadie I, II og III kræft

#### Analyse 2:

De har også anvendt multiple lineær regression, da denne var mere relevant ift. en mixet lineære model, ift. at undersøge den fælles association mellem multiple uafhængige variable i grupper og MVPA ved T1.

(b) Lineær regression blev anvendt, Chi-square og ANOVA.

---

(c) De har angivet en svarprocent på 74% ved T1. Ved T2 var den 47% og ved T3 41%

---

(d) Det blev ikke beskrevet

---

(e) Det blev ikke gjort

---

## Results

Participants

13\*

(a) Antal mulige deltagere 3323 fra ECR (2000-2009)

T1: Alle respondenter (N=2451) Non-respondenter (N=566)  
patienter med ugenkendelige adresser ( N=306)

Ved follow-up til T2 (N=1547) og T3 (N=1375)

---

(b) Der gives ikke nogen konkret forklaring for hvert stadies frafald. Men nævnes blot at det overordnet var pga. de ikke svarede eller ikke havde problemer med at finde deres adresser.

---

(c) De har ikke et flowdiagram med i artiklen, hvilket mindsker overskueligheder af deres udvælgelsesprocess.

---

Descriptive data

14\*

(a) Mænd rapporterede i gennemsnit 1.90 time/ugentligt MVPA mere end kvinder.

Tarmkræftoverleverne > 75 år rapporterede 3,34 time/ugentligt MVPA mindre end dem i alderen 5-74 år.

Hvis tarmkræftoverleverne havde en partner rapporterede de 1,11 time/ugentligt MVPA mere end dem uden en partner.

De svært overvægtige rapporterede 2,38 timer/ugentligt MVPA mindre end de normalvægtige.

Der blev ikke fundet nogen association mellem at have stomi, uddannelses niveau, år siden diagnose, behandling, lokalisering af kræft, antal af følgesygdomme.

---

(b) Det blev kun oplyst hvor mange deltagere der er inddraget ift. følgende:

Socio-demografiske faktorer (N=2407)

Kliniske faktorer (N=2061)

Symptom-relateret barrier ( N=1680)

Funktion-relateret barrier (N=2340)

Psykosociale barrier (N=2345)

---

Outcome data	15	Se punkt 16
--------------	----	-------------

---

Main results	16	<p>(a) Statistisk signifikante estimater ift. MVPA blev fundet for</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Angst (B= -,029) og depressive symptomer (B= - 0,73) dvs. 1,8 point højere på skalaerne sammenlignet med en anden respondent var associeret med 0,29 eller 0,73 time/ugentlig MVPA mindre.</li><li>• Fysisk funktion( B=0,66) dvs. en 5 point højere score på skalaen sammenlignet med en anden respondent var associeret med 0,66 time/ugentligt MVPA mere. (sammenlignet mellem respondenterne)</li><li>• Rolle funktion, fremtidsperspektiv og global livskvalitet (B=0,38) (sammenlignet mellem respondenterne)</li><li>• MVPA niveauet var lavere blandt respondenter som var trætte ift. dem der ikke var trætte. (sammenlignet mellem respondenterne)</li><li>• Træthed (B=-0,79) dvs. at en 3,4 point højere score på skalaen sammenlignet med en anden respondent var associeret med 0,79 time/ugentligt MVPA mindre. (sammenlignet mellem respondenterne)</li><li>• Desuden blev der fundet signifikante resultater for kemoterapi bivirkninger, inkontinens problemer, appetit mangel, vægttab, smerte, dyspnø. (sammenlignet mellem respondenterne)</li></ul>
--------------	----	--

Gruppe associationer med MVPA:

- 2010: 10,6% af forskelle i MVPA kunne forklares via forskellige funktionsrelaterede barrierer
- Funktionsrelaterede barrierer kunne forklare de største variationer i MVPA
- Fysisk funktion kunne forklare den største variation i MVPA
- Forskelle i symptomrelaterede barrierer forklarede 3,8% af forskellene i MVPA, hvor af træthed, dyspnø og kemoterapi bivirkninger kunne forklare de største af variationerne

---

(b) De har mange variable med og analysere derfor også i grupper hvor variable er slået sammen under tre grupper, fordi de ikke kan være alle sammen i en lineær regressions analyse:  
funktionsrelaterede barrierer, symptomrelaterede barrierer, psykosociale barrierer, kliniske faktorer og socio-demografiske



faktorer.

---

(c) Ikke udført

---

Other analyses	17	Der bliver testet for interaktion mellem stadie I, II og III tarm- og analkræftoverlevende, som viste at der var en statistisk signifikant interaktion mellem kognitiv funktion og MVPA for stadie I (B=0,06), men ikke for stadie II eller III. (sammenlignet mellem respondenterne)
<hr/> <b>Discussion</b> <hr/>		
Key results	18	De opsummerer at flere af faktorer var negativt associeret med fysisk aktivitet over tid: <ul style="list-style-type: none"><li>• Symptomrelaterede barriere: træthed, dyspnø, kemoterapi bivirkninger, smerte, appetit mangel og vægttab.</li><li>• Psykosociale barriere: depressive symptomer og angst</li><li>• Funktionsrelaterede barriere: lav fysisk funktion eller rolle funktion, ugunstige fremtidsperspektiver, lav global livskvalitet</li><li>• Socio-demografiske faktorer: ( under 75 år, kvinder, single</li><li>• Kliniske faktorer: overvægtige/svært overvægtige</li><li>• Fælles associationer indikerede at flest forskelle i fysisk aktivitet skyldes forskelle i funktions aspektet og oplevede symptomer af kræft og behandling heraf.</li></ul>
Limitations	19	<ul style="list-style-type: none"><li>• De beskriver deres limits ift. forskellen mellem respondenter og non respondenter.</li><li>• Desuden beskriver de også det en limit at de anvendte selv-rapportering ift. at måle respondenternes MVPA. Dette kan have medført en overestimering af MVPA niveauet.</li><li>• De beskriver svarprocenten faldt under studiet, fordi respondenterne stoppede med at deltage eller døde. Dette fald kan have haft betydning for resultaterne ( Respondenter som kun deltog i et spørgeskema var mindre fysisk aktive ift. dem der deltog i to eller tre spørgeskemaer. Dette kan derfor have medført en overestimering af MVPA i 2011 og 2012.</li><li>• De beskriver også at der kan været opstået selektions bias fordi respondenterne er en mere homogen gruppe end mål populationen, som kan medføre underestimering af effekten af estimerterne.</li></ul>
Interpretation	20	De undersøger det de siger de vil – god intern validitet  De forholder sig kritisk til deres resultater hvoraf de fleste stemmer overens med andre studier, der har undersøgt lignende problemstilling – god ekstern validitet.

De er opmærksomme på deres limits og mulige bias.

---

Generalisability	21	Studiets resultater er repræsentative ift. tarm og analkræftoverlevende bosat i Amsterdam
		De beskriver dog at resultaternes generaliserbarhed mindskes fordi der er forskel mellem respondenter og non-respondenter.

---

**Other information**

---

Funding	22	The present research was supported by a VENI grant (#451- 10-041) from the Netherlands Organization for Scientific Research (The Hague, The Netherlands) awarded to Floortje Mols. Dr. N.P.M. Ezendam is supported by a grant from the Dutch Cancer Society, and Prof. Dr. L.V. van de Poll-Franse is supported by a Cancer Research Award from the Dutch Cancer Society (#UVT-2009-4349). These funding agencies had no further role in study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report and in the decision to submit the paper for publication.
---------	----	--

---

**Bilag 5.5: Galantino et al. (2012): "A Qualitative Exploration Of The Impact Of Yoga On Breast Cancer Survivors With Aromatase Inhibitor-associated Athralgias."**

**Vurdering Af Kvalitative Studier – VAKS**

**Guide til vurdering af pålidelighed og gyldighed af kvalitative artikler**

<u>Formelle krav</u>	Vurdering Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1    2    3    4					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baggrunden for undersøgelsen er beskrevet via eksisterende litteratur.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det fremgår hvorfor undersøgelsen er relevant.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>			X		
		X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er beskrevet hvordan informeret samtykke, frivillighed og anonymisering af data er overholdt (Helsinki deklARATIONEN).</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>	X				
X						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er beskrevet om der er relevante godkendelser (fx Datatilsyn, Etisk komité).</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forskerne har beskrevet hvordan undersøgelsen kan påvirke informanterne.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>		X			
	X					

<ul style="list-style-type: none"> <li>Forskeren har beskrevet hvad man vil gøre, hvis undersøgelsen påvirker deltagerne uhensigtsmæssigt.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">X</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> <p>I alt point: 16 /6=2,7 point</p>		X			<p>De har ikke direkte beskrevet om interventionen kan påvirke deltagerne uhensigtsmæssigt. Men de beskriver bl.a. at de anvender yoga specialister og fysioterapeuter for at sikre deltagerne udføre øvelserne korrekt ift. deres evner.</p>
	X					

<b>Troværdighed</b>	Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser																												
<ul style="list-style-type: none"> <li>Formålet er klart beskrevet.</li> <li>Metoden er beskrevet.</li> <li>Metoden er begrundet.</li> <li>Metoden er valgt i forhold til formålet.</li> <li>Der er en beskrivelse af hvordan data blev registreret (digitalt, video, notater, feltnoter osv.).</li> <li>Der er anvendt triangulering.</li> <li>Forskningsprocessen er beskrevet.</li> </ul>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">1</td> <td style="width: 25%;">2</td> <td style="width: 25%;">3</td> <td style="width: 25%;">4</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>De begrundet dog kun deres valg af metode ift. deres tidligere forskning omhandlende anvendelse af yoga blandt individer med knæartrose. Hvor de søgte viden i publiceret data og fra et panel af yoga eksperter og fysioterapeuter.</p> <p>Ja. Men de beskriver kun at de har udført kvantitative målinger, som de har fremlagt i et andet studie, som viste en forbedret livskvalitet, reduceret smerte og forbedret balance og fleksibilitet. De fremlægger de kvalitative</p>
1	2	3	4																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																											

	I alt point: 26/7= 3,7 point	oplevelser i dette studie.
--	------------------------------	----------------------------

<u>Overførbarhed</u>	Vurdering Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1    2    3    4					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udvælgelse af informanter eller kilder er beskrevet.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		X			<p>De beskriver meget sparsomt udvælgelsen af informanter ved at skrive de er hentet fra en brystkræft klinik i New Jersey samt hvor mange der er rekrutteret og fuldførte interventionen.</p>
	X					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en beskrivelse af informanterne.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		X			<p>De beskriver kun sparsomt informanterne ift. deres inklusionskriterier: kvinder, taler engelsk, er over 18 år, postmenstruelle mere end 1 år, har haft stadie 1-3 kræft, får hormonbehandling, har ledsmerter efter hormonbehandling som har mere en styrken 3 (skala fra 0-10)</p>
	X					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er begrundet hvorfor disse informanter skal deltage.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	X				<p>De begrundet ikke hvorfor de har de inklusions og eksklusions kriterier de har.</p>
X						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konteksten (det sted og den sammenhæng forskningen foregår i) er beskrevet.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		X			<p>De beskriver kun at yoga interventionen foregår i grupper og hjemme superviseret af specialister, og at det er et kommunalt tiltag. Men de beskriver ikke hvor henne præcist disse gruppe yoga klasser foregår.</p>
	X					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er beskrevet hvilket tilhørsforhold forskeren/forskerne har til konteksten samt til informanterne.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	X				<p>De beskriver heller ikke hvilket forhold de som forsker har til netop denne kontekst og informanterne.</p>
X						
	I alt point: 8/5= 1.6 point					

<b>Konsistens</b>	Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser																								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er beskrevet en logisk sammenhæng mellem data og de temaer, forskeren har udviklet.</li> <li>• Der er en beskrivelse af analyseproces.</li> <li>• Der er en klar fremstilling af fundene.</li> <li>• Fundene er troværdige.</li> <li>• Eventuelle citater er resonable/understøttende for tolkningen.</li> <li>• Der er overensstemmelse mellem undersøgelsens fund og konklusioner.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">1    2    3    4</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 25px;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td style="height: 25px;"></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td style="height: 25px;"></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 25px;"></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 25px;"></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 25px;"></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> </table> <p>I alt point: 21/6= 3.5 point</p>				X				X			X				X				X					X	<p>Resultaterne opsummeres med forskernes fortolkning og efterfølges af citater bagefter. Det ville være mere understøttende hvis de kom inde i opsummeringen, som en argument i forlængelse hertil.</p>
			X																							
			X																							
		X																								
		X																								
		X																								
			X																							

<b>Transparens</b>	Vurdering Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1      2      3      4					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Forskeren har beskrevet sin baggrund og sine antagelser eller forforståelse.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">x</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>		x			De beskriver ikke deres forforståelser.
	x					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er henvist til en teori/teoretiker (man kan se hvem der har inspireret til analysen).</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">X</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>			X		De henviser kun til de har brugt social kognitiv teori ift. opbygning af interventionen.
		X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er en beskrivelse af, om temaer udsprang af data eller om de var formuleret på forhånd.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">X</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>			X		Forskerne opstillede koder som under kodning kunne udvides/ændres efter teksten fra journalerne. Men de beskriver ikke om de har anvendt teori/studier til dette.
		X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Det er beskrevet hvem der gennemførte undersøgelsen.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">x</td> </tr> </table>				x	
			x			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Det er beskrevet hvordan forskeren deltog i forskningsprocessen</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">X</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>			X		De beskriver ikke alle processerne, ift. hvordan de deltog.
		X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Forskeren har beskrevet, om hans/hendes position har betydning for fundene.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">x</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	x				
x						
	I alt point: 16/6= 2.7 point					

**Kan du anbefale denne artikel?**

Anbefales (≥ 15)
Anbefales med forbehold (≥ 10 < 15) <b>Anbefales med forbehold (14,2)</b>
Anbefales ikke (< 10)

**Bilag 5.6: Courneya et al. (2004): "Exercise issues in older cancer survivors"**

<b>Titel</b>	<i>Exercise issues in older cancer survivors</i>
<b>Årstal</b>	2004
<b>Forfattere</b>	Courneya et al.
<b>Land</b>	Canada
<b>Formål</b>	Formålet med dette studie er at undersøge fysisk aktivitets rolle ift. at formidle effekten kræft og behandling har hos ældre kræftoverlevende.
<b>Målgruppe</b>	Ældre kræftoverlevende
<b>Studiedesign</b>	Review
<b>Metode</b>	Ikke beskrevet. De har ikke beskrevet hvordan de har fundet frem til de studier de anvender.
<b>Resultater</b>	<p>Følgende resultater blev fundet:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Definerer ældre som 65+ år.</li><li>• Fysisk aktivitet har effektive fordele blandt kræftoverlevende i relation til:<ul style="list-style-type: none"><li>○ funktionel kapacitet</li><li>○ muskelstyrke</li><li>○ kropsvægt og holdning</li><li>○ fleksibilitet</li><li>○ træthed</li><li>○ kvalme</li><li>○ diare</li><li>○ smerte</li><li>○ fysisk helbred</li><li>○ funktionelt helbred</li><li>○ depression</li></ul></li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ angst</li> <li>○ styrke</li> <li>○ vrede</li> <li>○ humør</li> <li>○ selvtillid</li> <li>○ tilfredshed med livet</li> <li>○ livskvalitet</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CAN-HOPE RCT et hjemmebaseret træningsprogram. Den viste at træningsprogrammet medførte at deltagerne fik det bedre, var mindre trætte, og tabte sig.</li> <li>• REHAB RCT undersøger effekterne af superviseret træning træningsprogram som viste at gruppen der trænede øgede deres maksimale ilt optagelse mest.</li> <li>• Bryst- og tarmkræftoverleveres fysiske niveau kan mindskes signifikant under behandling og kommer ikke tilbage på samme niveau efter behandlingen.</li> <li>• dobbelt så mange kræftoverleverer oplever et nedsat fysisk niveau (30%) ift. øget fysisk niveau (15%) efter diagnosen.</li> <li>• Et RCT viste at et modstandstrænings program blandt prostata kræftoverleverer, havde en deltagelsesprocent på 82% for mænd &lt;65år, 83% for mænd mellem 65 og 74 år, og kun 65% for mænd &gt;75 år.</li> <li>• 25% af amerikanske mænd i alderen 65-74 år rapporterer de er fysisk aktive mod 41% af dem i alderen 18-24. Dette medfører at træning og deltagelse vil blive et problem for ældre kræftoverleverer.</li> <li>• Kræftoverleverer oplever ofte disse barrierer : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ træthed</li> <li>○ kvalme</li> <li>○ diarré</li> <li>○ mangel på tid</li> <li>○ arbejdsansvar</li> </ul> </li> </ul>
--	---

- mangel på støtte
- smerte/ømhed
- mangel på vejledning
- Kræftoverlevende oplever at fysisk aktivitet hjælper dem til at:
  - fokusere på andre ting end kræft og behandling
  - opretholde et normalt liv
  - komme sig efter operation og behandling
  - få kontrol over deres liv
  - få det bedre
  - cope med stress
- Et RCT viste at klinikere kan spille en lille men vigtig rolle ift. at opmuntre kræftoverlevende til at være fysisk aktive. (selvrapporteret motion)
- Ældre kan motiveres til at være fysisk aktive :
  - deres eget niveau
  - social kognitive variable
  - trænings historik
  - fysiske kondition
  - demografi
- Ældre oplever barriere for fysisk aktivitet:
  - frygt for at falde
  - frygt for helbreds komplikationer
  - dårligt helbred
  - træthed
  - mangel på adgang til faciliteter
  - udgifter forbundet med træning
  - mangel på træningspartnere
  - dårlig selvdisciplin
  - mangel på tid
- Ældre med højt self-efficacy er mere motiveret for at blive i et motionsprogram.
- Ældre kan have blevet overtalt til ikke at motionere og

er af den overbevisning at motion ikke er sikkert for ældre.

- Ældre er måske ikke opmærksomme på vigtigheden af regulær motion ifm. helbredet.
- Ældre med lav uddannelse er har større tendens til at være inaktive ift. de højt uddannede
- Ældre kvinder er mere motiveret for at træne.

Retningslinjer:

- der er ingen publiceret motions retningslinjer for kun ældre kræftoverlevende
- De anvender guidelines for brystkræftoverlevende fordi der er mest forskning inden for dette område
- De mener godt at man kan anvende guidelines for ældre generelt til også ældre kræftoverlevende særligt hvis de har afsluttet behandlingen.
- De siger at retningslinjerne til yngre minder om dem for de ældre/middelalderne.
- Retningslinjer skal indeholde tre vigtige komponenter: kardiovaskulær træning, modstandstræning og fleksibilitet.
- Ældre skal ifølge ACSM træne min 30 min moderat intensitet, hverdag eller flest muligt.
- Ældre opfordres til at lave skånsom træning fx at gå, modstandstræning og fleksibilitetstræning.
- Lav starts intensitet og progression ift. den enkeltes præferencer og evner.
- Varigheden er vigtigere end intensiteten at øge.
- Øge antallet af gentagelser frem for modstanden
- Modstandstræning to gange om ugen med min. 48 timer imellem sessionerne (20-30 min).
- Flexibilitetstræning (langsomme udstræk i min 10-30 sek. og min 4 gentagelser af hver øvelse 2-3 gange

	<p>ugentligt evt. som op/nedkøling til andet træning).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Balance træning af ankler, hofte, knæ anbefales især til ældre.</li> </ul>
<b>Konklusion</b>	<p>De konkludere at en kombineret effekt af alder, sygdomme, og behandling medfører at de ældre kræftoverlevende er i særlig stor risiko for at udvikle følgesygdomme. Derudover konkluderer de at motion må spille en vigtig rolle ift. at forbedre senfølgerne blandt ældre kræftoverlevende, men at der mangler forskning på området.</p>
<b>Studiets relevans for specialet</b>	<p>OBS! De har resultater fra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ældre generelt</li> <li>• ældre og kræft</li> <li>• fysisk aktivitet generelt</li> <li>• fysisk aktivitet og ældre</li> <li>• kræftoverlevende generelt</li> <li>• kræftoverlevende og fysisk aktivitet</li> </ul> <p>Studiet kan anvendes til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barrierer/motiver for at udøve fysisk aktivitet for kræftoverlevende.</li> <li>• Udfordring ift. at motivere ældre til at udøve fysisk aktivitet.</li> <li>• Guidelines til træning for ældre kræftoverlevende</li> </ul>
<b>Vurdering af studiet</b>	<p>De beskriver ikke hvordan de har udført litteratursøgningen ift. at finde frem til de studier de har inddraget og de har ikke vurderet kvaliteten af de studier de anvender, hvilket svækker validiteten.</p> <p>De beskriver selv at mangel på forskning omkring motion blandt ældre kræftoverlevende har nødsaget dem til at kigge på litteratur omhandlende motion blandt ældre generelt og kræftoverlevende generelt. Der skal derfor tages forbehold for dette når deres fund anvendes.</p>

**Bilag 5.7: Beidas et al. (2014): "A Hybrid Effectiveness-Implementation Trial of an Evidence- Based Exercise Intervention for Breast Cancer Survivors."**

**Kommentar:** Studiet er et mixed methods studie hvorfor det er valgt, at udarbejde en vurdering af den kvantitativ og kvalitative del af studiet separat. Den kvalitative del blev vurderet vha VAKS-tjeklisten, og studiets kvantitative del blev vurderet vha. STROBE, da denne del af studiet var en kohortestudie.

**Vurdering Af Kvalitative Studier – VAKS**

**Guide til vurdering af pålidelighed og gyldighed af kvalitative artikler**

<u>Formelle krav</u>	Vurdering Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1      2      3      4					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baggrunden for undersøgelsen er beskrevet via eksisterende litteratur.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	<p>Der eksisterer behov blandt brystkræftoverlevende i form af afhjælpning af senfølger. Fysisk aktivitet har vist sig effektivt i denne forbindelse, men er et lavt aktivitetsniveau blandt den ældre gruppe af brystkræftoverlevende. Således eksisterer der et behov for viden omkring hvordan evidensbaseret viden af interventioner til denne målgruppe omsættes til praktisk anvendelse på kommunalt plan.</p>
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det fremgår hvorfor undersøgelsen er relevant.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>			X		<p>Formålet med studiet er at ændre interventionen (som før blev kaldt PAL og nu hedder SABC) så gennemførligheden øges og omkostningerne reduceres, uden at sikkerheden og effektiviteten af interventionen påvirkes.</p>
		X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er beskrevet hvordan informeret samtykke, frivillighed og anonymisering af data er overholdt (Helsinki deklARATIONEN).</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	
			X			

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er beskrevet om der er relevante godkendelser (fx Datatilsyn, Etisk komité).</li> <li>• Forskerne har beskrevet hvordan undersøgelsen kan påvirke informanterne.</li> <li>• Forskeren har beskrevet hvad man vil gøre, hvis undersøgelsen påvirker deltagerne uhensigtsmæssigt.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>				X	<p>Studiet er godkendt af University of Pennsylvania Institutional Review Board</p> <p>Dette er ikke angivet.</p>
				X		
	<table border="1"> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	X				
X						
<table border="1"> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>I alt point: 17/6 = 2.8 point</p>	X					
X						

<u>Troværdighed</u>	Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1    2    3    4					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formålet er klart beskrevet.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>				X	<p>Formålet med den kvalitative del af studiet er, at undersøge hvilke barriere de sundhedsprofessionelle oplever ift. implementering af interventionen.</p>
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metoden er beskrevet.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </table>			X		<p>Semistrukturerede interviews (i grupper og individuelt )og direkte observation (17 stk). Det er ikke beskrevet hvor mange interviews der er foretaget.</p>
		X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metoden er begrundet.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </table>			X		<p>Det er relevant at forholde sig til hvordan de sundhedsprofessionelle håndterer interventionen i praksis.</p>
		X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metoden er valgt i forhold til formålet.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>				X	
			X			

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en beskrivelse af hvordan data blev registreret (digitalt, video, notater, feltnoter osv.).</li> <li>• Der er anvendt triangulering.</li> <li>• Forskningsprocessen er beskrevet.</li> </ul>	<table border="1" data-bbox="799 293 1142 360"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="799 495 1142 562"> <tr> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="799 891 1142 958"> <tr> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </table> <p data-bbox="794 1025 1075 1059">I alt point: 24/7= 3.4 point</p>				X			X				X		<p data-bbox="1169 338 1442 421">Interviewene blev optaget og transskriberet ordret. Der er skrevet feltnoter.</p> <p data-bbox="1169 562 1442 902">Studiet er et mixed methods studie, hvorfor der er anvendt både kvalitativ og kvantitativ metode. Dog er det to forskellige aspekter af interventionen der undersøges. Den kvalitative undersøger effektivitet og sikkerhed, hvor den kvalitative foretager en undersøgelse af barriere for implementering.</p> <p data-bbox="1169 931 1442 1014">Antallet af interviews, samt hvordan disse er foregået er ikke beskrevet udførligt.</p>
			X											
		X												
		X												

<b>Overførbarhed</b>	Vurdering Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1    2    3    4					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udvalgelse af informanter eller kilder er beskrevet.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">X</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	X				<p>Klinikere (læger, sygeplejersker) som arbejdede indenfor onkologien, som henviste deltagere til interventionen. og fysioterapeuter, som leverede interventionen.</p>
X						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en beskrivelse af informanterne.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">X</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>		X			<p>19 informanter (7 læger, 10 fysioterapeuter og 2 sygeplejersker). Udover deres erhverv gives der ikke yderligere beskrivelse af informanterne.</p>
	X					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er begrundet hvorfor disse informanter skal deltage.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">X</td> </tr> </table>				X	<p>Det beskrives ikke hvor forskningen foretages.</p>
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konteksten (det sted og den sammenhæng forskningen foregår i) er beskrevet.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">X</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	X				<p>Der reflekteres ikke over dette forhold.</p>
X						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er beskrevet hvilket tilhørsforhold forskeren/forskerne har til konteksten samt til informanterne.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">X</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> <p>I alt point: 9/5= 1.8 point</p>	X				
X						



<b>Konsistens</b>	Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser								
	1    2    3    4									
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er beskrevet en logisk sammenhæng mellem data og de temaer, forskeren har udviklet.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 35px;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>								X	<p>Forskerne anvendte et sæt af på forhånd opsatte koder, som udsprang fra det oprindelige forskningsspørgsmål. Samtidig gjorde de plads til at koder kunne udspringe fra empirien.</p>
			X							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er en beskrivelse af analyseproces.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 30px;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </table>							X		<p>To forskere foretog kodningen i fællesskab ved brug af programmet NVivo 10.0. Der er anvendt en grounded theory inspireret kodning, hvor der er gjort brug af den konstante komparative-metode. Det fremgår ikke tydeligt hvordan data fra hhv. observation og interview er integreret i analysen.</p>
		X								
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er en klar fremstilling af fundene.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 30px;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						X			<p>Citater fra informanterne er opstillet i en tabel, og er ikke en integreret del af resultatafsnittet. Resultaterne fremstilles som en opsummering i stedet.</p>
	X									
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fundene er troværdige.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 30px;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						X			<p>Det mindsker troværdigheden, at citaterne ikke er integreret i resultatafsnittet, da det således ikke er muligt at se hvilke citater der understøtter hvilke resultater.</p>
	X									
<ul style="list-style-type: none"> <li>Eventuelle citater er resonable/understøttende for tolkningen.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 30px;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </table>							X		<p>Når citaterne læses i tabellen virker de understøttende for resultaterne. Dog mindskes dette af at de ikke er integreret i resultatafsnittet.</p>
		X								
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er overensstemmelse mellem undersøgelsens fund og konklusioner.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 30px;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>								X	
			X							
I alt point: 18/6= 3 point										

<u>Transparens</u>	Vurdering Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1      2      3      4					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Forskeren har beskrevet sin baggrund og sine antagelser eller forforståelse.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">x</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	x				<p>Der analyseres ud fra grounded theory tilgang.</p> <p>Forskerne anvendte et sæt af på forhånd opsatte koder, som udsprang fra det oprindelige forskningsspørgsmål. Samtidig gjorde de plads til at koder kunne udspringe fra empirien.</p>
x						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er henvist til en teori/teoretiker (man kan se hvem der har inspireret til analysen).</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">x</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>			x		
		x				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er en beskrivelse af, om temaer udsprang af data eller om de var formuleret på forhånd.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">x</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>		x			
	x					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Det er beskrevet hvem der gennemførte undersøgelsen.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">x</td> </tr> </table>				x	
			x			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er beskrevet hvordan forskeren deltog i forskningsprocessen</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">x</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>			x		
		x				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Forskeren har beskrevet, om hans/hendes position har betydning for fundene.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">x</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> <p>I alt point: 14/6= 2.3 point</p>	x				
x						

## Kan du anbefale denne artikel?

Anbefales (≥ 15)	
Anbefales med forbehold (≥ 10 < 15)	<b>Anbefales med forbehold (13.3)</b>
Anbefales ikke (< 10)	

## STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cohort studies*

	Item No	Recommendation
<b>Title and abstract</b>	1	<p>(a) “A Hybrid Effectiveness-Implementation Trial of an Evidence- Based Exercise Intervention for Breast Cancer Survivors” af Beidas et al. (2014) Studiet er et mixed methods studie, hvor der er foretaget en kvalitativ af barrierer ift. implementering samt en kvantitativ effektvurdering i form af et kohortestudie. Denne tjekliste vil blive anvendt til at vurdere den metodologiske kvalitet af den kvantitative del af studiet ( kohortestudiet).</p> <hr/> <p>(b) Abstract kopieret fra artikel:</p> <p><b>Background</b> The primary aims of this hybrid Type 1 effectiveness-implementation trial were to quantitatively assess whether an evidence-based exercise intervention for breast cancer survivors, Strength After Breast Cancer, was safe and effective in a new setting and to qualitatively assess barriers to implementation.</p> <p><b>Methods</b> A cohort of 84 survivors completed measurements related to limb volume, muscle strength, and body image at baseline, 67 survivors completed measurements 12 months later. Qualitative methods were used to understand barriers to implementation experienced by referring oncology clinicians and physical therapists who delivered the program.</p> <p><b>Results</b> Similar to the efficacy trial, the revised intervention demonstrated safety with regard to lymphedema, and led to improvements in lymphedema symptoms, muscular strength, and body image. Comparison of effects in the effectiveness trial to effects in the efficacy trial revealed larger strength increases in the efficacy trial than in the effectiveness trial (<math>P &lt; .04</math>), but few other differences were found. Qualitative implementation data suggested significant barriers around intervention characteristics, payment, eligibility criteria, the referral process, the need for champions (ie, advocates), and the need to adapt during implementation of the intervention, which should be considered in future dissemination and implementation efforts.</p>

**Conclusions** This trial successfully demonstrated that a physical therapy led strength training program for breast cancer survivors can be implemented in a community setting while retaining the effectiveness and safety of the clinical trial. However, during the translation process, strategies to reduce barriers to implementation are required. This new program can inform larger scale dissemination and implementation efforts.

<b>Introduction</b>		
Background/rationale	2	Der eksisterer behov blandt brystkræftoverlevende i form af afhjælpning af senfølger. Fysisk aktivitet har vist sig effektivt i denne forbindelse, men er et lavt aktivitetsniveau blandt den ældre gruppe af brystkræftoverlevende. Således eksisterer der et behov for viden omkring hvordan evidensbaseret viden omkring interventioner til denne målgruppe omsættes til praktisk anvendelse på kommunalt plan.
Objectives	3	Den kvantitative del af studiet havde til formål at vurdere effektiviteten samt sikkerheden af den evidensbaserede intervention Safety After Breast Cancer (SABC). SABC er en videreudvikling af en intervention ved navn PAL. PAL er blev ændret på nogle punkter (antal træninger, navneskift), og går nu under navnet SABC. Formålet med studiet er at ændre interventionen så gennemførligheden øges og omkostningerne reduceres, uden at sikkerheden og effektiviteten af interventionen påvirkes.
<b>Methods</b>		
Study design	4	Kohortestudie.
Setting	5	Der blev foretaget baselinemålinger, samt follow-up efter 12 måneder.  Studiet er foretaget i Pennsylvania, USA.  Interventionen forløb fra september 2011-december 2011.  Interventionen bestod af fire gruppetræninger, samt to gange ugentlige hjemmetræninger. Det fremgår ikke tydeligt over hvor lang en periode interventionen forløber.
Participants	6	(a) Inklusionskriterier: Brystkræftoverlevende, færdigbehandlet (bortset fra efterbehandling). Deltagerne blev rekruttering via følgende metoder: Henvisning fra onkologisk afdelinger på sygehuset, via det nationale cancerinstitut, og via selvselektion.  (b) Ikke relevant.
Variables	7	<b>BaggrundsvARIABLE:</b>  -Demografi: (alder, køn, uddannelsesniveau, etnicitet, profession)  - BMI  - Kræft-karakteristika (mdr. siden diagnose, stadie, antal lymfeknuder fjernet, behandlingsform, efterbehandling, armvolumen)

**Outcomes:**

- Lymfødeme symptomer ("antal symptomer", "sværhedsgrad af symptomer" og "armvolumen")
- Lymfødeme sikkerhed ("nyopstået lymfødeme", "opblusning af lymfødemesymptomer")
- Muskelstyrke ("bænkpres" og "benpres")
- Bodyimage og forhold ("styrke og helbred", "sociale barrierer", "udseende og seksualitet")

Data sources/ measurement	8*	<p>- De demografiske data blev indhentet via selvrapporing.</p> <p>- Oplysninger om kræftstadiet, modtaget behandling osv. blev indhentet fra elektroniske journaler.</p> <p>Outcome:</p> <p>- Fysisk aktivitet udover vægtløftning blev målt via College Alumnus Survey.</p> <p>- Perometri blev brugt til at måle armvolumen vha. The Optoelectronic Perometer (Juzo USA, Cuyahoga Falls, OH).</p> <p>- til vurdering af om lymfødeme opstod eller blussede op samt lymfødemesymptomer blev vurderingsskemaet the Common Toxicity Criteria Adverse Events version 3.0 anvendt.</p> <p>- muskelstyrke blev målt ved max. Antal Kilo en deltageren var i stand til at løfte én gang.</p>
Bias	9	Dette er ikke beskrevet.
Study size	10	506 kvinder blev henvist til SABC-programmet, hvoraf 117 valgte at deltage i SABC. Disse kvinder gennemførte programmet, men 33 kvinder valgte ikke at få foretaget baselinemålingerne. Således endte n = 84 deltagere. Der blev foretaget outcomemålinger for 67 deltagere ved 12 mdr. (80 % opfølgning). Således var der 17 deltagere som var lost to follow-up.
Quantitative variables	11	<p><b>Demografiske:</b></p> <p>- Uddannelsesniveau blev opdelt i: high school/GED, noget college, hele college eller mere.</p> <p>- Race blev opdelt i: hvide, sorte, andre.</p> <p>- Profession blev opdelt i professionel/tekniker, kontorarbejde/salg, chef/afministrator, hjemmegående/studerende/ledig, andet/ukendt, pensioneret.</p> <p>- Stadiet: Duktalt carcinom in situ, 1, 2, 3/4, ukendt.</p>

- Efterbehandling blev opdelt i tamoxifen, aromatase inhibitorer.

**Outcome variable:**

- er alle angivet i numeriske variable.

- lymfødemsymptomer: deltagerne kunne vælge mellem 14 forskellige, og skulle angive hvor mange af dem de oplevede. Denne værdi blev så anvendt.

---

Statistical methods	12	(a) Der er anvendt parret t-test til at sammenligne baselinedata med follow-up målingerne. Der er foretaget sammenligning mellem outcomes fra PAL-interventionen og SABC, hvor der blev anvendt regressionsanalyser til at kvantificere forskellen, med justering for baselinedata. Der blev anvendt et signifikansniveau: $p < .05$ . Analyserne blev udført i Stata 12.0
		(b) Ikke udført.
		(c) Ikke beskrevet I artiklen.
		(d) loss to follow-up= 17 deltagere. 9 gennemførte ikke programmet. 7 var lost to follow-up, og blev syg og kunne ikke deltage mere.
		(e) Ikke beskrevet i artiklen.

---

**Results**

---

Participants	13*	(a) Antal deltagere I SABC er beskrevet under punkt 10. I PAL-studiet indgik 131 deltagere.
		(b) se punkt 12 (d).
		(c) -

---

---

Descriptive data	14*	(a)  Gennemsnitsalder = 55.1 (10.5)  Uddannelsesnivea = : high school/GED (5%), noget college (19%), hele college eller mere(76 %).  Race: hvide (83%), sorte(12%), andre(6%).  - Profession: professionel/tekniker (55%), kontorarbejde/salg (12%), chef/administrator (6%), hjemmegående/studerende/ledig (13%), andet/ukendt (6%), pensioneret (8%).  - Stadie: Duktalt carinom in situ (7%) blev opdelt i 1(29%), 2(36%), 3/4 (23%), ukendt (6%).  - Efterbehandling: tamoxifen (29 %), aromatase inhibitorer (32 %).
		(b) Missing er ikke angivet.
		(c) 12 mdr.

---

Outcome data	15*	Se punkt 16.
Main results	16	<p><b>(a) Baseline SABC:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lymfødeme symptomer</li> <li>- "antal symptomer" = 2.6 +-2.6</li> <li>- "sværhedsgrad af symptomer" = 1.6+-0.5</li> <li>- "armvolumen" = 0.68 +-5.87</li> <li>- Lymfødeme sikkerhed</li> <li>- "nyopstået lymfødeme" = 0</li> <li>- "opblusning af lymfødemesymptomer" = 0</li> <li>- Muskelstyrke</li> <li>- "bænkpres" = 45+-11</li> <li>- "benpres" = 190 +-58</li> <li>- Bodyimage og forhold</li> <li>- "styrke og helbred" = 34.2 +-9.2</li> <li>- "sociale barriere" = 19.8 +-7.0</li> <li>- "udseende og seksualitet" = 30.8+-6.7</li> <li>- total score = 58.8+-19.9</li> </ul> <p><b>12 mdr follow up SABC (hvis signifikant forskel fra baseline er dette angivet med *):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lymfødeme symptomer</li> <li>- "antal symptomer" =1.7+-2.1*</li> <li>- "sværhedsgrad af symptomer" = 1.4+0.5</li> <li>- "armvolumen" = 0.66+-5.07</li> <li>- Lymfødeme sikkerhed</li> <li>- "nyopstået lymfødeme" = 0</li> <li>- "opblusning af lymfødemesymptomer" = 0</li> <li>- Muskelstyrke</li> </ul>

- 
- "bænkpres" = 51+-13\*
  - "benpres" = 208+-54\*
  - Bodyimage og forhold
    - "styrke og helbred" = 28.7+-9.3\*
    - "sociale barriere" = 17.0+-6.3\*
    - "udseende og seksualitet" = 27.7+-7.2\*
  - total = 74.0+-20.3\*

**PAL baseline:**

- Lymfødem symptomer
  - "antal symptomer" = 3.3+-3.2
  - "sværhedsgrad af symptomer" = 2.0+-0.7
  - "armvolumen" = 7.22+-12.40
- Lymfødem sikkerhed
  - "nyopstået lymfødem" = 0
  - "opblusning af lymfødemsymptomer" = 0
- Muskelstyrke
  - "bænkpres" = 42+-14
  - "benpres" = 174+-55
- Bodyimage og forhold
  - "styrke og helbred" = 33.8+-9.3
  - "sociale barriere" = 16.6+-6.5
  - "udseende og seksualitet" = 30.0+-8.0
- total = 81.2+-20.2

**12 mdr follow up PAL (hvis signifikant forskel fra baseline er dette angivet med \*):**

- Lymfødem symptomer
-



- "antal symptomer" = 2.2+-2.6\*
- "sværhedsgrad af symptomer" = 1.6+-0.7\*
- "armvolumen" = 6.84+-11.66
- Lymfødem sikkerhed
- "nyopstået lymfødem" = 0
- "opblusning af lymfødemsymptomer" = 0
- Muskelstyrke
- "bænkpres" = 53+-15\*
- "benpres" = 222+-59\*
- Bodyimage og forhold
- "styrke og helbred" = 28.0+-8.8\*
- "sociale barrierer" = 14.8+-5.5\*
- "udseende og seksualitet" = 27.0+-7.7\*
- total = 70.0+-19.1 \*

---

(b) ikke anvendt.

---

(c) -

Other analyses	17	Ikke foretaget.
<b>Discussion</b>		
Key results	18	De to interventioner havde således lige god effekt i alle outcomemål, på nær muskelstyrke, hvor PAL viste bedre resultater i både ben – og bænkpres.  Der var lavere deltagelsesprocent i SABC ift. PAL.
Limitations	19	Selvseleksion kan have bevirket at deltager med flest ressourcer, og størst incitement til forandring har deltaget. Herved kan de svagere brystkræftoverleverere være underrepræsenteret. Det er ikke beskrevet hvordan loss to follow-up er håndteret kvantitativt.
Interpretation	20	Den interne validitet er sikret, i og med at de måler på en mængde outcomemål der siger noget om effektiviteten og sikkerheden af interventionen. Hvilket også var formålet med studiet.
Generalisability	21	I studiet beskrives det, at lægerne primært har henvist brystkræftoverleverere der oplevede lymfødem, selvom dette ikke var et kriterie for deltagelse. Herved kan resultaterne generaliseres ud til ældre brystkræftoverleverere, der oplever

lymfødem. Interventionen krævede brugerbetaling hvilket begrænser den eksterne validitet ift. andre brystkræftoverlevere der er i stand til at betale herfor.

---

**Other information**

---

Funding	22	National Institute of Health , the University of Pennsylvania Clinical & Translational Research Center; National Center for Advancing Translational Science; Implementation Research Institute (IRI);National Institute of Mental Health ;Quality Enhancement Research Initiative (QUERI).
---------	----	--

---

**Bilag 5.8: Craike et al. (2011): "An exploratory study of the factors that influence physical activity for prostate cancer survivors."**

**Vurdering Af Kvalitative Studier – VAKS**

**Guide til vurdering af pålidelighed og gyldighed af kvalitative artikler**

<u>Formelle krav</u>	Vurdering Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1    2    3    4					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baggrunden for undersøgelsen er beskrevet via eksisterende litteratur.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det fremgår hvorfor undersøgelsen er relevant.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	Der er et behov for undersøgelse af hvorfor
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er beskrevet hvordan informeret samtykke, frivillighed og anonymisering af data er overholdt (Helsinki deklARATIONEN).</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>			X		prostatakræftoverlevende vælger/fravælger at udøve fysisk aktivitet, da denne målgruppe i særlig grad er inaktive. Inaktiviteten kan medføre komorbiditeter, såsom hjertekarsygdomme. Fysisk aktivitet kan afhjælpe senfølger, reducere komorbiditeter og øge livskvaliteten.  Helsinki-deklARATIONEN er ikke nævnt. Men der er indhentet godkendelse fra det universitet forskningen foretages ved. Der er desuden indhentet informeret samtykke og informanterne er blevet anonymiseret.
		X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er beskrevet om der er relevante godkendelser (fx Datatilsyn, Etisk komité).</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forskerne har beskrevet hvordan undersøgelsen kan påvirke informanterne.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>	X				Forskeren har ikke beskrevet hvorledes informanterne kan blive påvirket af forskningen.
X						

<ul style="list-style-type: none"> <li>Forskeren har beskrevet hvad man vil gøre, hvis undersøgelsen påvirker deltagerne uhensigtsmæssigt.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">X</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> <p>I alt point: 17 /6 = 2.8 point</p>	X				
X						

<b>Troværdighed</b>	Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser								
<ul style="list-style-type: none"> <li>Formålet er klart beskrevet.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">1</td> <td style="width: 25%;">2</td> <td style="width: 25%;">3</td> <td style="width: 25%;">4</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>	1	2	3	4				X	<p>1. At opnå en dybdegående forståelse af de faktorer der influerer på deltagelse i fysisk aktivitet. 2. at undersøge ændringer i deltagelse før diagnose og til efter diagnose.</p>
1	2	3	4							
			X							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Metoden er beskrevet.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>				X	<p>Der blev foretaget individuelle semistrukturerede interviews.</p>				
			X							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Metoden er begrundet.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </table>			X		<p>Da det ønskes at skabe dybdegående beskrivelser af informanterens subjektive oplevelse af motivation og barriere er individuel interviews en valgt metode, da dette giver mulighed for dette.</p>				
		X								
<ul style="list-style-type: none"> <li>Metoden er valgt i forhold til formålet.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>				X	<p>Interviewet blev optaget med en lydoptager.</p>				
			X							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er en beskrivelse af hvordan data blev registreret (digitalt, video, notater, feltnoter osv.).</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>				X	<p>Der er anvendt triangulering i diskussionen, hvor resultaterne fra studiet diskuteres ift. eksisterende forskning på området (af både kvalitativ og kvantitativ karakter)</p>				
			X							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er anvendt triangulering.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </table>			X						
		X								
<ul style="list-style-type: none"> <li>Forskningsprocessen er beskrevet.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>				X					
			X							

	I alt point: 26/7= 3,7 point	
--	------------------------------	--

<u>Overførbarhed</u>	Vurdering Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1    2    3    4					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udvælgelse af informanter eller kilder er beskrevet.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>				X	<p>Informanterne blev samlet fra 3 sygehuse i Melbourne gennem bl.a. follow-up konsultationer ved urologer.</p>
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en beskrivelse af informanterne.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>				X	<p>Der er anvendt formålsrettet sampling. Inklusion af informanter var prostatakræftoverlevende, som havde gennemført behandling mindst seks mdr. forinden. Det var desuden et kriterie at de kunne tale engelsk.</p>
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er begrundet hvorfor disse informanter skal deltage.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </table>			X		<p>18 informanter deltog. Gennemsnitsalderen var 63.5 år. Civilstatus, nationalitet, modtaget behandling, uddannelsesnivea samt nuværende beskæftigelse er angivet i artiklen.</p>
		X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konteksten (det sted og den sammenhæng forskningen foregår i) er beskrevet.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		X			<p>Konteksten for forskningen er sparsomt beskrevet, det angives f.eks. ikke hvor interviewene er foretaget.</p>
	X					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er beskrevet hvilket tilhørsforhold forskeren/forskerne har til konteksten samt til informanterne.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		X			<p>Forskerne er er sparsom grad beskrevet, samt deres forhold til informanterne. Det beskrives, at den forsker der har udført interviewene er PhD-kvalificeret og havde arbejdet med og interviewet kronisk syge individer før.</p>
	X					

	I alt point: 15/5= 3 point	
--	----------------------------	--

<b>Konsistens</b>	Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser																								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er beskrevet en logisk sammenhæng mellem data og de temaer, forskeren har udviklet.</li> <li>• Der er en beskrivelse af analyseproces.</li> <li>• Der er en klar fremstilling af fundene.</li> <li>• Fundene er troværdige.</li> <li>• Eventuelle citater er resonable/understøttende for tolkningen.</li> <li>• Der er overensstemmelse mellem undersøgelsens fund og konklusioner.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">1    2    3    4</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;">X</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;">X</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;">X</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;">X</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;">X</td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">I alt point: 21/6 = 3.5 point</p>				X				X				X				X				X	X				<p>Ja, analyseprocessen er velbeskrevet og kodetræet er afbilledet, så kodeprocessen kan følges.</p> <p>Interviewene blev transskriberet ordret, og reliabiliteten blev forsøgt sikret ved at en anden gennemlæste og hørte lydfilerne samtidig. Analysestrategien var induktiv, og koderne udsprang af empirien. Forskerne gjorde desuden brug af den konstante komparative metode under analyseprocessen. NVivo software blev anvendt under kodningen. Kodetræ er fremlagt i artiklen.</p> <p>Fundene fra interviewene understøttes konsekvent af citater fra informanterne gennem artiklen.</p>
			X																							
			X																							
			X																							
			X																							
			X																							
X																										

<u>Transparens</u>	Vurdering Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1    2    3    4					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Forskeren har beskrevet sin baggrund og sine antagelser eller forforståelse.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		x			<p>Det er beskrevet at den ene forsker er PhD indenfor forskningen i kroniske sygdomme. Derudover er forskernes baggrund samt forforståelser ikke beskrevet.</p>
	x					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er henvist til en teori/teoretiker (man kan se hvem der har inspireret til analysen).</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	x				<p>Undersøgelsen er af eksplorativ og induktiv karakter, og der anvendes ikke teori.</p>
x						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er en beskrivelse af, om temaer udsprang af data eller om de var formuleret på forhånd.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> </table>				x	<p>Induktivt.</p>
			x			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Det er beskrevet hvem der gennemførte undersøgelsen.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		x			<p>Dette fremgår ikke tydeligt, ud over at den ene gennemførte interviewene.</p>
	x					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er beskrevet hvordan forskeren deltog i forskningsprocessen</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		x			<p>Forskerne fremlægger ikke refleksioner over dette.</p>
	x					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Forskeren har beskrevet, om hans/hendes position har betydning for fundene.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>I alt point: 12/6 = 2 point</p>	x				
x						

### Kan du anbefale denne artikel?

Anbefales (≥ 15) <b>Ja (15.03)</b>
Anbefales med forbehold (≥ 10 < 15)
Anbefales ikke (< 10)

## Bilag 5.9: Martin et al. (2015): "Breast and Prostate Cancer Survivor Responses to Group Exercise and Supportive Group Psychotherapy."

### Vurdering Af Kvalitative Studier – VAKS

#### Guide til vurdering af pålidelighed og gyldighed af kvalitative artikler

<u>Formelle krav</u>	Vurdering Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1    2    3    4					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baggrunden for undersøgelsen er beskrevet via eksisterende litteratur.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	<p>Mænd oplever barrierer ift. at modtage psykosocial rådgivning, da de oplever det som ubehageligt at dele følelser, og at det underminerer deres maskulinitet. Problemet er at få denne målgruppe til at deltage, hvilket i studiet forsøges gjort ved at kombinere træning med psykosocial rådgivning. Træningselementet skal gøre det mere attraktivt at deltage for mandlige kræftoverlevende.</p> <p>Det er ikke beskrevet hvorvidt der er indhentet informeret samtykke, samt om der er foretaget anonymisering af informanter.</p> <p>Studiet er etisk godkendt af University of Notre Dame Australia's Human Research Ethics Committee.</p>
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det fremgår hvorfor undersøgelsen er relevant.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er beskrevet hvordan informeret samtykke, frivillighed og anonymisering af data er overholdt (Helsinki deklARATIONEN).</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>	X				
X						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er beskrevet om der er relevante godkendelser (fx Datatilsyn, Etisk komité).</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">X</td> </tr> </table>				X	
			X			



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forskerne har beskrevet hvordan undersøgelsen kan påvirke informanterne.</li> <li>• Forskeren har beskrevet hvad man vil gøre, hvis undersøgelsen påvirker deltagerne uhensigtsmæssigt.</li> </ul>	<table border="1" data-bbox="798 293 1144 360"> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="798 495 1144 562"> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p data-bbox="798 689 1088 719">I alt point: 15/6 = 2.5 point</p>	X				X				<p>Forfatterne reflekterer ikke over forskningens implikationer ift. informanterne.</p>
X										
X										

<u>Troværdighed</u>	Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1    2    3    4					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Formålet er klart beskrevet.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </table>			X		<p>At undersøge bryst - og prostatakraftoverleveres levede erfaring ift. deltagelse i en intervention, for at afgøre hvordan multimodale interventioner kan designes optimalt, således begge kræftformer kan inddrages. Dog fremgår det ikke tydeligt af formålet, at hovedfokus ligger på hvordan deltagelsesprocenten kan øges blandt prostatakraftoverlevende.</p>
		X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Metoden er beskrevet.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>				X	<p>Der er foretaget semi-strukturerede fokusgruppeinterviews, hvor deltagerne var opdelt i kvinder og mænd. Der mangler at blive argumenteret for hvorfor det vælges, at både interventionen og fokusgruppeinterviewene skal foregå kønsopdelt.</p>
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Metoden er begrundet.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </table>			X		
		X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Metoden er valgt i forhold til formålet.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>				X	
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er en beskrivelse af hvordan data blev registreret (digitalt, video, notater, feltnoter osv.).</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>				X	<p>Interviewene blev optaget og efterfølgende transkriberet ordret.</p>
			X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er anvendt triangulering.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		X			<p>Resultaterne diskuteres op i mod eksisterende forskning, men ikke i særlig stort omfang.</p>
	X					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Forskningsprocessen er beskrevet.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </table>			X		<p>Der mangler en dybere beskrivelse af hvordan</p>
		X				

	I alt point: 23/7 = 3.3 point	interviewet forløb, samt informationer om anonymisering og informeret samtykke. Kodningen er meget sparsomt beskrevet
--	-------------------------------	---

<u>Overførbarhed</u>	Vurdering Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1    2    3    4					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udvælgelse af informanter eller kilder er beskrevet.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"><b>X</b></td> </tr> </table>				<b>X</b>	<p>Rekrutteringen foregik igennem hospitaler, cancerorganisationer og Fremantle General Practitioner netværk i Perth, Australien.</p>
			<b>X</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en beskrivelse af informanterne.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%;"><b>X</b></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>		<b>X</b>			<p>Bryst (n = 17)- og prostatakræftoverlevende (n=11). Gennemsnitsalderen er ikke angivet. Det er angivet hvilket stadie samt hvilken behandling informanterne har modtaget. Der mangler således baggrundsplysninger.</p>
	<b>X</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er begrundet hvorfor disse informanter skal deltage.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"><b>X</b></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>			<b>X</b>		<p>Det fremgår ikke tydeligt hvorfor det er nødvendigt at undersøge brystkræftoverlevende, når det er prostatakræftoverlevende der argumenteres for har behovet. Interventionen foregår ydermere kønsopdelt.</p>
		<b>X</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konteksten (det sted og den sammenhæng forskningen foregår i) er beskrevet.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"><b>X</b></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>			<b>X</b>		<p>Det er ikke beskrevet hvor træningen foregår, bare at den foregår i grupper. Selve interventionen, og de elementer den indeholder er velbeskrevet.</p>
		<b>X</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er beskrevet hvilket tilhørsforhold forskeren/forskerne har til konteksten samt til informanterne.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"><b>X</b></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	<b>X</b>				<p>Det er ikke beskrevet hvilket forhold forfatterne har til informanterne eller konteksten.</p>
<b>X</b>						
	<p>I alt point: 13/5= 2.6 point</p>					

<u>Konsistens</u>	Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1    2    3    4					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er beskrevet en logisk sammenhæng mellem data og de temaer, forskeren har udviklet.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"><b>X</b></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>			<b>X</b>		Der kunne i højere grad være anvendt citater i fremstillingen af temaerne.
		<b>X</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en beskrivelse af analyseproces.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%;"><b>X</b></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>		<b>X</b>			Det er ikke beskrevet hvordan kodningen er foretaget, kun at NVivo Version 8 er anvendt i processen.
	<b>X</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en klar fremstilling af fundene.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"><b>X</b></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>			<b>X</b>		
		<b>X</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fundene er troværdige.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"><b>X</b></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>			<b>X</b>		
		<b>X</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventuelle citater er resonable/understøttende for tolkningen.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"><b>X</b></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>			<b>X</b>		Der kunne anvendes flere citater for at styrke tolkningen.
		<b>X</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er overensstemmelse mellem undersøgelsens fund og konklusioner.</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"><b>X</b></td> </tr> </table>				<b>X</b>	
			<b>X</b>			
	I alt point: 18/6= 3 point					

<b>Transparens</b>	Vurdering Helt uenig _____ helt enig	Kommentarer og begrundelser				
	1      2      3      4					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Forskeren har beskrevet sin baggrund og sine antagelser eller forforståelse.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	x				Dette er ikke angivet.
x						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er henvist til en teori/teoretiker (man kan se hvem der har inspireret til analysen).</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		x			Det beskrives kort at der er anvendt en fænomenologisk fortolkende tilgang, men det beskrives ikke yderligere hvordan dette afspejler sig i forskningen.
	x					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er en beskrivelse af, om temaer udsprang af data eller om de var formuleret på forhånd.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		x			Dette fremgår ikke tydeligt.
	x					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Det er beskrevet hvem der gennemførte undersøgelsen.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	x				Forskerne og deres opgaver er ikke beskrevet i studiet.
x						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er beskrevet hvordan forskeren deltog i forskningsprocessen</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	x				
x						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Forskeren har beskrevet, om hans/hendes position har betydning for fundene.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	x				
x						
I alt point: 8/6= 1.3 point						

**Kan du anbefale denne artikel?**

Anbefales (≥ 15)
Anbefales med forbehold (≥ 10 < 15) <b>Anbefales med forbehold (12.7)</b>
Anbefales ikke (< 10)

## Bilag 6: Referater af artikler fra litteraturstudiet

### Bilag 6.1: Rogers et al. (2011): *"Reduced barriers mediated physical activity maintenance among breast cancer survivors."*

Rogers et al. (2001) har foretaget et amerikansk RCT-studie, som havde til formål at udforske de barrierer brystkræftoverlevende oplever i forbindelse med at udøve fysisk aktivitet, samt hvorledes denne målgruppe kan fastholde sin deltagelse i forbindelse hermed. For at undersøge dette rekrutterede forskerne 41 brystkræftoverlevende, med en gennemsnitsalder på 53 år, hvoraf 38 gennemførte interventionen og 36 gennemførte en seks måneders follow-up. Disse blev randomiseret til to grupper; en interventions- og en kontrolgruppe, som blev målt tre og seks måneder efter begyndelsen af forløbet. De 21 brystkræftoverlevende som interventionsgruppen bestod af deltog i tre måneders superviserede træningssessioner, diskussionssessioner samt tre individuelle rådgivningssessioner. Kontakten hertil var hovedsageligt størst i begyndelsen af forløbet, hvorefter den gradvist aftog og det dermed blev til et hjemmeprogram. Den fysiske aktivitet som interventionsgruppen skulle udøve bestod af gåture på løbebånd samt udstrækningsøvelser. De 20 brystkræftoverlevende som kontrolgruppen bestod af modtog derimod ingen behandling udover deres sædvanlige behandling. Denne gruppe fik blot udleveret pjecer relateret til den fysiske aktivitet, som er anbefalet af American Cancer Society. Ydermere fik de heller ingen rådgivning i forbindelse med forløbet.

Sessionerne som interventionsgruppen modtog tilstræbte bl.a. at udforske de barrierer som brystkræftoverlevende oplevede, hvor trænerne forsøgte at hjælpe ifm. at planlægge og håndtere de barrierer som de måtte opleve i forbindelse med at udøve fysisk aktivitet. Der blev bl.a. talt om emner som social støtte, forventninger, barrierer, angst og glæde ved at udøve fysisk aktivitet. Ydermere blev brystkræftoverlevende opfordret til at tænke positivt fremfor negativt i forbindelse hermed.

Resultaterne viste at der var en medium til stor effekt ift. at nedsætte de barrierer som interventionsgruppen oplevede sammenlignet med kontrolgruppen (-12.1 versus -4.4, mean difference = -7.8, 95 % CI: [-15.1, -0.4],  $d = -0.67$ ;  $p = 0.04$ ). Ydermere blev der fundet en medium effekt ift. at øge glæden ved at træne i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. På baggrund af resultaterne konkluderede forskerne, at det er essentielt at det indtænkes i planlægningen af en intervention at barriere i forbindelse hermed diskuteres løbende.

En svaghed ved studiet er at tre af brystkræftoverlevende ikke gennemførte interventioner, hvorefter yderligere to ikke gennemførte follow-up. En styrke ved studiet er, at brystkræftoverlevende er

randomiseret vha. af computergenererede numre samt at der er opgivet konfidensintervaller, hvormed det er muligt at se hvorledes disse resultater er signifikante.

Studiet er inddraget i projektets litteraturstudie, idet der er fokus på de barrierer som kræftoverleverne kan opleve i forbindelse med at udøve fysisk aktivitet. Dette kan relateres til specialet, da problemstillingen herfor udforsker lignende aspekter. Samtidig vurderes resultaterne til at kunne bidrage til udformningen af en konkret intervention.

### **Bilag 6.2: Wurz et al. (2015): “Breast cancer survivors’ barriers and motives for participating in a group-based physical activity program offered in the community.”**

Det kvalitative canadiske studie foretaget af Wurz et al (2015) havde til formål at beskrive brystkræftoverleveres barrierer og motiverende faktorer i forbindelse med at deltage i et otte ugers program bestående af fysisk aktivitet. Programmet bestod af to sessioner af fysisk aktivitet per uge, og var niveauinddelt således at brystkræftoverleverne kunne deltage uanset fysiske formåen. For at undersøge dette inkluderede forskerne syv kvindelige brystkræftoverleverne, med en gennemsnitsalder på 55.3 år. Data blev indsamlet ved hjælp af semistrukturerede individuelle interviews af en varighed på 25-50 minutter.

Ud fra resultaterne blev der fundet to hovedtemaer ift. barrierer og to hovedtemaer ift. motiver. Det ene hovedtema for barrierer var situationelle barrierer, hvor der blev fundet barrierer i forbindelse med afstand og trafik, modarbejdende roller samt ansvar. Det andet hovedtema var interne barrierer, hvor der blev fundet barrierer ift. kræftspecifikke begrænsninger ved udøvelse af fysisk aktivitet. Det første hovedtema i forbindelse med motiver var situationelle motiver, hvor der blev fundet motiver omhandlede aspekter som social støtte, netværk og at være sammen med ligestillede. Det andet tema var interne motiver, hvor der blev fundet motiver omhandlende personlig opnåelse og fordele ift. helbred. På baggrund af disse fund blev det konkluderet, at der er nogle bestemte barrierer og motiverende faktorer for brystkræftoverleverne ifm. at udøve fysisk aktivitet.

Studiet vurderes, på baggrund af VAKS-tjeklisten, til at kunne anbefales med forbehold. En svaghed ved studiet er, at forskerne ikke har beskrevet deres tilhørsforhold eller kontekst ifm. deltagerne, hvormed gennemsigtigheden svækkes. Ydermere er der ikke beskrevet hvorledes interventionen kan påvirke informanterne. En styrke ved studiet er, at resultaterne fra studiet fremstår tydeligt, idet de er suppleret med understøttende citater fra informanterne, hvilket styrker troværdigheden.



Studiet er inkluderet, idet det kan anvendes ifm. at besvare specialets problemstilling, da studiet undersøger de barrierer og den motivation brystkræftoverlevende kan opleve ifm. at udøve fysisk aktivitet, hvilket er sammenligneligt med specialets formål.

**Bilag 6.3: Hefferon et al. (2013): “*Understanding barriers to exercise implementation 5-year post-breast cancer diagnosis: a large-scale qualitative study.*”**

Hefferon et al (2013) har udført et skotsk kvalitativt studie, som havde til formål, at udforske hvilke barrierer brystkræftoverlevende oplever ifm. at udøve fysisk aktivitet. Til at undersøge dette blev der rekrutteret 83 kvindelige brystkræftoverlevende i alderen 29-76 år. Informanterne blev rekrutteret fra en tidligere intervention, som de deltog i kort efter at de var blevet færdigbehandlede. Denne intervention foregik fem år før studiet af Hefferon et al (2013) og indebærer at kræftoverlevende skulle udøve gruppebaseret fysisk aktivitet. Denne intervention blev informanterne bedt om at forholde sig til, samtidig med at de skulle forholde sig til deres nuværende fysiske aktivitet.

Data blev indhentet vha. semistrukturerede interviews af en varighed på 15 minutter per interview. Derefter blev der foretaget en induktiv tematisk analyse, hvorfra der udsprang tre hovedtemaer forbundet med fysisk aktivitet: psykologiske barrierer, fysiske barrierer samt kontekstuelle og miljømæssige barrierer.

Resultaterne viste, at deltagerne oplevede psykologiske barrierer som mangel på motivation, frygt, ikke at kunne lide motionscentret samt ikke at være sportslig anlagt. Under de fysiske barrierer blev der fundet barrierer, som alder, kræftbehandlingen og andre fysiske komorbiditet samt træthed og vægtforøgelse. De kontekstuelle og miljømæssige barrierer der blev fundet var beskæftigelse, den traditionelle kvinderolle som omsorgsgiver, tilgængelighed samt vejret. Studiet konkluderede at der bør tages højde for de fremfundne barrierer i udformningen af en gruppebaseret fysisk aktivitets intervention.

Efter at have vurderet studiets metodiske kvalitet vha. en VAKS-tjekliste, vurderes studiet til at kunne anbefales. Det vurderes dog, at studiets resultater kan være påvirket af recall-bias, da informanterne bliver bedt om at tænke fem år tilbage i tiden. En styrke ved studiet er imidlertid at dets metode er velbeskrevet, hvilket er med til at styrke transparensen. Derudover er der rekrutteret 83 informanterne, hvilket vurderes at være mange informanter inden for kvalitativ forskning. Studiets

metodiske kvalitet svækkes imidlertid af at informanternes gennemsnitsalderen ikke er beskrevet, hvilket samtidig gør det vanskeligt at vurdere overførbareheden af studiets resultater.

Studiet er inkluderet i specialets litteraturstudie, idet dette kan bidrage til at belyse de barrierer som kræftoverleverne oplever ifm. at udøve fysisk aktivitet efter at have gennemgået et kræftbehandlingsforløb. Dermed kan studiet bidrage til besvarelsen af specialets problemformulering.

**Bilag 6.4: van Putten et al. (2016): “Correlates of physical activity among colorectal cancer survivors: results from the longitudinal population-based profiles registry.”**

I dette kvantitative studie udført af van Putten et al. (2016) var formålet at undersøge sammenhængen mellem fysisk aktivitet og en række faktorer der formodes at være barrierer for fysisk aktivitet. Dette blev gjort for at finde frem til hvilke af disse faktorer tarmkræftoverleverne oplevede udgjorde de største barrierer for deres fysiske aktivitetsniveau.

Studiets design er et longitudinelt kohorte studie hvor data blev indsamlet via spørgeskemaer, hvori der blev stillet spørgsmål ift. funktionsrelaterede, symptomrelaterede og psykologiske barrierer. Respondenterne blev rekrutteret fra et hollandsk kræftregister i Eindhoven i perioden fra 2010 til 2012. Det fremgik af studiet at der var 3.323 tarmkræftoverleverne diagnosticeret mellem år 2000 og 2009. Empirien blev indsamlet via spørgeskemaer der blev udfyldt ved baseline i 2010 samt ved follow-up i 2011 og 2012. Der var et frafald på 566 som ikke svarede, samt 306 der havde ukendte adresser. Dette medførte at der i 2010 var 2.451 respondenter, 1.547 i 2011 og 1.375 i 2012. Heraf fremgik det at aldersgennemsnittet blandt respondenterne var 69.6 år.

Forskerne anvendte en mixet lineær regressionsmodel (chi-square og ANOVA) ift. at se hvilke associationer der var mellem de forskellige uafhængige variable og fysisk aktivitet. I første del af analysen blev fysisk aktivitet, som den afhængige variabel, undersøgt for de forskellige variable i hhv. 2010, 2011 og 2012 samt testet for confoundere som uafhængige variable. Der blev justeret for alder, køn, civilstatus, uddannelse, antal år efter diagnose, tumorstadium, antal af følgesygdomme, og BMI. I anden del analyserede forskerne forskelle mellem respondenternes fysiske aktivitetsniveau for hver variabel samt hos de enkelte respondenter, for at se om variablene var skyld i en forskel hos den enkeltes fysiske aktivitetsniveau over tid. Tredje del af analysen bestod af en interaktionsanalyse hvor det blev undersøgt om der var interaktion mellem respondenternes fysiske aktivitetsniveau ift. om de havde haft hhv. stadium I, II og III tarmkræft. Desuden blev der til 2010 spørgeskemaet anvendt en

multipel lineær regression, ift. at undersøge hvordan de tre forskellige barrieregrupper sammen påvirkede deres fysiske aktivitetsniveau.

Resultaterne af de deskriptive data viste at enlige kvinder over 75 år var mindst fysisk aktive. Studiet præsenterede alle resultaterne, men med fokus på de statistisk signifikante associationer. Studiet viste at flere faktorer var negativt associeret med fysisk aktivitet over tid. Heraf var det de funktionsrelaterede barrierer som forklarede de største variationer ift. fysisk aktivitet. Hvoraf der blev fundet negative associationer mellem fysisk aktivitet og lav fysisk funktion, lav rolle funktion, ugunstige fremtidsperspektiver, samt lav global livskvalitet. For de symptomrelaterede barrierer var der en negativ association ift. træthed, vejrtrækningsproblemer, bivirkninger af kemoterapi, smerte, mangel på appetit og vægttab og ved de psykosociale barrierer var det depressive symptomer og angst. På baggrund af disse resultater konkluderede de at adskillige funktionsrelaterede og symptomrelaterede barrierer samt få socio-demografiske faktorer var associeret med fysisk aktivitet hos tarmkræftoverlevende.

Studiet blev kvalitetsvurderet vha STROBE-tjeklisten, og vurderes til at være metodisk godt udført. Forskerne beskriver deres metode udførligt både ift. indsamling og håndtering af data samt ift. de statiske analyser. Desuden har de beskrevet limits ift. selektionsbias, under og over estimering, faldende svarprocent samt repræsentativitet. Derfor vurderes reliabiliteten til at være høj. Det vurderes at der er en øget intern validitet, da der undersøges det, som var formålet med studiet. Studiets eksterne validitet begrænses til at være gældende for tarmkræftoverleverer, da det udelukkende er denne kræftform der undersøges. Generaliserbarheden svækkes fordi der er forskelle mellem repondenter og non-respondenter. Dette skyldes blandt andet at de respondenter som ikke deltagere, som kun deltog i første spørgeskema, var mindre fysisk aktive end de som deltog i to eller tre af spørgeskemaerne, hvilket kan medføre en risiko at overestimerer fysisk aktivitets niveauet i de to sidste spørgeskemaer. Et andet kritikpunkt er at niveauet af fysisk aktivitet er selv vurderet, hvilket ifølge forfatterne kan have medført en overvurdering af deres fysiske aktivitetsniveau.

Studiet er inkluderet i specialets litteraturstudie, idet det kan anvendes ift. at vurdere hvilke faktorer der har betydning for kræftoverleveres barrierer for at udøve fysisk aktivitet. Desuden beskriver studiet at alder har en betydning ift. at være mindre fysisk aktiv samt at kvinder er mindre aktive end mænd. Dette findes derfor relevant ift. at kunne sammenligne disse med specialets empiri.

## **Bilag 6.5: Galantino et al. (2012): "A Qualitative Exploration Of The Impact Of Yoga On Breast Cancer Survivors With Aromatase Inhibitor-associated Athralgias."**

Dette kvalitative studie fra USA, udført af Galantino et al. (2012), havde til formål at undersøge hvordan en intervention indeholdende yoga påvirkede brystkræftoverlevende ift. at reducere de ledsmerter de oplever efter kræftbehandling samt hvorledes interventionen kan højne brystkræftoverlevendes livskvalitet.

Interventionen bestod af to dele, hhv. gruppebaseret yoga samt hjemmetræning. Varigheden af interventionen var otte uger, hvor de 10 informanter mødtes to gange ugentligt. Informanternes gennemsnitsalder var 58 år. Interventionens fagprofessionelle bestod af certificerede yogainstruktører samt en fysioterapeut, som havde til formål at sikre korrekt udførsel af positioner. Hjemmetræningen forgik ved at deltagerne blev opfordret til at vælge tre positioner, som de skulle udføre tre gange ugentligt i ca. 10-20 minutter. Empirien blev indsamlet ved at deltagerne fik udleveret en logbog med fem spørgsmål, som de efter hver træningssession skulle besvare ift. hvilke fordele, udfordringer og smerteændringer de oplevede ift. yogaen og hjemmetræningen, samt hvad der kunne motivere dem til at komme til yogatimerne. Derudover blev der indsamlet empiri ved telefoninterviews. Dataanalysen blev foretaget ved at forfatterne opstillede koderne på forhånd og løbende ændrede dem, såfremt der blev fundet andre relevante koder mhp. studiets formål.

Resultater viste, at deltagerne oplevede at yogaen gav dem mere energi, var smertelindrende og med til at reducere angst og stress. Deltagerne udtrykte desuden glæde ved at træningen foregik i grupper, idet de stiftede bekendtskaber, som motiverede dem til at deltage. Studiet konkluderede at deltagerne oplevede interventionen som en effektiv støttegruppe samt at deltagerne fik en forbedret livskvalitet af at deltage i yogainterventionen.

På baggrund af den udførte kvalitetsvurdering vha VAKS-tjeklisten, vurderes studiet til at kunne anbefales med forhold. Dette skyldtes at forfatterne ikke har beskrevet om de har anvendt informeret samtykke eller informeret om anonymisering og frivillighed. Desuden har forfatterne ikke beskrevet deres forforståelse eller deres forhold til denne kontekst der ønskes undersøgt. Præsentationen af studiets målgruppe er ikke beskrevet tilstrækkeligt ift. udvælgelsesprocessen eller begrundet hvorfor netop denne målgruppe skulle deltage. Derudover omhandler studiet ledsmerter som følge af efterbehandling for brystkræft og dermed ikke senfølger generelt hvilket gør det mindre overførbart ift. dette speciales problemstilling.

Studiet er inkluderet fordi det findes relevant ift. dette speciales problemstilling, idet det undersøger deltagerens subjektive oplevelse af at deltage i en intervention, hvor deltagerne skal være fysisk aktive samt sociale sammen med andre kræftoverlevende.

### **Bilag 6.6: Courneya et al. (2004): "Exercise issues in older cancer survivors."**

Denne oversigtsartikel, udført af Courneya et al. (2004), havde til formål at undersøge hvilke faktorer der påvirker ældre kræftoverlevendes ifm. udøvelse af fysisk aktivitet. Herunder blev det fremlagt at der fandtes begrænset forskning der undersøgte dette specifikt. Derfor blev der fremlagt generelle resultater for forskning af f.eks. ældre og fysisk aktivitet, ældre og kræftoverlevende eller kræftoverlevende og fysisk aktivitet.

Det blev fremlagt at den ældre befolkningsgruppe har en særlig stor risiko for at udvikle kræft. I forlængelse heraf blev det fremlagt at fysisk aktivitet kan have en særlig gavnlig effekt for de ældres sundhed, og at de derfor med fordel kan motiveres til at være fysisk aktive i et større omfang.

Ydermere blev det fremlagt at fysisk aktivitet blandt kræftoverlevende havde en positiv effekt ift.

følgende funktioner og faktorer: funktionel kapacitet, muskelstyrke, kropsvægt og holdning, fleksibilitet, træthed, kvalme, diarré, smerte, fysisk helbred, funktionelt helbred, depression, angst, vrede, humør, selvtillid, tilfredshed med livet og livskvalitet. Studiet fremlagde ydermere at

kræftoverlevende generelt oplever følgende faktorer som barrierer for at være fysisk aktive: træthed, kvalme, diarré, mangel på tid, arbejdsansvar, mangel på støtte, smerte/ømhed og mangel på vejledning. Ydermere blev der fremlagt nogle motiverende faktorer ift. ældre og fysisk aktivitet. Disse motiverende faktorer var, at der blev taget hensyn til deres fysiske funktionsniveau, træningshistorik, fysiske tilstand og demografiske forhold. Studiet fremstillede desuden en række retningslinjer for fysisk aktivitet, ift. hvordan ældre kræftoverlevende generelt kan motioneres bedst herfor.

Retningslinjerne var en varieret træning ift. den enkelte ældres fysiske niveau, bestående af kardiovaskulær-, modstands-, og fleksibilitetstræning samt balanceøvelser.

Studiet konkluderede at en kombineret effekt af alder, sygdomme og behandling medfører at de ældre kræftoverlevende er i særlig stor risiko for at udvikle følgesygdomme. Desuden konkluderes det at fysisk aktivitet spiller en vigtig rolle ift. at afhjælpe senfølgerne blandt ældre kræftoverlevende, men at der mangler mere forskning på dette område.

Studiets metodiske kvalitet svækkes ved, at det ikke er beskrevet hvordan litteratursøgningen blev udført, ift. at finde frem til de studier der blev inddraget. Ligeledes blev det heller ikke beskrevet

hvordan kvaliteten af de anvendte studier blev vurderet, hvilket svækker validiteten. Det findes relevant at artiklen har fokus på, at der mangler forskningen omkring fysisk aktivitet blandt ældre kræftoverlevende. Da der er inddraget forskellige studier er der således forskellige aldre i disse, hvormed det kan være svært at definere en alder for ældre i hele studiet. Det er imidlertid et kritikpunkt, at de barrierer og motiverende faktorer der fremlægges for fysisk aktivitet primært omhandler kræftoverlevende og ikke specifikt ældre kræftoverlevende. Således skal der tages forbehold for at det derfor ikke er alle resultaterne, som kan relateres til specialets problemstilling. Artiklen findes imidlertid stadig relevant at inddrage, da forskerne af studiet har taget forbehold for dette, når de fremlægger og diskuterer resultaterne herfor, samt idet der mangler forskning omkring ældre kræftoverlevende.

### **Bilag 6.7: Beidas et al. (2014): “A Hybrid Effectiveness-Implementation Trial of an Evidence- Based Exercise Intervention for Breast Cancer Survivors.”**

Studiet er et amerikansk mixed methods-studie, som har til formål at foretage en kvantitativ undersøgelse af effektiviteten og sikkerheden af en gruppebaseret fysisk aktivitetsintervention. Formålet består ydermere i at foretage en kvalitativ undersøgelse af hvilke barrierer sundhedsprofessionelle oplever i forbindelse med implementeringen af interventionen i praksis.

Interventionen der undersøges i studiet hedder Safety After Breast Cancer (SABC), og er en videreudviklingen af interventionen Physical Activity and Lymphedema (PAL). Interventionen henvender sig til brystkræftoverlevende med senfølger, som bl.a. kan lide af lymfødeme. SABC er blevet justeret således, at der tilbydes fire gruppebaserede træningspas og to hjemmebaserede træningspas, hvor der under PAL-interventionen blev tilbudt 26 gruppebaserede træningspas. Justeringerne af interventionen er foretaget mhp. at øge gennemførligheden af interventionen og for at reducere omkostningerne i forbindelse hermed. Studiet har således også til formål, at undersøge om justeringerne kan gennemføres, uden at effektiviteten og sikkerheden af interventionen påvirkes.

Effektiviteten og sikkerheden af interventionen blev kvantitativt vurderet vha. et kohorte-studie, der havde deltagerne af interventionen som målgruppe. Ved baseline deltog 84 brystkræftoverlevende, og ved outcome-målingen 12 måneder efter var der 67 deltagere tilbage. Der var således 17 deltagere der ikke deltog ved follow-up. Her blev deltagerens gennemsnitsalder beregnet til 55.1 år. Deltagerne blev målt ift. følgende outcome-mål: Lymfødeme symptomer (antal symptomer, sværhedsgrad af symptomer og armvolumen), lymfødemesikkerhed (nyopstået lymfødeme og opblusning af lymfødemesymptomer), muskelstyrke (bænkpres og benpres) samt bodyimage og forhold (styrke og helbred, sociale barrierer og udseende og seksualitet). Der blev foretaget en sammenligning vha. en parret t-test af resultaterne

mellem baseline og follow-up, hvor der blev fundet signifikante forbedringer af alle outcome-mål, bortset fra sværhedsgrad af symptomer samt armvolumen. Derudover blev resultaterne fra SABC sammenlignet med resultaterne fra PAL, for at sammenligne effektiviteten og sikkerheden af de to interventioner. Til dette blev der anvendt regressionsanalyse, som viste at effekterne af interventionerne var ens bortset fra muskelstyrke, hvor der blev fundet signifikante forbedringer ved PAL, men ikke ved SABC.

Målgruppen for den kvalitative undersøgelse var henvisende klinikere som arbejdede indenfor onkologien (ni læger og to sygeplejersker) og fysioterapeuterne (n=10), der leverede interventionen. Empirien blev indsamlet vha. semistrukturerede individuelle og fokusgruppeinterviews samt ved direkte observation. Observationen blev udført i venteværelset på kræftcentret og ved møder på onkologiske afdelinger. Ydermere blev der observeret under selve interventionen og ved personalemøder. Kodningen af empirien blev foretaget vha. en grounded theory tilgang, hvor den konstante komparative metode blev anvendt.

Resultaterne viste, at fysioterapeuterne udtrykte, at der var en stor variation blandt deltagerne ift. hvad de evnede fysisk, hvilket udgjorde en barriere ift. at tilrettelægge et gruppebaseret træningsprogram der kunne favne alle kræftoverlevende. Klinikkerne og fysioterapeuterne udtrykte, at de oplevede at egenbetalingen for deltagelse ligeledes kunne udgøre en barriere for deltagelse. Henvisende læger oplevede desuden vanskeligheder ift. kendskabet til inklusionskriterierne for henvisning, hvor de f.eks. havde fået en opfattelse af, at det kun var kvinder der havde senfølgen lymfødeme der kunne deltage, hvilket ikke var tilfældet.

På baggrund af den kvantitative og kvalitative undersøgelse vurderede forskerne at tilpasningen af interventionen havde været både effektiv og sikker. Ydermere vurderede de, at der er et behov for udvikling af strategier ift. at imødekomme de barrierer klinikere oplever i praksis ift. implementering. Grundet at der anvendes både kvantitative og kvalitative metoder i studiet, er den metodiske kvalitet vurderet vha. STROBE-tjekliste til den kvantitative del og VAKS-tjekliste til den kvalitative del. Den kvantitative metode vurderes til at have en høj reliabilitet, da indsamling, håndteringen af data og udførelse af statistiske beregninger er grundigt beskrevet. Den eksterne validitet begrænser sig dog til brystkræftoverlevende, da studiet ikke inkluderer andre kræftformer. Den interne validitet vurderes til at være høj, da der er foretaget sammenlignende analyser der opfyldte formålet med studiet. Den kvalitative del af studiet vurderes ud fra VAKS-tjeklistevurderingen til at kunne anbefales med forbehold. Forbeholdene relaterer sig til, at transparensen er lav både ift. beskrivelse af indsamlingen af data og kodningen heraf. Derudover vurderes troværdigheden at resultaterne til at være lav, da

citater fra empirien ikke indgår som en integreret del af analysen, men i stedet er opstillet i en separat tabel.

Studiet er inkluderet i litteraturstudiet, da det blev vurderet til at belyse nogle af de barrierer der kan forekomme i forbindelse med implementering af gruppebaserede fysisk aktivitetsinterventioner i praksis. Samtidig kan studiet belyse brystkræftoverlevernes perspektiv ift. hvilke forbedringer de oplevede af senfølger, samt hvorledes interventionerne var sikker for denne målgruppe at deltage i.

### **Bilag 6.8: Craike et al. (2011): “An exploratory study of the factors that influence physical activity for prostate cancer survivors.”**

Craike et al. (2011) har foretaget et australsk kvalitativt studie med ældre prostatakræftoverlevende som målgruppe. Studiet havde til formål at opnå en dybdegående forståelse af de faktorer der influerer på udøvelse af fysisk aktivitet, samt at undersøge ændringer i udøvelse af fysisk aktivitet før og efter en kræftdiagnose.

Der blev udført 18 individuelle semistrukturerede interviews med prostatakræftoverlevende med senfølger, som havde en gennemsnitsalder på 63.5 år. Informanterne blev spurgt ind til hhv. barrierer og motivation for at udøve fysisk aktivitet. De blev ydermere spurgt ind til hvilke former for fysisk aktivitet de dyrkede, samt hvordan deres fysiske aktivitetsniveau havde ændret sig efter deres kræftsygdom.

Studiet havde en eksplorativ karakter, hvorfor der blev foretaget en induktiv kodning af empirien. Analysen af empirien viste, at de barrierer informanterne hyppigst beskrev var komorbiditeter, skader, træthed, forfald pga. alder (ledsmerter, knæsmarter, rygsmarter o.l.), tidspres (specielt hvis informanterne havde fuldtidsarbejde) og mangel på selvtillid ift. fysisk funktionsevne efter behandling (bl.a. pga. inkontinens i den første tid efter behandling). Informanterne gav desuden udtryk for at de manglede viden ift. hvad der var et passende aktivitetsniveau efter behandlingen var afsluttet, hvilket ligeledes kunne udgøre en barriere. Det blev fundet at motivationen bestod af psykiske fordele (afslapning, at få det bedre, højere selvtillid, coping og stresshåndtering) og fysiske fordele (højere energiniveau, blærekontrol, generelle helbredsfordele og vægttab). Den kontekst aktiviteten foregik i udgjorde ligeledes en motivation, hvor selskab med andre individer blev fundet motiverende, da det udgjorde en mulighed for at socialisere. I forhold til det fysiske aktivitetsniveau beskrev informanterne, at det aftog en anelse efter at have været igennem et kræftbehandlingsforløb. Dette var til trods for at informanterne gav udtryk for at de havde et ønske om, at være fysisk aktive på samme



niveau, som de var inden deres kræftsygdom. Efterfølgende oplevede de, at de var nødsaget til at mindske intensiteten af den fysiske aktivitet.

Forfatterne konkluderede at studiet indikerer at social ikke-konkurrencecentreret fysisk aktivitet har en tiltrækning for ældre prostatakræft overlevende, og derfor bør tages med i betragtning når der designes interventioner til denne målgruppe. De konkluderer desuden at det fysiske aktivitetsniveau forinden en kræftdiagnose er forudsigende ift. om kræftoverleveren fortsætter på samme niveau efterfølgende. Det kan være svært for individer, der har været inaktive forinden, at øge deres fysiske aktivitetsniveau efterfølgende. Derfor skal det tidligere fysiske aktivitetsniveau tages med i betragtning når der designes interventioner.

På baggrund af en VAKS-tjeklistevurdering vurderes det, at studiet kan anbefales. Studiets metode er velbeskrevet, og der er f.eks. vedlagt kodetræ, således analyseprocessen kan følges, hvilket øger transparensen. Ydermere indeholder studiet en stor mængde oplysninger omkring informanterne, hvormed deltagerne er situeret fyldestgørende. Troværdigheden øges ved at resultaterne konsekvent understøttes af citater fra informanterne. Forfatterne vurderer dog at der kan være selektionsbias, ift. at rekrutteringen er foregået via selvseleksion, hvorfor informanterne der har meldt sig er fysisk aktive. Herved kan de inaktive være underrepræsenteret i studiet.

Studiet er inddraget i litteraturstudiet, da det har til formål at undersøge barrierer og motivation ud fra en kvalitativ vinkel, hvilket ligeledes er formålet med specialet. Derudover har studiet prostatakræftoverlevende som målgruppe, hvilket er et perspektiv der er underbelyst i specialets kvalitative undersøgelse.

### **Bilag 6.9: Martin et al. (2015): "Breast and Prostate Cancer Survivor Responses to Group Exercise and Supportive Group Psychotherapy."**

Martin et al. (2015) Har foretaget et australsk kvalitativt pilotstudie, som havde til formål at undersøge bryst – og prostatakræftoverleveres oplevelse af deltagelse i en intervention, som indeholdte både fysisk aktivitet og psykosocial rådgivning. Formålet var desuden at undersøge hvordan multimodale interventioner kan designes optimalt, således prostatakræftoverlevende i højere grad ønsker at deltage. Forskerne opstillede en hypotese omkring, at en kombination af fysisk aktivitet og rådgivning ville virke faciliterende ift. at få prostatakræftoverlevende til at deltage.

Der deltog hhv. 17 brystkræftoverlevende og 11 prostatakræftoverlevende i interventionen, i alderen fra 25 til 80 år, og som havde afsluttet kræftbehandling og havde senfølger. Interventionen bestod af hhv.

tre ugentlige gruppebaserede træningspas af 50 minutter varighed og en ugentlig psykosocial rådgivningslektion af 90 minutters varighed. Træningen foregik kønsopdelt, og bestod af aerobic, modstandstræning og statisk udstrækning. Den psykosociale rådgivning foregik ligeledes kønsopdelt og omhandlede bl.a. temaer som "livet med kræft", "mindfulness", "angst" og "at komme videre".

En uge efter intervention var afsluttet udførte forskerne fokusgruppeinterviews, hvor hhv. 11 prostatakraftoverleverere og 14 brystkræftoverleverere deltog. Fokusgruppeinterviewsene blev udført mhp. at udforske det psykosociale perspektiv ift. deltagelse. Dette blev gjort ud fra en fænomenologisk fortolkende tilgang, og empirien blev kodet vha. en induktiv analysestrategi.

På baggrund af kodningen fremkom der bl.a. et tema omhandlende, at mændene skiftede mening omkring psykosocial rådgivning. Forinden studiets start havde de været skeptiske herfor, men efterfølgende oplevede de at rådgivningen havde medvirket til, at de havde følt social støtte. De vurderede at rådgivningen var et ligeså vigtigt element som den fysiske aktivitet. Vigtigheden af at være i en gruppe var også et tema. I denne forbindelse udtrykte både bryst – og prostatakraftoverlevererne at gruppeoplevelsen havde været motiverende, da de således kunne dele deres oplevelser og erfaringer med hinanden. Dette afhjalp samtidig ensomhed, som nogle af informanterne gav udtryk for, at de havde oplevet som en senfølge. Et tema belyste virkningen af interventionens to komponenter tilsammen. Her gav nogle af de mandlige kræftoverleverere udtryk for, at den forbedring de oplevede som følge af den fysiske aktivitet, bevirkede at de følte sig maskuline. Ydermere var der enighed om, at deltagelsen i fysisk aktivitet forinden rådgivningen virkede faciliterende ift. at få snakken i gang til rådgivningen. Den fysiske aktivitet gav deltagerne mulighed for at kommunikere og skabe tillid til hinanden forinden de skulle deltage i gruppeterapi sammen. Der fremkom ydermere et tema som omhandlede støtte til, at få succes med, at komme i gang med at træne. I forlængelse heraf gav informanterne udtryk for at udøvelse af fysisk aktivitet med ligestillede havde en motiverende effekt, da de således ikke skilte sig ud, såfremt de ikke var i stand til at udføre en øvelse pga. deres senfølger. Under dette tema gav informanterne udtryk for, at de havde oplevet følgende barriere ift. at påbegynde udøvelse af fysisk aktivitet: Smerter, lavt selvværd og tvivl om kroppens formåen.

Forskerne konkluderer at interventionen var fordelagtig både ift. bryst – og prostatakraftoverleverere. De fandt at den fysiske aktivitet havde en faciliterende effekt ift. rådgivningen, således at kræftoverlevererne oplevede denne som støttende. Igennem interventionen erkendte mændene at de havde et behov for rådgivning og fandt denne nyttig, selvom de var tilbageholdende overfor denne til

at starte med. Gruppeoplevelsen udgjorde den største kilde til glæde og motivation ift. at deltage i interventionen.

På baggrund af en artikelvurdering, foretaget vha. VAKS-tjeklisten, anbefales artikel med forbehold. Studiets metodiske styrker er, at metoden er velbegrunder og velbeskrevet hvilket styrker transparensen. Samtidig styrkes resultaternes troværdighed af, at disse konsekvent underbygges af informanternes citater. Studiets metodiske kvalitet svækkes imidlertid af at informanterne er beskrevet sparsomt, der angives f.eks. ikke hvad gennemsnitsalderen er. På baggrund af de manglende baggrundsoplysninger kan det således være vanskeligt at vurdere resultaternes overførbarhed.

Artiklen blev inddraget i litteraturstudiet, da den belyser det psykosociale aspekt ved deltagelse i gruppebaseret fysisk aktivitet, hvilket kan belyse hhv. barrierer og motivation for deltagelse heri, hvilket ligeledes er specialets fokusområde. Ydermere udforsker artiklen prostatakræftoverleveres perspektiv, hvilket ikke var muligt at belyse igennem projektets kvalitative undersøgelse, og derfor findes relevant at belyse igennem litteraturstudiet.